

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินการดูแลโรคเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

นเรศฤทธิ์ ขัฒระสีมา⁽¹⁾ และนิทรา กิจธีระวุฒินงษ์^{(2)*}

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 4 กรกฎาคม 2559

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 14 สิงหาคม 2559

* ผู้รับผิดชอบบทความ

(1) นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
(การจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ)
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

(2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร
(โทรศัพท์: 0897048920,
E-mail: nithrak@gmail.com,
nithrak@nu.ac.th)

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีการนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังมาใช้ในระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ อย่างไรก็ตามพบว่าการประเมินการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามแนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังมีจำกัด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินการดูแลโรคเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และเพื่อเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างคลินิกบริการโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลชุมชน

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอกคำใต้ จำนวน 130 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบสอบถามประเมินการดูแลโรคเรื้อรังในมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังจำนวน 20 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าเฉลี่ยความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ไครส์ควาร์และสถิติทดสอบค่าที่กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ย PACIC ภาพรวมอยู่ในระดับอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.11, S.D.=0.64) ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนน PACIC พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย (Mean=3.30, S.D.=0.63) และคลินิกบริการโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชน (Mean=2.99, S.D.=0.62) มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.809$, $p\text{-value}=0.006$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการแก้ปัญหาสุขภาพของหน่วยบริการระหว่างคลินิกบริการโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชน (Mean=2.87, S.D.=0.78) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย (Mean=2.98, S.D.=0.64) ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=0.863$, $p\text{-value} = 0.390$) ส่วนด้านอื่น ได้แก่ ด้านการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา ด้านการออกแบบบริการและสนับสนุนการตัดสินใจ ด้านการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และ ด้านการติดตามผลการรักษาและการประสานงาน มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า มีความแตกต่างของการดูแลโรคเรื้อรังในแต่ละสถานบริการ การดูแลโรคเรื้อรังแบบเครือข่าย และการแบ่งปันทรัพยากรของระบบสุขภาพอำเภอ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีคุณภาพ

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง, การประเมินการดูแลโรคเรื้อรังในมุมมองของผู้ป่วย, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Original Article

Patient Assessment of Chronic Illness Care among Type 2 Diabetic Patients
in Dok Khamtai District, Phayao ProvinceNaretrit Khadthasrima⁽¹⁾ and Nithra Kitreerawutiwong^{(2)*}

Received Date: July 4, 2016

Accepted Date: August 14, 2016

Abstract

Thailand implemented Chronic Care Model (CCM) for chronically ill patients in district health system. However, limited investigations have examined on assessment of patients with chronic diseases using PACIC instrument. This study aimed to assess patient's perspective on receipt healthcare and to compare the quality of treatment received between diabetic clinic at community hospital (DC-CH) and diabetic clinic at sub-district health promoting hospital (DC-SDHPH) which is a network under community hospital supervision.

The cross sectional study was carried out. A sample of 130 type 2 diabetic patients was selected by stratified random sampling. The instrument using Patient Assessment of Chronic Illness Care questionnaire (PACIC) consisted of 20 items which developed based on CCM. The content validity was examined by three experts, yield IOC of 1. The value of Cronbach's alpha coefficient was 0.90. Data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics including chi-square test and independent t-test at the significant level $p < 0.05$.

The overall of PACIC had moderate score (Mean=3.11, S.D.=0.64). There was significant difference between PACIC score of DC-SDHPH (Mean=3.30, S.D.=0.63) and DC-CH (Mean=2.99, S.D.=0.62) ($t=2.809$, $p\text{-value}=0.006$). When consideration on subscale, the result revealed that there were no significant difference of problem solving between PACIC score of DC-CH (Mean=2.87, S.D.=0.78) and DC-SDHPH (Mean=2.98, S.D.=0.64). Whereas patient activation, delivery/system design, goal setting and follow/coordination had differed significantly of the mean score between DC-CH and DC-SDHPH.

There is considerable variation in diabetes management in different primary care setting. Health service delivery network and sharing resource in district health system resulted in achieving quality of caring in type 2 diabetes mellitus patients at SDHPH.

