

## การเข้าถึงการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกของผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

นรินทร์ทิพย์ ฤทธิจิตติ, พ.บ.\*

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานเพื่อ 1) ศึกษาการเข้าถึงการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่พบ 2) วิเคราะห์และเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานจากการเข้าถึงการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาการเข้าถึงการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกรวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่พบประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการ ตรวจรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหนึ่ง อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย จำนวน 70 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระยะที่ 2 เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง เพื่อวิเคราะห์ และเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 280 คน จากสมุดประจำตัวผู้ป่วยและบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศ ศูนย์สุขภาพ (JHCIS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลโดยใช้สถิติ Pair T-test และสถิติ Chi-Square

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการ และด้านความสะดวก และสิ่งอำนวยความสะดวกของบริการอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการยอมรับคุณภาพของบริการและด้านความพึงพอใจของบริการอยู่ในระดับปานกลาง 2) วิเคราะห์และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในเดือนที่ 12 และเดือนที่ 24 พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร น้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ไขมันแอลดีแอล คอเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ การตรวจจอประสาทตา และการตรวจสภาพเท้า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร การตรวจจอประสาทตาและการตรวจสภาพเท้ามีจำนวนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนจำนวนผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับ

\* โรงพยาบาลโพธิ์ชัย อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย 43120

น้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ไขมันแอลดีแอล คอเลสเตอรอลรวม และไตรกลีเซอไรด์ไม่มีความแตกต่างกัน ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิให้ได้ตรงตามต้องการ และเหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยในชุมชนได้มากยิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ, การเข้าถึงการจัดบริการสุขภาพเชิงรุก, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

**Abstract: The accessibility of diabetic patients to the proactive health service at Tambon Health Promoting Hospital**

Narinthip Ritthiti, M.D.\*

\* Phonephisai Hospital, Phonephisai, Nongkhai 43120

*Nakhon Ratch Med Bull 2017; 39: 75-84.*

The purposes of this mixed method research were to study: 1) the accessibility to the proactive health service of diabetic patients at Tambon Health Promoting Hospital and its obstacles 2) the analysis and comparison of the health outcomes of diabetic patients attending the service of Tambon Health Promoting Hospital. This study consisted of two phases; Phase 1: the cross-sectional descriptive study was aimed to describe the accessibility to the proactive health service of diabetic patients at Tambon Health Promoting Hospital, and its obstacles. The samples were seventy diabetic patients who received the treatment regularly at Tambon Nanung Health Promoting Hospital, Phonphisai District, Nongkhai Province. The data were collected using a questionnaire and a Semi-structured Interview Protocol, analyzed using the computer program and presented as the frequency, percentage, mean and standard deviation. Phase 2: the retrospective descriptive study was aimed to analyse and compare the health outcomes. The samples were two hundred and eighty diabetic patients and the data were collected from the book identity for diabetic patients, the laboratory tests and database in Health Center Information System (JHCIS), expressed as the frequency, percentage, mean, standard deviation and compared using the pair t-test and Chi-Square.

Results: 1) In general the accessibility to proactive health service of diabetic patients in Tambon Health Promoting Hospital was rated good. Considering each dimension, the accessibility and convenience and amenities of the service were rated excellent. The acceptability and the sufficiency of service were rated good. 2) Analysis and comparison of the health outcomes of diabetic patients, the averaged FBS, HbA1C, LDL, total cholesterol, triglyceride, retinal examination and the perusal foot at the 12<sup>th</sup> and 24<sup>th</sup> months were significantly different at the p 0.05 level. To compare the numbers of patients who had the changes in health outcomes, those who had FBS, retinopathy and perusal foot with significant change were significantly different at the p = 0.05 level. But those with change of HbA1C, LDL, total cholesterol and triglyceride were not different.

The results of this study could be utilized to improve the quality of primary care to suit the lifestyle of patients in the community.