Keywords: Chronic Care Model, Patient Assessment of Chronic Illness Care, Type 2 Diabetes Mellitus Patient

* Corresponding author

(1) Master of Public Health Student in
Primary Health Care Management,
Faculty of Public Health,
Naresuan University

(2) Associated Professor,
Faculty of Public Health,
Naresuan University
(Tel.: 0897048920,
E-mail: nithrakm@gmail.com,
nithrak@nu.ac.th)

บทนำ

ปัจจุบันโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา (World Health Organization, 2013) ในส่วนของประเทศไทย พบร้อยละของการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังมากเป็นอันดับสองในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากมัลติพล์ จากสถิติพบว่าประมาณร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมดเกิดจากโรคเรื้อรัง (Sharma, 2013) ข้อมูลจากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2552 พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 6.9 (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2555 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีอัตราป่วยสูงสุด 937.58 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ โรคเบาหวาน อัตราป่วย 523.24 ต่อประชากรแสนคน ส่วนความชุกของโรคเรื้อรังพบว่า โรคความดันโลหิตสูง มีอัตราความชุกสูงสุด คือพบอัตราความชุก 5,288.01 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ โรคเบาหวาน พบอัตราความชุก 2,800.81 ต่อประชากรแสนคน (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) นอกจากนี้พบว่า หากคนไทยป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 โรค รวม 18.25 ล้านคนต่อปี แล้วมารับบริการที่สถานพยาบาล จะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้นประมาณ 335,359 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 2.94 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) เห็นได้ว่าอุบัติการณ์ ความชุก และค่าใช้จ่ายทางสุขภาพสูงขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล

ต่อมาในปี พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุขได้นำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care model; CCM) มาเป็นแนวทางการพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรังของประเทศ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์หัตถ์พบว่า การนำ CCM ไปใช้ สามารถปรับปรุงวิธีการจัดการกับภาวะเรื้อรังและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพได้ โดยพบว่าส่วนใหญ่นำมาใช้เพียงบางองค์ประกอบ มีการศึกษา 32 ใน 39 ที่พบว่า การดำเนินการที่มีอย่างน้อย 1 องค์ประกอบก็ส่งผลต่อผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วย (Coleman et al., 2009; Tsai et al., 2005) นอกจากนี้ จากความชุกของโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น และสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรม¹ ประเทศไทยมีการขยายการดูแลส่งหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความใกล้ชิดกับประชาชน มีคุณลักษณะสำคัญ คือ การเข้าถึงบริการ การดูแลต่อเนื่อง การประสานงาน บริการที่ครบถ้วนรอบด้าน และการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน สอดคล้องกับ Rothman & Wagner (2003) ที่กล่าวว่า บริการปฐมภูมิมีความเหมาะสมในการดูแลโรคเรื้อรังจากการดูแลต่อเนื่อง จากการที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องการการดูแลด้วยทีมงาน เนื่องจากผู้ป่วยบางคนป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มากกว่า 1 ชนิด ต้องการการประสานการรักษาที่เหมาะสม นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสนับสนุนให้มีการจัดการตนเองที่เหมาะสม ซึ่งเป็นหัวใจแห่งความสำเร็จของการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญ ด้านพฤติกรรมศาสตร์ที่ได้รับการอบรมมาปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยทำงานร่วมกับแพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทาง

Glasgow et al. (2005) พัฒนาเครื่องมือประเมินการดูแลโรคเรื้อรัง ในมุมมองของผู้ป่วย (Patient-Assessed Chronic Illness Care; PACIC) โดยใช้แนวคิดรูปแบบการจัดการโรคเรื้อรังเพื่อใช้ในการประเมินการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งการประเมินในมุมมองของผู้ป่วยมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ PACIC จะช่วยระบุโอกาสพัฒนา ของการดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำ PACIC ไปใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด รวมถึงภาวะเรื้อรัง เช่น ภาวะซึมเศร้า ข้อเสื่อม เป็นต้น (Glasgow et al., 2005; Gugiu et al., 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการนำ PACIC ไปใช้ในการประเมินในเครือข่ายหน่วยบริการของมหาวิทยาลัยมอนทรีออล เมืองควิเบก ประเทศแคนาดา (Houle et al., 2012) การประเมินศูนย์การดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Disease Center) ของสถานีนามัย Al Wazarat ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเมืองริยาด ประเทศซาอุดีอาระเบีย (AlMomen et al., 2015) การประเมินการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรังของโรงพยาบาลที่รักษาแบบธรรมชาติบำบัดทางตะวันตกของเมืองเบงกอล ประเทศอินเดีย (Koley et al., 2014) การประเมินผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเทศออสเตรเลีย (Taggart et al., 2011) ซึ่งแต่ละประเทศมีทรัพยากร ระบบบริการสุขภาพและลักษณะประชากรที่แตกต่างกัน ในส่วนของประเทศไทย มีการนำ PACIC มาประเมินในหน่วยบริการ 64 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร (Jiamjarasrangsri et al., 2014) เป็นพื้นที่เขตเมืองหลวง มีรูปแบบบริการสุขภาพที่แตกต่างจากในจังหวัดอื่น เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ (กองนโยบายและแผนงาน สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร, 2555) ที่มีความพร้อมของทรัพยากร ทั้งด้านกำลังคน จำนวนโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุข ดังนั้น การประเมินการดูแลโรคเรื้อรังโดยใช้ PACIC ในระบบบริการสุขภาพอำเภอดอกคำใต้ จึงเป็นการประเมินครั้งแรก ในการที่จะระบุประเด็นพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรัง และนำข้อมูลมาจัดสรรทรัพยากรในพื้นที่

โรงพยาบาลดอกคำใต้ พบความชุกผู้ป่วยเบาหวานของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอกคำใต้ ในปี พ.ศ. 2555-2557 จำนวน 4,725 5,322 และ 5,662 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และพบว่ามีอุบัติการณ์เป็น 625 368 และ 444 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ โดยมีการนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังมาไว้ในเครือข่ายบริการสุขภาพ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2555 (โรงพยาบาลดอกคำใต้, 2557) ด้วยการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมของเครือข่ายบริการสุขภาพ ที่เชื่อมการดูแลระหว่างคลินิกบริการโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่าย และการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่มีการประเมินรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ ผลจากการประเมินจะนำไปใช้ในการจัดการทรัพยากรในเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนา

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับ Hibbard et al. (2004) ที่ระบุว่า กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องทำความเข้าใจ สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ (Patient preferences) อันจะทำให้เกิดความร่วมมือในการจัดการตัวเอง มีความกระตือรือร้น มีพลังอำนาจในการกำหนดเป้าหมายการดูแลรักษา ร่วมกัน อันจะนำไปสู่การพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินการดูแลโรคเรื้อรังของผู้ป่วยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างคลินิกบริการโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ เป็นกระบวนการทำงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งถือเป็นการประเมินระหว่างดำเนินการ เพื่อนำไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการศึกษาเป็นการประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้าง ได้แก่ของคลินิกบริการโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย และกระบวนการการดูแลโรคเรื้อรังที่มีการนำแนวคิด CCM มาใช้ โดยประเมินจากเครื่องมือ PACIC ประกอบด้วย 1) การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา 2) การออกแบบระบบบริการและการสนับสนุนการตัดสินใจ 3) การวางแผนร่วมกัน 4) การแก้ปัญหาสุขภาพ และ 5) การติดตามผลการรักษาและการประสานงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

• ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ประชากรคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอกคำใต้ จำนวน 3,450 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยประชากร $n = Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2 / e^2$ กำหนด $Z_{\alpha/2} = 1.96$, ค่า S.D. จากการศึกษาของ Jiamjarasrangsri et al. (2014) = 0.8, ค่า e = ความกระชับของการประมาณค่า = 0.15 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 109 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงประมาณการเพิ่มร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 130 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random sampling) แบ่งเป็นกลุ่ม/ชั้นของคลินิกบริการโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มย่อยแต่ละกลุ่ม เพื่อเป็นสมาชิกของกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาตามสัดส่วน และทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยจับฉลากจากผู้มารับบริการ เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ

ผู้ป่วยเป็นเบาหวานและมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคไต และไม่สมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษา

• เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา ระยะเวลาในการป่วยเป็นเบาหวาน น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง และประวัติการมีโรคประตั่วอื่นร่วมด้วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลโรคเรื้อรังของผู้ป่วย PACIC ของ Glasgow et al. (2005) สร้างขึ้นโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา จำนวน 3 ข้อ 2) การออกแบบระบบบริการและสนับสนุนการตัดสินใจ จำนวน 3 ข้อ 3) การวางแผนร่วมกัน จำนวน 5 ข้อ 4) การแก้ปัญหาสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ และ 5) การติดตามผลการรักษาและการประสานงาน จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เคยเลย จนถึง 5 หมายถึง ได้รับทุกครั้ง แปลผลโดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ การได้รับบริการในระดับมาก (ค่าคะแนน 3.67-5.00) การได้รับบริการในระดับปานกลาง (ค่าคะแนน 2.34-3.66) และการได้รับบริการในระดับน้อย (ค่าคะแนน 1.00-2.33)

เครื่องมือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าเฉลี่ยความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยการนำไปทดลองใช้กับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นรายด้านอยู่ระหว่าง 0.70-0.87 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ได้ค่า 0.90

• วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (หมายเลข COA No. 233/2014) นอกจากนี้การเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้รับความยินยอม อย่างสมัครใจจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึกอบรม

• การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ในการอธิบายข้อมูลทั่วไป นำเสนอจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และใช้สถิติเชิงอนุมาน ไคส์แควร์ ในการเปรียบเทียบคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และ ใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t test) ในการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ PACIC ระหว่างกลุ่ม กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างระหว่างคลินิกบริการโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย มีความแตกต่างกัน ยกเว้น เพศ อายุ อาชีพ ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน และดัชนีมวลกาย นอกจากนี้

พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการคลินิกบริการโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชนมีสถานภาพสมรส/โสด/หม้าย/หย่า/แยกสูงเกือบ 2 เท่า (56.15% vs. 30.77%) การศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาสูงกว่า (13.8% vs. 0.8%) รายได้มากกว่า 5,000 บาท สูงกว่า (19.2% vs. 3.10%) ไม่มีโรคประจำตัวอื่น สูงกว่าถึง 2 เท่า (57.70% vs. 25.40%) และมีระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงสะสม (HBA1C) สูงกว่าถึง 4 เท่า (41.5% vs. 10%) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย (ตารางที่ 1)

การดูแลโรคเรื้อรังภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.11$, S.D.=0.64) เมื่อพิจารณารายด้านแล้วพบว่า ด้านการออกแบบระบบบริการ ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.24$, S.D.=0.92) ส่วนด้านการแก้ปัญหาสุขภาพ ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.91$, S.D.=0.73) (ตารางที่ 2)

ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนการดูแลที่ได้รับตามแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย ($\bar{X}=3.30$, S.D.=0.63) และคลินิกบริการโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชน ($\bar{X}=2.99$, S.D.=0.62) มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.809$, $p\text{-value}=0.006$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการแก้ปัญหาสุขภาพของหน่วยบริการระหว่างคลินิกบริการโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชน ($\bar{X}=2.87$, S.D.=0.78) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย ($\bar{X}=2.98$, S.D.=0.64) ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=0.863$, $p\text{-value}=0.390$) ส่วนด้านอื่นได้แก่ ด้านการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา ด้านการออกแบบบริการและสนับสนุนการตัดสินใจ ด้านการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และด้านการติดตามผลการรักษาและการประสานงาน มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคลินิกบริการโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชน (ตารางที่ 3)

การอภิปรายผล

คะแนนเฉลี่ยภาพรวมของการประเมิน PACIC อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.30$, S.D.=0.64) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jiamjarasrangsri et al. (2014) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ย PACIC ของหน่วยบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.4$, S.D.=0.8) อย่างไรก็ตามการประเมินโดยใช้ PACIC ของผู้ป่วยเบาหวานในสหรัฐอเมริกา เมืองวอชิงตันและไอดาโฮ พบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.83$, S.D.=1.0) (Glasgow et al., 2005) และของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ทำการสอนแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวของมหาวิทยาลัยมอนทรีออล ประเทศแคนาดา พบว่าคะแนนเฉลี่ย PACIC อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.8$, S.D.=1.0) (Houle et al., 2012) และมีการประเมิน PACIC ในสถานอนามัยของเมืองเซียงไฮ้ ประเทศจีนพบว่า คะแนนเฉลี่ย

อยู่ในระดับปานกลาง (Median=2.75, Interquartile range=2.00–3.30) (Liu et al., 2013) เช่นกัน เห็นได้ว่าคะแนนเฉลี่ย PACIC อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับประเทศไทย แต่ค่าคะแนนน้อยกว่า เนื่องจาก การประเมิน PACIC เป็นการประเมินสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ (Patient preference) ดังนั้น คุณลักษณะประชากร เช่น ระดับการศึกษา อาจมีผลการประเมิน ซึ่งพบว่าในการศึกษาของประเทศแคนาดา (Houle et al., 2012) สหรัฐอเมริกา (Glasgow et al., 2005) และจีน (Liu et al., 2013) และ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษา มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า ร้อยละ 76.9, 73 และ 56.3 ตามลำดับ ส่วนของประเทศไทย (Jiamjarasrangsri et al., 2014) และการศึกษาเป็น 14.6 และ 31 สอดคล้องกับการศึกษาของ Rademakers et al. (2012) ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อยจะมีประเมินสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ที่ได้รับสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับการที่มีคุณภาพ ดังนั้นผู้ให้บริการต้องจัดบริการที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้น มีส่วนร่วมในการตัดสินใจผ่านการสื่อสารที่เหมาะสม