**Key word:** Health outcomes, Accessibility to proactive health service, Tambon Health Promoting Hospital

## บทนำ

การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานนั้นเป็นปรัชญาพื้นฐานที่พึงประสงค์และเป็นดัชนีชี้วัดระบบบริการสุขภาพของรัฐ<sup>(1)</sup> ที่พยายามกระจายสถานบริการสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้มากที่สุด<sup>(2)</sup> ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขแนวใหม่ทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ สร้างระบบเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายทั้งภายในจังหวัด เขต และระดับประเทศ<sup>(3)</sup> เน้นพัฒนาคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิ และเพิ่มขีดความสามารถในการรักษาพยาบาล มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสุขภาพในพื้นที่เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพของประชาชน<sup>(4)</sup> เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงและสอดคล้องกับบริบทสังคมที่ตอบสนองต่อปัญหาที่เปลี่ยนไป จนนำสังคมไปสู่ระบบสุขภาพเป็นธรรมมากขึ้น<sup>(5)</sup> มีการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ให้เชื่อมโยงการส่งต่อบริการสุขภาพ ภายในอำเภอเดียวกันอย่างเป็นระบบ กำหนดกลยุทธ์ที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติ เช่น หนึ่งอำเภอหนึ่งโครงการ (ODOP) โดยจัดทีมสุขภาพระดับอำเภอหนึ่งเดียวที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพ ออกปฏิบัติงานในรูปของเครือข่ายบริการ โดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นแม่ข่ายในการสนับสนุน และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ภายในอำเภอให้เกิดประโยชน์สูงสุด<sup>(6)</sup> เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโพธิ์ชัย (CUP: โพธิ์ชัย) ได้จัดระบบบริการสุขภาพแบบใหม่ จากการให้บริการแบบตั้งรับมาเป็นเชิงรุก โดยการจัดแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ ออกตรวจรักษาโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เสมือนหนึ่งรับบริการในโรงพยาบาล เริ่มครั้งแรกปี พ.ศ. 2557 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหนัง นำร่องกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี<sup>(7)</sup> จนเกิดความแออัดในโรงพยาบาล ขณะที่ผู้ให้บริการมีจำนวนเท่าเดิมสร้างความเบื่อหน่ายให้ผู้ป่วยที่ต้องคอยนานผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่มาตรวจตามนัดจนเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง

ผู้วิจัยในฐานะแพทย์ที่ออกให้บริการตรวจรักษาโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงสนใจที่จะศึกษาการเข้าถึงการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้น ซึ่งเป็นสถานบริการด่านแรกที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ห่างไกล ให้ได้รับบริการสาธารณสุขอย่างครอบคลุม ตลอดจนเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนผ่านการบูรณาการ Service plan มีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชากรตามกลุ่มวัย และทำหน้าที่จัดการระบบสุขภาพของชุมชน สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ตามสภาพปัญหาในพื้นที่ รวมทั้งจะได้ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายหรือแผนปฏิบัติงานในการพัฒนาสถานบริการในพื้นที่ตนเองและเป็นประโยชน์ต่อพื้นที่อื่น ๆ ได้อีกด้วย

## วัตถุประสงค์

- 1) ศึกษาการเข้าถึงการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และปัญหา อุปสรรคที่พบ
- 2) วิเคราะห์และเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานจากการเข้าถึงการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย โดยเลือกโรงพยาบาลที่มีแพทย์ออกตรวจผู้ป่วยเบาหวานประจำ ได้แก่ โรงพยาบาลนาหนัง แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการตรวจรักษา

ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหนึ่ง จำนวน 70 คน โดยใช้เกณฑ์กำหนดเป็นร้อยละของประชากร เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน-กรกฎาคม 2559 จากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเข้าถึงการจัดบริการสุขภาพในด้านความพอเพียงของการบริการ การยอมรับคุณภาพของการบริการ การเข้าถึงแหล่งบริการความสะดวก และสิ่งอำนวยความสะดวกของการบริการ และแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Protocol) เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

**ระยะที่ 2** เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retro-spective Descriptive Study) ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหนึ่ง จำนวน 280 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (Purposing Sampling) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาประจำกับแพทย์ที่ออกตรวจในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนาหนึ่ง ไม่มีโรคร่วม ร่างกายปกติ ช่วยเหลือตนเองได้ และสื่อสารเข้าใจ เก็บข้อมูลในเดือนที่ 12 ของปี พ.ศ. 2557 และปี พ.ศ. 2558 จากสมุดบันทึกการรักษาตัวผู้ป่วยเบาหวาน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน โปรแกรม J-HCIS เช่น Fasting Blood Sugar (FBS), Hemoglobin A1C (Hb A1C), Low-density lipoprotein (LDL), Total Cholesterol (TC), Triglyceride (TG) การตรวจจอประสาทตาและการตรวจสภาพเท้า วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและหาความแตกต่างของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ dependent t-test และสถิติ Chi-square

## ผลการศึกษา

**ระยะที่ 1** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 68.6 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 41-60 ปี

ร้อยละ 60 สถานภาพสมรส ร้อยละ 74.3 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 77.1 ประกอบอาชีพการเกษตร ร้อยละ 68.6 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ 30 บาทมากที่สุด ร้อยละ 91.4 มีประวัติเบาหวานในครอบครัว ร้อยละ 81.4 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 65.7 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางโดยความสามารถในการเข้าถึงบริการด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกอยู่ในระดับมาก ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการ และด้านความพอเพียงของบริการอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

## ปัญหาอุปสรรคที่พบคือ

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่มีระบบการรับเรื่องร้องทุกข์ของผู้รับบริการ และจุดรับการแสดงความคิดเห็นต่อการบริการที่ได้รับ
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเปิดให้บริการตรวจรักษาโรคโดยแพทย์น้อยไป ผู้รับบริการขาดความสะดวก
3. อยากให้แพทย์เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นและมากกว่าการมุ่งรักษาโรคเพียงอย่างเดียว
4. โรงพยาบาลควรมีอาคารบริการที่สะดวกสบาย และมีพื้นที่เพียงพอ
5. โรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่ไม่พอโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล

**ระยะที่ 2** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 73.6 มีอายุมากกว่า 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.1 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 86.4 จบการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 76.4 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 73.2 สิทธิในการรักษาพยาบาลส่วนมากมีสิทธิประกันสุขภาพ 30 บาท ร้อยละ 94.3 มีประวัติเบาหวานในครอบครัว ร้อยละ 68.2

**ตารางที่ 1** แสดงระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

| การเข้าถึงบริการสุขภาพ                         | Mean        | S.D         | ระดับ          |
|--|-------------|-------------|----------------|
| 1. ด้านความพอเพียงของบริการ                    | 2.24        | 0.57        | ปานกลาง        |
| 2. ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการ                | 2.41        | 0.60        | ปานกลาง        |
| 3. ด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการ            | 2.75        | 0.42        | มาก            |
| 4. ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของบริการ | 2.61        | 0.56        | มาก            |
| <b>รวม</b>                                     | <b>2.46</b> | <b>0.21</b> | <b>ปานกลาง</b> |

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในเดือนที่ 12 และ เดือนที่ 24 โดยใช้ Pair t-test พบว่า ระดับ FBS, HbA1C, LDL, TC, TG การตรวจจอประสาทตา และการตรวจสภาพเท้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p = 0.05$  ดังตารางที่ 2

เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ด้านสุขภาพระหว่างเดือนที่ 12 กับเดือนที่ 24 โดยใช้ Chi-square พบว่าระดับ FBS

การตรวจจอประสาทตา และการตรวจสภาพเท้า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p = 0.05$  ส่วน HbA1C, LDL, TC, TG ไม่พบว่าต่างกั นดังตารางที่ 3

**อภิปรายผล**

**ระยะที่ 1** ภาพรวมการเข้าถึงการให้บริการสุขภาพ เชิงรุกของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านดังนี้

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในเดือนที่ 12 และเดือนที่ 24

| ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ             | ข้อมูล      | N   | Mean | S.D  | T    | Sig  |
|-------------------------------|-------------|-----|------|------|------|------|
| Fasting Blood Sugar (FBS)     | เดือนที่ 12 | 280 | 2.24 | 0.63 | 2.00 | 0.04 |
|                               | เดือนที่ 24 | 280 | 2.17 | 0.50 |      |      |
| Hemoglobin A1C (HbA1C)        | เดือนที่ 12 | 168 | 1.54 | 0.49 | 4.04 | 0.00 |
|                               | เดือนที่ 24 | 168 | 1.45 | 0.49 |      |      |
| Low-density lipoprotein (LDL) | เดือนที่ 12 | 280 | 1.48 | 0.50 | 4.37 | 0.00 |
|                               | เดือนที่ 24 | 280 | 1.42 | 0.49 |      |      |
| Total Cholesterol (TC)        | เดือนที่ 12 | 280 | 1.59 | 0.68 | 6.00 | 0.00 |
|                               | เดือนที่ 24 | 280 | 1.48 | 0.62 |      |      |
| Triglyceride (TG)             | เดือนที่ 12 | 280 | 1.40 | 0.49 | 3.83 | 0.00 |
|                               | เดือนที่ 24 | 280 | 1.35 | 0.47 |      |      |
| การตรวจจอประสาทตา             | เดือนที่ 12 | 280 | 1.23 | 0.51 | 3.37 | 0.01 |
|                               | เดือนที่ 24 | 280 | 1.19 | 0.48 |      |      |
| การตรวจสภาพเท้า               | เดือนที่ 12 | 280 | 1.24 | 0.53 | 5.23 | 0.00 |
|                               | เดือนที่ 24 | 280 | 1.15 | 0.49 |      |      |

ด้านความพอเพียงของบริการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมีผู้รับผิดชอบงานโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง โดยมีพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดตัวชี้วัด (KPI) ในการประเมินสมรรถนะการทำงานของแต่ละบุคคลในหน่วยบริการสุขภาพทุกแห่ง

และมีการพัฒนาระบบบริการโดยจัดแพทย์ออกตรวจรักษาโรคให้กับผู้ป่วย โดยหมุนเวียนออกให้บริการอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ตามวันเวลาที่กำหนด ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางเข้าไปรับบริการในโรงพยาบาลที่อยู่ในตัวอำเภอ ซึ่งช่วยลดการแออัดผู้รับบริการในโรงพยาบาลเป็นอย่างดี ส่วนสถานบริการนั้นได้นำเอาระบบ 5 ส. มาปรับปรุงสถานที่ให้มีป้ายแสดงที่ชัดเจน

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ด้านสุขภาพไประหว่างเดือนที่ 12 กับเดือนที่ 24

| ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ                   | เดือนที่ 12 |        | เดือนที่ 24 |        | Sig   |
|-------------------------------------|-------------|--------|-------------|--------|-------|
|                                     | จำนวน       | ร้อยละ | จำนวน       | ร้อยละ |       |
| ระดับ Fasting Blood Sugar (FBS)     |             |        |             |        |       |
| <70                                 | 31          | 11.1   | 19          | 6.8    | 10.88 |
| 70-130                              | 151         | 53.9   | 194         | 69.3   |       |
| >130                                | 98          | 35     | 67          | 23.9   |       |
| ระดับ Hemoglobin A1C (HbA1C)        |             |        |             |        |       |
| ≤7%                                 | 72          | 42.9   | 90          | 53.6   | 2.67  |
| >7%                                 | 96          | 57.1   | 78          | 46.4   | 0.10  |
| ระดับ Low-density lipoprotein (LDL) |             |        |             |        |       |
| ≤100 mg/dl                          | 145         | 51.8   | 163         | 58.2   | 2.33  |
| >100 mg/dl                          | 135         | 48.2   | 117         | 41.8   | 0.12  |
| ระดับ Triglyceride (TG)             |             |        |             |        |       |
| ≤200 mg/dl                          | 167         | 59.6   | 181         | 64.6   | 1.48  |
| >200 mg/dl                          | 113         | 40.4   | 99          | 35.4   | 0.22  |
| ระดับ Total Cholesterol (TC)        |             |        |             |        |       |
| ≤200 mg/dl                          | 146         | 52.1   | 166         | 59.3   | 4.37  |
| 201-250 mg/dl                       | 102         | 36.4   | 94          | 33.6   | 0.11  |
| >250 mg/dl                          | 32          | 11.4   | 20          | 7.1    |       |
| การตรวจจอประสาทตา                   |             |        |             |        |       |
| No DR                               | 215         | 76.8   | 239         | 85.4   | 7.54  |
| mild NPDR                           | 54          | 19.3   | 31          | 11.1   | 0.05  |
| moderate NPDR                       | 10          | 3.5    | 89          | 3.2    |       |
| severe NPDR/Pre proliferative       | 10          | 0.3    | 10          | 0.4    |       |
| No DR                               | 215         | 76.8   | 239         | 85.4   |       |
| การตรวจสภาพเท้า                     |             |        |             |        |       |
| low risk                            | 207         | 73.9   | 234         | 83.6   | 7.99  |
| moderate risk                       | 63          | 22.5   | 39          | 13.9   | 0.04  |
| high risk                           | 8           | 2.9    | 5           | 1.8    |       |
| very high risk                      | 2           | 0.7    | 2           | 0.7    |       |