ภาพรวมของคะแนนเฉลี่ยรายด้าน แสดงให้เห็นว่า ด้านการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา มีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง แต่มีค่าคะแนนในระดับสูงสุดจากทั้งหมด 5 ด้าน เนื่องจากในพื้นที่มีการจัดโปรแกรมการที่สนับสนุนการดูแลตนเอง โดยให้ผู้ที่คุมระดับน้ำตาลได้มีบทบาทในการเข้ากลุ่มโรคเบาหวาน นอกจากนี้เจ้าหน้าที่มีสัมพันธภาพกับที่ดีผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่ข้อความรายข้อ แสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่สอบถามท่านเกี่ยวกับการใช้ยาและผลข้างเคียงของยา มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.42$, S.D.=0.97) โดยพยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จะมีการสอบถามถึงยา วิธีการใช้ยา ผลข้างเคียง และให้นายามาเก่ามาด้วยทุกครั้ง เมื่อมาพบแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สอดคล้องกับ Kennedy, Rogers, & Bower (2007) ที่กล่าวว่า การดูแลโรคเรื้อรังนั้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการสนับสนุนและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ โดยเจ้าหน้าที่จะต้องตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วย สร้างความร่วมมือในการดูแลสุขภาพร่วมกัน สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองตามวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และหน่วยงานที่ให้บริการจัดให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเมื่อจำเป็นได้ เห็นได้ว่าการดูแลโรคเรื้อรังต้องใช้การมีส่วนร่วมจากทั้ง 3 ฝ่าย ได้แก่ ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

นอกจากนี้ ภาพรวมของคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ของด้านการแก้ปัญหาสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง แต่มีค่าคะแนนต่ำสุดจากทั้งหมด 5 ด้าน และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า แพทย์หรือพยาบาลที่ดูแลท่านเป็นประจำมีการวางแผนการรักษาที่ทำให้ท่านสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.25$, S.D.=0.93) ส่วนแพทย์หรือพยาบาลที่ดูแลท่านเป็นประจำให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษา โดยตระหนักถึงความเชื่อ ค่านิยม และขนบธรรมเนียมประเพณีของท่าน มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=2.62$, S.D.=1.09) เนื่องจากเจ้าหน้าที่ให้

ความสำคัญกับการรักษา มุ่งให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดี เช่น การให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ อย่างไรก็ตามโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ที่สาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรม การมุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ที่ต้องการความร่วมมือจากผู้ป่วย การให้คำแนะนำต้องสอดคล้องกับความเชื่อ ค่านิยม สอดคล้องกับ Parekh et al. (2011) และกฤติ เทชาติวัฒน์ และคณะ (2558) ที่ระบุว่ากลยุทธ์ในการจัดภาวะเรื้อรังที่หลากหลาย ต้องมีการพัฒนาสมรรถนะทางด้านวัฒนธรรมของผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการเปรียบเทียบการดูแลรายด้าน พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคลินิกบริการโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชน ใน 4 ด้านโดยอธิบายในแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย มีระดับ HbA1C ต่ำกว่า (เป็นผู้ที่สามารถควบคุมโรคได้) คลินิกบริการโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชน และจำนวนผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย เฉลี่ย 88 คนต่อวัน ซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าเมื่อเทียบกับคลินิกบริการโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชน ที่มีผู้มารับบริการเฉลี่ย 149 คนต่อวัน (โรงพยาบาลดอกคำใต้, 2557) ทำให้เจ้าหน้าที่มีเวลาในการให้คำปรึกษา วางแผนการรักษาร่วมกัน ขัดแย้งกับการศึกษาของ Jiamjarasrangsi et al. (2014) ที่ทำการศึกษานี้ในกรุงเทพฯ พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา ของโรงพยาบาลรัฐ สูงกว่าหน่วยบริการสาธารณสุขชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจาก ทรัพยากรในการดูแลโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลรัฐมีมากกว่าหน่วยบริการสาธารณสุข นอกจากนี้ในส่วนของการพยาบาลเอกชนการนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังไปใช้ มีค่าใช้จ่ายสูงและอาจจะไม่สามารถทำกำไรได้ (de Bruin et al., 2011)

ด้านการออกแบบบริการและสนับสนุนการตัดสินใจ อธิบายได้ว่าระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอดอกคำใต้ มีกระบวนการในการค้นหาและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง และคลินิกโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เมื่อพิจารณารายชื่อเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวที่เหมาะสม มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.42$, S.D.=0.97) นอกจากนี้ในการมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะพบแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทีมเดิม ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลระยะยาว (Longitudinal continuity) หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจาก การดูแล จากผู้ให้บริการ โดยกระบวนการให้บริการจะทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ส่งผลให้เกิดความไว้วางใจ (Trust) และความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ (Relational continuity) หมายถึง เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาที่เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และต้องการได้รับ