EiJ<5 =0 cell, df=2, Pearson chi-square (p<.05)



สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา ศรีวณิชชากร<sup>(8)</sup> คลินิกเบาหวานมีการแยกเป็นสัดส่วน เมื่อมีแพทย์ ออกตรวจโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก็จะทำให้มีจำนวนผู้ป่วยมาใช้บริการมากขึ้น สถานที่เกิดความแออัดขึ้นมาทันที ดังนั้นจึงต้องปรับปรุง โครงสร้างสถานบริการให้เพียงพอต่อบริการ ส่วนวัน และเวลาในการเปิดให้บริการตรวจรักษาโรค โดยแพทย์ นั้นยังถือว่าตอบสนองความต้องการของประชาชน น้อยเพราะการขาดแคลนบุคลากรของพื้นที่เอง และ ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการรายงาน สถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553 ซึ่งให้เห็นว่าบุคลากรยังมีน้อย และต่ำกว่า เกณฑ์มาตรฐาน<sup>(9)</sup>

ด้านการยอมรับคุณภาพของการบริการ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แพทย์ผู้ทำการรักษาได้ เอาใจใส่ดูแลรักษาผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมีน้อย จึงสามารถซักถามปัญหาพร้อมทั้งสร้างอศยาศัยไม่ตรี ขณะบริการได้ง่าย มีการติดตามผลการรักษา และ ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยบางรายที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง จนทำให้ผู้รับบริการประทับใจ และบอกต่อคุณภาพ บริการให้กับคนอื่น การตรวจรักษาก็เร็วสอดคล้อง กับการศึกษาของ Panchansky และ Thomas<sup>(10)</sup> ที่ว่าเวลาที่คอยในสถานบริการสุขภาพมีผลกระทบต่อ ความพึงพอใจของผู้ป่วย ส่วน Aday และ Andersen<sup>(11)</sup> พบว่าการรอคอยในสถานบริการมีอิทธิพลต่อการเลือก สถานบริการ แม้ว่าจะมีแพทย์ออกตรวจรักษาโรคใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็ตามแต่การวินิจฉัย โรคบางอย่างก็ต้องอาศัยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่สามารถวินิจฉัยโรค และให้การรักษาผู้ป่วยได้ทันที

การรอคอยในสถานบริการมีอิทธิพลต่อการ เลือกสถานบริการแม้ว่าจะมีแพทย์ออกตรวจ

ด้านความสามารถเข้าถึงบริการโดยรวมอยู่ใน ระดับมากเพราะการได้รับบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกัน ถือว่าเป็นการสร้างความเป็นธรรมให้แก่สังคม สอดคล้อง กับการศึกษาของ Starfield<sup>(12)</sup> พบว่าระบบ บริการปฐมภูมิ

มีความสำคัญต่อการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่จำเป็นและส่งผลให้คุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับ ดีขึ้นด้วย ส่วนด้านความสะดวก และสิ่งอำนวยความสะดวก โดยรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากได้มีกำหนด ขั้นตอนและชี้แจงการรับบริการของผู้ป่วยทุกครั้ง กำหนดระยะเวลาให้บริการอย่างชัดเจน ส่วนปัญหา อุปสรรคที่พบคือสถานบริการควรมีระบบการรับเรื่อง ร้องทุกข์หรือจุดให้แสดงความคิดเห็นต่อบริการที่ได้รับ ในการจัดแพทย์หมุนเวียนออกไปให้บริการสุขภาพใน พื้นที่เพียง เดือนละครั้งนั้นไม่เพียงพอต่อความต้องการ ของผู้ป่วยแพทย์ผู้ให้บริการตรวจรักษาโรคนั้นควรทำ ความเข้าใจวิถีชีวิตของผู้ป่วยพร้อมกับการรักษา มิใช่ มุ่งรักษาโรคอย่างเดียว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกเล่า อาการเจ็บป่วยของตนจะช่วยทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย และ ช่วยส่งเสริมการรักษาได้ดียิ่งขึ้น ควรแยกคลินิกผู้ป่วย โรคเรื้อรังให้ชัดเจนเพราะการมีจุดบริการเดียวกัน กับการตรวจรักษาโรคทั่วไป ทำให้การบริการล่าช้า ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการพร้อมกันเจ้าหน้าที่ ไม่เพียงพอโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลคุณภาพ การบริการก็ย่อมลดน้อยลง