คำปรึกษาอย่างเร่งด่วน สามารถปรึกษากับผู้ให้บริการคนเดิมได้ (นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ และกฤติ เทชาติวัฒน์, 2556)

ด้านการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ($\bar{X} = 3.32$, S.D.=0.78) ทั้งนี้ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Jiamjarasrangsi et al. (2014) ที่ทำการศึกษานี้ในหน่วยบริการสาธารณสุข และกรุงเทพฯ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ($\bar{X} = 3.2$, S.D.=0.9) อธิบายได้ว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย รู้จักผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย การทำงานมีการแบ่งงานรับผิดชอบดูแลประชาชนเป็นรายหมู่บ้าน ให้บริการทั้งในหน่วยบริการและเยี่ยมบ้าน ดังนั้นเมื่อมารับบริการจะมีการสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ผู้ป่วยได้รับการสอบถามทั้งโดยตรงหรือโดยการสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของท่าน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.29$, S.D.=0.84) อย่างไรก็ตามในส่วนของการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารหรือออกกำลังกายกับเจ้าหน้าที่ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 2.86$, S.D.=1.06) เนื่องจากการทำงานยังเน้นไปที่การควบคุมระดับน้ำตาล ซึ่งเป็นแรงจูงใจภายนอก การเปลี่ยนแปลงจากแรงจูงใจภายในที่เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ยังไม่ได้ดำเนินการอย่างเข้มข้น ประกอบกับการดูแลโรคเรื้อรังซึ่งมีความซับซ้อนเกินกว่าที่การรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องใช้ความเอาใจใส่ใกล้ชิด และความเข้าใจกับผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาได้ผลดีขึ้น

ด้านการติดตามผลการรักษาและการประสานงาน ($\bar{X} = 3.38$, S.D.=0.88) ทั้งนี้ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Jiamjarasrangsi et al. (2014) ที่ทำการศึกษานี้ในหน่วยบริการสาธารณสุข และกรุงเทพฯ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการติดตามผลการรักษาและการประสานงานอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ($\bar{X} = 3.0$, S.D.=1.2) อธิบายได้ว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย มีการจัดทำสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน ให้ผู้ป่วยนำมาเมื่อมารับบริการจากหน่วยบริการทุกครั้ง เมื่อมีการส่งต่อเจ้าหน้าที่จะทำการบันทึกการรักษาในสมุดประจำตัวผู้ป่วยร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีสถานที่ออกกำลังกายของหมู่บ้านและชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว อย่างน้อย 1 โรค สอดคล้องกับแนวคิดของระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ที่สนับสนุนให้มีการแบ่งปันทรัพยากรจากโรงพยาบาลชุมชน และทำงานประสานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และทุกหน่วยของอำเภอ ที่ใกล้ชิดกับประชาชน

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

การศึกษานี้เป็นการเริ่มต้นของการนำเครื่องมือ PACIC ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง มาประเมินการดูแลโรคเรื้อรังของพื้นที่ การส่งผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ให้ไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย ส่งผลต่อการดูแลโรคเรื้อรัง โดยโรงพยาบาลชุมชน

ที่มีทรัพยากรมากกว่า ต้องเป็นผู้แบ่งปันทรัพยากร ทำงานเป็นทีม สุขภาพระดับอำเภอเดียวกัน เนื่องจากโรคเรื้อรัง เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ผู้ป่วยต้องร่วมมือในการดูแล รักษา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากตัวผู้ป่วยเอง สอดคล้องกับคุณลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ผู้บริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ควรมีการนิเทศ และติดตามเยี่ยมพื้นที่ เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ จัดสรรทรัพยากรสนับสนุนการดูแลโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของประชุมสุข โคตรพันธ์, อังศุมาลิน โคตรสมบัติ และสุพัตรา บัวที (2557) ที่ระบุว่า การติดตามเยี่ยมพื้นที่