**ระยะที่ 2 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย** เบาหวานตลอดระยะเวลา 24 เดือนมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

ในช่วง 12 เดือนแรกพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน สามารถควบคุมระดับ FBS = 70-130 mg/dl ร้อยละ 64.6 ระดับ HbA1c ≤ 7 % ร้อยละ 42.9 พอเดือนที่ 24 สามารถควบคุม FBS = 70-130 mg/dl ได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 72.9 ระดับ HbA1c ≤ 7 % เพิ่มขึ้นร้อยละ 53.6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและจำนวนผู้ป่วยเบาหวานพบว่า แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการ ตรวจ lipid profile ทั้ง 3 ชนิดในช่วง 12 เดือนแรกพบว่า ผู้ป่วยสามารถควบคุม LDL ≤ 100 mg/dl ร้อยละ 51.8 ระดับ TC ≤ 200 mg/dl ร้อยละ 52.1 ระดับ TG ≤ 200 mg/dl ร้อยละ 59.6 พอเดือนที่ 24 สามารถควบคุมระดับ LDL ≤ 100 mg/dl เพิ่มขึ้นร้อยละ 58.2 (3.2) ระดับ TC

$\leq 200$  mg/dl เพิ่มขึ้นร้อยละ 59.3 ระดับ TG  $\leq 200$  mg/dl เพิ่มขึ้นร้อยละ 64.6 เมื่อเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย lipid profile ทั้ง 3 ชนิดพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของราม รังสินธุ์ และ ธีรยุทธ สุขุมิ<sup>(13)</sup> ได้ศึกษาผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครพบว่าร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ได้รับการตรวจระดับ TC, TG, HDL และ LDL ระหว่างปี 2554 กับ 2555 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

แต่เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีการเปลี่ยนแปลงไปพบว่าไม่แตกต่างกัน เปรียบเทียบความแตกต่าง

ในช่วง 12 เดือนแรกพบจอประสาทตาผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับ mild NPDR ร้อยละ 19.3 ผลการตรวจสภาพเท้าที่ระดับ moderate risk ได้ร้อยละ 22.5 พบเดือนที่ 24 ตรวจจอประสาทตาที่ระดับ mild NPDR ได้ร้อยละ 11.1 ตรวจสภาพเท้าได้ที่ระดับ moderate risk ร้อยละ 13.9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและจำนวนผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงไป พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของราม รังสินธุ์ และ ธีรยุทธ สุขุมิ<sup>(13)</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการตรวจจอประสาทตาอย่างละเอียดโดยจักษุแพทย์หรือใช้ Fundus camera อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี และเปรียบเทียบ ผลการตรวจจอประสาทตา การตรวจสภาพเท้าอย่างละเอียดครบทั้ง 3 ส่วน ตั้งแต่ปี 2553-2555 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการให้บริการสุขภาพเชิงรุกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในช่วงปีแรกนั้น พบว่าทั้งผู้ป่วยและแพทย์ต้องปรับตัวเข้าหากันเนื่องจากผู้ป่วยยังไม่คุ้นเคยกับการได้รับบริการเต็มรูปแบบเหมือนกับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย พอปีที่ 2 ผู้ป่วย