ทำให้เข้าใจในขั้นตอนเชิงระบบ สามารถประสานงานร่วมกันได้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามพบข้อจำกัดของการศึกษา คือ เป็นการศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพเพียง 1 แห่ง และเป็นการศึกษาที่ประเมินประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับ การศึกษาต่อไปควรมีการศึกษาแบบผสมผสานเชิงปริมาณและคุณภาพในการประเมิน PACIC ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลโรคเรื้อรัง และผลของการดูแลโรคเรื้อรัง ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพระยะสั้น เช่น พฤติกรรมการจัดการตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง และผลลัพธ์ทางสุขภาพระยะยาว เช่น ระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดง คุณภาพชีวิต เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กองนโยบายและแผนงาน สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร. (2555). สถิติการบริการสาธารณสุขในสังกัด กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร.
- นิทรา กิจธรรมาวัฒน์, & ภูติ เทชาดิวัฒน์. (2556). ความตรงและความเชื่อมั่นของแบบสอบถามประเมินประสบการณ์การดูแลต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ฉบับภาษาไทย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 8(1), 13-25.
- ประชุมสุข โคตรพันธ์, อังศุมาลิน โคตรสมบัติ, & สุพัตรา บัวที. (2557). การพัฒนาระบบการจัดการเครือข่ายผู้ดูแลรายกรณีในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จังหวัดยโสธร. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(3), 102-109.
- ภูติ เทชาดิวัฒน์, นิทรา กิจธรรมาวัฒน์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, สุพัตรา คำสอน, & จริญญา แห่งสันเทียะ. (2558). การจัดการโรคเรื้อรังตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอแห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(3), 41-49.
- โรงพยาบาลดอกคำใต้. (2557). รายงานประจำปี 2557. พะเยา: โรงพยาบาลดอกคำใต้.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). การทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.
- สำนักกระบวนวิธียา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555. ค้นเมื่อ 25 กันยายน 2557, จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20140109_40197220.pdf
- AlMomen, R. K., Abdelhay, O., Alrowais, N. A., & Elsaid, T. (2015). Evaluation of patient with chronic disease using patient assessment of chronic illness care questionnaire (PACIC) in Riyadh KSA. *International Journal of Current Advanced Research*, 4(8), 378-381.
- Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C., & Wagner, E. H. (2009). Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Affairs*, 28, 75e-85e.
- de Bruin, S. R., Heijink, R., Lemmens, L. C., Struijs, J. N., & Baan, C. A. (2011). Impact of disease management programs on healthcare expenditures for patients with diabetes, depression, heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review of the literature. *Health Policy*, 101, 105-121.
- Glasgow, R. E., Nelson, C. C., Whitesides, H., & King, D. K. (2005). Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) with diabetic patients. *Diabetes Care*, 28, 2655e-2661e.
- Glasgow, R. E., Wagner, E. H., Schaefer, J., Mahoney, L. D., Reid, R. J., & Greene, S. M. (2005). Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Medical Care*, 43, 436e-444e.
- Gugiu, P. C., Coryn, C., Clark, R., & Kuehn, A. (2009). Development and evaluation of the short version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care instrument. *Chronic Illness*, 5, 268e-276e.
- Hibbard, J. H., Stockard, J., Mahoney, E. R., & Tusler, M. (2004). Development of the patient activation measure (PAM): Conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Services Research*, 39, 1005e-1026e.
- Houle, J., Beaulieu, M. D., Lussier, M. T., Grande, C. D., Pellerin, J. P., Authier, M., et al. (2012). Patients' experience of chronic illness care in a network of teaching settings. *Canadian Family Physician*, 58, 1366-1373.
- Jiamjarasrangsri, W., Attavorrarat, S., Navichareon, R., Aekplakorn, W., Keesukphan, P. (2014). Assessment of 5-year system-wide type 2 diabetes control measures in a Southeast Asian metropolis. *Asian Biomedicine*, 8(1), 75-82.
- Kennedy, A., Rogers, A., & Bower, P. (2007). Support for self care for patients with chronic disease. *BMJ*, 335, 968-970.
- Koley M., et al. (2014). Patient-Assessed Chronic Illness Care (PACIC) scenario in an Indian homeopathic hospital. Retrieved September 10, 2015, from <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtcm.2014.11.020>
- Liu, L. J., Li, Y., Sha, K., Wang, Y., & He, X. (2013). Patient Assessment of Chronic Illness Care, Glycemic Control and the Utilization of Community Health Care among the Patients with Type 2 Diabetes in Shanghai, China. *PLoS ONE*, 8(9), e73010. doi:10.1371/journal.pone.0073010.
- Parekh, A. K., Goodman, R. A., Gordon, C., & Koh, H. K. (2011). Managing multiple chronic conditions: A strategic framework for improving health outcomes and quality of life. *Public Health Reports*, 126(4), 460-471.