มีความคุ้นเคยกับแพทย์ จึงเกิดความไว้วางใจและกล้าที่จะพูดคุยปัญหาสุขภาพมากขึ้น อีกทั้งแพทย์เองก็มีเวลาในการพูดคุยและให้คำแนะนำการรักษาและดูแลตนเองมากขึ้นมีการติดตามผลการรักษาและปรับแผนการรักษาได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พุทธา สมัคไชย<sup>(14)</sup> ที่ได้ศึกษาผลการรักษาเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแพทย์ และไม่มีแพทย์ พบว่าในโรงพยาบาลที่มีแพทย์มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการได้รับการปรับยากรณีผลการตรวจ Lab ประจำปีผิดปกติ  $39.8 \pm 27.6$  วัน ในโรงพยาบาลที่ไม่มีแพทย์ตรวจมีค่าเฉลี่ย  $77.9 \pm 25.8$  วัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ทันท่วงทีและต่อเนื่อง ส่งผลให้ควบคุมโรคเบาหวานได้ขึ้นเร็ว การไม่มีแพทย์ตรวจในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกว่าผู้ป่วยจะได้รับการปรับยาและส่งตัวเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่ข่ายก็ต้องรอเวลานานอย่างน้อย 2-3 เดือน

#### ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาวิจัยรูปแบบการทำงานร่วมกันของแพทย์กับทีมวิชาชีพอื่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น การจัดการเบาหวานรายกรณี (DM Case Manager) เป็นต้น
2. ศึกษาพัฒนาแนวทางการปรับยากรณีผลเลือดประจำปีผิดปกติ โดยแพทย์ที่ปรึกษาผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ยังไม่มีแพทย์ออกตรวจรักษาโรคเป็นประจำ
3. ศึกษาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแพทย์กับไม่มีแพทย์ออกตรวจรักษาโรคประจำ
4. ศึกษาประสิทธิผลของการให้บริการโดยมีแพทย์ออกให้บริการเป็นโซน (รวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดเล็ก) กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพขนาดใหญ่ ทั้งนี้เพื่อขยายการบริการได้ครอบคลุมทุกพื้นที่



## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาช่วยตรวจเครื่องมือและขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหนังทุกคนที่ช่วยเหลือและร่วมมือสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. สุรางค์ศรี ศิคมโนชญ์. การเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในจังหวัดภูเก็ต (วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). สาขาการวิจัยและพัฒนา ระบบสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์; 2546.
2. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care* 1981; 19: 127-40.
3. กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์มาตรฐานการออกแบบสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2558 (ออนไลน์) (23 ตุลาคม 2559) เข้าถึงได้จาก: [http://hss.moph.go.th/fileupload\\_doc/2015-10-20-15704123.pdf](http://hss.moph.go.th/fileupload_doc/2015-10-20-15704123.pdf)
4. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงาน Primary Care Cluster สำหรับหน่วยบริการ (ออนไลน์) (23 ตุลาคม 2559). [Http://bps.moph.go.th/new\\_bps](http://bps.moph.go.th/new_bps).
5. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, บำรุง ชลเดช. สถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชนสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
6. สำนักบริหารการสาธารณสุข. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (รศอ.) District Health System (DHS) ฉบับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักบริหารการสาธารณสุข; 2557.
7. โรงพยาบาลโพธิพิสัย. สถิติทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรัง. งานเวชระเบียน. หนองคาย; 2559.
8. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. การประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. *วารสารระบบสาธารณสุข* 2550; 1: 17-34.
9. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก; 2553.
10. Penchansky R, Thomas JW. The concept of Access definition and Relationship to consumer satisfaction. *Medical Care* 1981; 19: 127-40.
11. Aday LA, Andersen R. Equity of access to medical care: A conceptual and empirical overview. *Medical Care* 1981; 19: 4-27.
12. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. 2<sup>nd</sup> edition. New York and Oxford: Oxford University Press; 1998.
13. ราม รังสินธุ์, ธีรยุทธ สุขมี. ผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครประจำปี พ.ศ. 2554 (ออนไลน์) (10 พฤศจิกายน 2559) เข้าถึงได้จาก: [http://www.nhso.go.th/downloadfile/fund/CRCN\\_55/3](http://www.nhso.go.th/downloadfile/fund/CRCN_55/3).
14. พุทธา สมัดไชย. การเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแพทย์และไม่มีแพทย์ออกตรวจรักษา: กรณีศึกษาอำเภอเมืองจังหวัดชัยภูมิ (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.