- Rademakers, J., Delnoij, D., Nijman, J., & de Boer, D. (2012). Educational inequalities in patient-centred care: patients' preferences and experiences. *BMC Health Services Research*, 12(261), doi: 10.1186/472-6963-12-261.
- Rothman A. A., & Wagner, E. H. (2003). Chronic illness management: What is the role of primary care? *Annals of Internal Medicine*, 138, 256-261.
- Sharma, J. (2013). Chronic disease management in the South-East Asia Region: A need to do more. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 2, 79-82.
- Taggart, J., Chan, B., Jayashighe, U. W., Christl, B., Proudfoot, J., Crookes, P. A., et al. (2011). Patients assessment of chronic illness care (PACIC) in two Australian studies: Structure and utility. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 215-221.
- Tsai, A. C., Morton, S. C., Mangione, C. M., & Keeler, E. B. A (2005). Meta-analysis of Interventions to Improve Care for Chronic Illnesses. *American Journal of Managed Care*, 11, 478-488.
- World Health Organization. (2013). *Chronic diseases and health promotion*. Retrieved September 10, 2015, from http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part2_ch1/en/index1.html

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=130)

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	คลินิกบริการโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลชุมชน		โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเครือข่าย		χ^2	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	32	24.60	22	16.90	0.203	1	0.716
หญิง	48	36.90	28	21.50			
อายุ (ปี) $\bar{x}=58.94$ S.D.=10.38							
น้อยกว่า 60	43	33.10	32	24.60	1.324	1	0.278
มากกว่า 60	37	28.50	18	13.80			
สถานภาพสมรส							
คู่	7	5.39	10	7.69	4.624	1	0.043
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	73	56.15	40	30.77			
ระดับการศึกษา							
ไม่ได้เรียน	10	7.70	10	7.70	10.751	2	0.005
ประถมศึกษา	52	40.00	39	30.00			
มัธยมศึกษาขึ้นไป	18	13.80	1	0.80			
อาชีพหลัก							
ทำนา/ทำไร่/ทำสวน	61	46.90	40	30.80	0.250	1	0.670
ค้าขาย/ รับจ้าง	19	14.60	10	7.70			
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)							
น้อยกว่า 5,000	55	42.30	46	35.40	9.597	1	0.002
มากกว่า 5,000	25	19.20	4	3.10			
Median = 2,000 Max = 100,000 Min = 200							
ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน (ปี)							
1-3	19	14.60	16	12.30	1.067	2	0.587
4-10	38	29.20	21	16.20			
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	23	17.70	13	10.00			
$\bar{x}=7.32$ S.D.=4.97							
โรคประจำตัวอื่น							
มี	5	3.80	17	13.10	16.853	1	0.000
ไม่มี	75	57.70	33	25.40			
BMI							
ผิปกติ	30	23.10	18	13.80	0.030	1	1.000
ปกติ (18.5-24.9)	50	38.50	32	24.60			
ระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงสะสม (HBA1C)							
น้อยกว่า 7.5%	26	20.00	37	28.50	21.217	1	0.000
มากกว่า 7.5%	54	41.50	13	10.00			

ตารางที่ 2 การดูแลภาพรวมที่ได้รับตามแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=130)

ด้านในการดูแลตามต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการดูแลที่ได้รับ
1. ด้านการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา	3.24	0.92	ปานกลาง
2. ด้านการออกแบบบริการและสนับสนุนการตัดสินใจ	3.30	0.64	ปานกลาง
3. ด้านการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน	3.12	0.78	ปานกลาง
4. ด้านการแก้ปัญหาสุขภาพ	2.91	0.73	ปานกลาง
5. ด้านการติดตามผลการรักษาและการประสานงาน	2.97	0.84	ปานกลาง
การดูแลภาพรวม	3.11	0.64	ปานกลาง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการดูแลที่ได้รับตามแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=130)

ด้านในการดูแลตามต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง	ค่าเฉลี่ยของบริการที่ได้รับจากหน่วยบริการ $\bar{X}$ (SD.)		t test	Mean diff	95% CI	df	p value
	คลินิกบริการโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย					
1. ด้านการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา	3.09 (0.95)	3.47 (0.82)	2.298	0.3750	0.052–0.698	128	0.023
2. ด้านการออกแบบบริการและสนับสนุนการตัดสินใจ	3.20 (0.65)	3.47 (0.60)	2.343	0.2667	0.041–0.492	128	0.021
3. ด้านการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน	2.99 (0.76)	3.32 (0.78)	2.376	0.3275	0.055–0.600	128	0.019
4. ด้านการแก้ปัญหาสุขภาพ	2.87 (0.78)	2.98 (0.64)	0.863	0.1085	0.140–0.357	128	0.390
5. ด้านการติดตามผลการรักษาและการประสานงาน	2.78 (0.76)	3.28 (0.88)	3.403	0.4967	0.208–0.785	128	0.001
คะแนนรวม	2.99 (0.62)	3.30 (0.63)	2.809	0.3149	0.093–0.537	128	0.006