



การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานของ โรงพยาบาลโพธาราม

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

โดย
นางชวนชม ภูวตชนยา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการจัดการทางเภสัชกรรม

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานของ โรงพยาบาลโพธาราม

โดย

นางชวนชม ภูวทันยา

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการจัดการทางเภสัชกรรม

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

**DEVELOPMENT OF PRIMARY CARE NETWORK MODEL FOR DIABETIC PATIENTS
AT POTHARAM HOSPITAL**

By

Chuanchom Pawatthanaya

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree

MASTER OF PHARMACY

Program of Pharmacy Management

Graduate School

SILPAKORN UNIVERSITY

2010

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร อนุมัติให้วิทยานิพนธ์เรื่อง “ การพัฒนาเครือข่าย
บริการสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานของ โรงพยาบาลโพธาราม ” เสนอโดย นางสาวนชม
ภวัตรนยา เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเกศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
จัดการทางเภสัชกรรม

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ชารัตน์วงศ์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
เภสัชกร อาจารย์ ดร.สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ

คณะกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์
มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

..... ประธานกรรมการ

(เภสัชกรหญิง อาจารย์ ดร.ณัฐธิญา คำผล)

...../...../.....

..... กรรมการ

(เภสัชกรหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข)

...../...../.....

..... กรรมการ

(เภสัชกร อาจารย์ ดร.สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ)

...../...../.....

51362201 : สาขาวิชาการจัดการทางเภสัชกรรม

คำสำคัญ : เครื่อง่ายบริการสุขภาพชุมชน, เบาหวาน

ชวนชม ภวัชรนยา : การพัฒนาเครื่อง่ายบริการสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานของ
โรงพยาบาลโพธาราม. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ภก.อ.ดร.สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย. 143 หน้า.

การศึกษากึ่งทดลองเพื่อพัฒนาเครื่อง่ายบริการสุขภาพชุมชนสำหรับผู้ป่วยเบาหวานของ
โรงพยาบาลโพธาราม เปรียบเทียบผลการรักษาทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีสภาวะทางคลินิกกึ่งที่ ได้แก่ ระดับ
น้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ฮีโมโกลบินเอวันซี ความดันโลหิต คลอเรสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ เอชดี
แอล และแอลดีแอล ก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการ 6 เดือน และศึกษาความพึงพอใจของผู้ให้และ
ผู้รับบริการ ระหว่างวันที่ 4 พฤศจิกายน 2552 ถึงวันที่ 28 กรกฎาคม 2553 เก็บรวบรวมข้อมูลทางคลินิก
ด้วยแบบบันทึก ศึกษาความพึงพอใจด้วยการสัมภาษณ์และแบบสอบถาม โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่ม
ควบคุมจำนวน 50 คน ซึ่งรับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธาราม และกลุ่มทดลองจำนวน 48
คน ซึ่งรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย paired t-test
independent t-test และ chi square test

ผลการศึกษาพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยขณะอดอาหาร ฮีโมโกลบินเอวันซี ความ
ดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ระดับคลอเรสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ เอชดีแอล และแอลดีแอล ของผู้ป่วยทั้ง
2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p= 0.844, 0.449, 0.105, 0.528, 0.916, 0.716, 0.753$ และ 0.298 ตามลำดับ) และเมื่อ
จำแนกผู้ป่วยตามการควบคุมภาวะของโรคตามเกณฑ์ทางคลินิก พบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่สามารถ
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p= 0.031$) ในขณะที่ผล
การควบคุมภาวะโรคโดยใช้ผลทางคลินิกด้านอื่นไม่พบความแตกต่าง ผู้ป่วยเกือบทั้งหมด (91.3%) พึง
พอใจต่อบริการโดยรวมและเห็นว่าบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนสะดวกและรวดเร็วกว่าที่โรงพยาบาล
ขณะที่การควบคุมสภาวะโรคของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน และผู้ป่วยเกือบทั้งหมด (95.5%) อยากเข้าร่วม
โครงการต่อไป ส่วนผู้ให้บริการพึงพอใจต่อโครงการเช่นกันและเห็นว่าเป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วย
การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าไม่มีความแตกต่างโดยนัยสถิติของประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่
ศูนย์สุขภาพชุมชนกับบริการของโรงพยาบาล และเครื่อง่ายบริการสุขภาพชุมชนเป็นรูปแบบหนึ่งของการ
พัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาล

การจัดการทางเภสัชกรรม

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2553

ลายมือชื่อนักศึกษา.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

51362201 : MAJOR : PHARMACY MANAGEMENT

KEY WORDS : PRIMARY CARE NETWORK/ DIABETES MELLITUS

CHUANCHOM PAWATTHANAYA : DEVELOPMENT OF PRIMARY CARE NETWORK MODEL FOR DIABETIC PATIENTS AT PHOTHARAM HOSPITAL. THESIS ADVISOR : SURASIT LOCHID-AMNUAY,Ph.D. 143 pp.

The purpose of this quasi-experimental study was to develop the primary care network model of the Photharam hospital. The patients were divided into a control group (n=48) that obtained regular services at the hospital and a treatment group (n=50) repeatedly received services at the Primary Care Unit (PCU). Clinical outcome of stable patients at baseline and after 6 months were compared and healthcare providers' and patients' satisfaction were conducted during the period from November 4, 2009 to August 15, 2010. Data collection was performed using clinical data and questionnaire. The percentile and mean were calculated. Independent t-test and chi square test were used for comparing the clinical data.

The results showed that the differences in fasting blood sugar, hemoglobin A1c, systolic blood pressure and diastolic blood pressure, cholesterol, triglyceride, low density lipid and high density lipid level between the treatment and the control group were not statistically significant (p -value = 0.844, 0.449, 0.105, 0.528, 0.916, 0.716, 0.753 and 0.289 respectively). Moreover, number of patients who were able to control a fasting blood sugar level was statistically significant increase in the treatment group (p = 0.031) while, results of the other clinical outcomes were not statistically significant. Results from the treatment group indicated that most of them (95.5%) were very satisfied with overall services. They reasoned that PCU services were faster and more convenient than those provided at the hospital while maintaining the same level of disease control. Acceptability of subject in PCU group was high and most patients (95.5%) agreed to continue to participate in receiving care at PCU. Accordingly, healthcare providers were also satisfied with providing medical care at PCU since this would make directly beneficial for the patients. This study showed that healthcare services for diabetic patients at the PCU were as effective as those at the hospital. A primary care network service was one of the models for developing quality services for diabetic patients.

Program of Pharmacy Management Graduate School, Silpakorn University Academic Year 2010

Student's signature

Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลโพธาราม สามารถดำเนินการจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาเอื้อเฟื้อจากบุคคลและคณะหน่วยงานต่าง ๆ เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงใคร่ที่จะขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ ได้แก่ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธาราม นายแพทย์วันชัย สীগาญจนรัตน์ ที่อนุญาตให้นำโครงการนี้ลงสู่การปฏิบัติในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล นายแพทย์เดชวัน ราชตะนะพันธ์ ที่ปรึกษาโครงการวิจัยในคลินิกเบาหวาน นายแพทย์วัชระ ก้อนแก้ว ผู้ให้คำแนะนำในการเก็บข้อมูลโครงการวิจัย และการให้แนวคิดที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดทำโครงการวิจัย พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลโพธาราม คุณปพิชญา ศรีเยี่ยม หัวหน้าห้องเวชระเบียนที่ให้การอำนวยความสะดวกในการสืบค้นประวัติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียนทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี นายแพทย์สุนันท์ สุกตรัตนเมธี คุณกฤษิศา ปลีฟัก เจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคมและท่านอื่น ๆ ที่ได้ร่วมกันปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและช่วยในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชน

นอกจากนี้ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งกับการได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนนางแก้ว ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองโพ และศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตาพุด รวมถึงบุคลากรต่าง ๆ ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ได้อำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานและได้ให้ข้อเสนอแนะ รวมถึงข้อมูลระเบียบต่าง ๆ ข้อจำกัดทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ ผู้วิจัยต้องขอโน้มแสดงความขอบคุณเป็นอย่างยิ่งต่อ เกษีชรุ่งอรุณ สิทธิพล ที่ให้โอกาสได้วางระบบในการพัฒนารูปแบบบริการและให้การสนับสนุนในการปฏิบัติงานด้วยดีเสมอมา ภก.อาจารย์ ดร.สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย ที่ปรึกษาโครงการวิจัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ที่ให้คำปรึกษาแนะนำทำให้โครงการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งไว้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ความมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
วัตถุประสงค์ทั่วไป	3
วัตถุประสงค์เฉพาะ	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
สมมติฐานของการศึกษา	4
ขอบเขตของการศึกษา	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	6
ระบบหลักประกันสุขภาพ	7
การดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	10
ผลกระทบจากการมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า	11
ระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า	17
ประเภทของหน่วยบริการ	17
เครือข่ายบริการ	21
โครงการโรงพยาบาล “บริการฉับไว ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย”.....	22
แนวทางการพัฒนาโรงพยาบาล “บริการฉับไว ไร้ความแออัด พัฒนา เครือข่าย”	24
เป้าหมายระยะสั้น	24
เป้าหมายระยะยาว	24
กลวิธีการพัฒนาหลัก	24
แนวทางการดำเนินงาน	25

บทที่	หน้า
การสนับสนุน	25
การดำเนินงาน “บริการจับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย”.....	26
ข้อมูลการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	30
โรงพยาบาลโพธาราม	37
บทสรุป	38
3 วิธีดำเนินการวิจัย	39
รูปแบบการศึกษา	39
ขอบเขตการศึกษา.....	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	39
ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลของผู้ป่วย.....	40
ขั้นตอนของการศึกษา	41
การวิเคราะห์ข้อมูล	43
4 ผลการวิจัย	45
1. ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย	45
1.1 กลุ่มทดลอง	45
1.2 กลุ่มควบคุม	46
2. ข้อมูลด้านคลินิกของผู้ป่วย	48
2.1 ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS)	48
2.2 ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c).....	50
2.3 ความดันโลหิต	52
2.4 ไขมันในเลือด.....	55
2.4.1 ระดับไขมันโคเลสเตอรอล (Cholesterol).....	55
2.4.2 ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride).....	56
2.4.3 ระดับไขมันแอลดีแอล (LDL).....	58
2.4.4 ระดับไขมันเอชดีแอล (HDL)	59
3. การเปรียบเทียบการรับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธารามและที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มทดลอง.....	61
3.1 การรับบริการที่โรงพยาบาลโพธาราม	61
3.2 การรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน	63

บทที่	หน้า
4. ผลการให้บริหารเภสัชกรรมที่หน่วยบริการเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน	64
5. ความพึงพอใจของผู้ป่วย และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง.....	66
5.1 ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้าร่วม โครงการ.....	66
5.1.1 การเปรียบเทียบการรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนกับ โรงพยาบาล	68
5.1.2 ความคิดเห็นต่อโครงการและการรับบริการต่อเนื่อง	68
5.2 ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธาราม.....	70
5.3 ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน.....	72
5.4 ความคิดเห็นของหัวหน้าหน่วยบริการศูนย์สุขภาพชุมชน	74
5 สรุพอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	77
ข้อเสนอแนะ	86
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป	87
บรรณานุกรม	88
ภาคผนวก	92
ภาคผนวก ก แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน	93
ภาคผนวก ข แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	98
ภาคผนวก ค แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง	103
ภาคผนวก ง แบบฟอร์มสรุปรูปผลการรักษา	108
ภาคผนวก จ ใบส่งตัวรักษาต่อเนื่องไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ	110
ภาคผนวก ฉ แบบส่งกลับตามเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วย	112
ภาคผนวก ช แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ	114
ภาคผนวก ซ คำถามในการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ	118
ภาคผนวก ฌ ระเบียบปฏิบัติระบบการปฏิบัติงานในภาพรวม	121
ภาคผนวก ฎ ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย	127
ภาคผนวก ฏ ข้อมูลการบริหารทางเภสัชกรรม และการแก้ไขปัญหา.....	135
ประวัติผู้วิจัย	143

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	รายชื่อโรงพยาบาลเป้าหมายดำเนินโครงการ “บริการจับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย	26
2	กำหนดการทำการทดลอง	44
3	ลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	46
4	ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS)	49
5	จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารได้	50
6	ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c)	51
7	จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ได้	51
8	ค่า Systolic blood pressure	52
9	ค่า Diastolic blood pressure	53
10	จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุม Systolic blood pressure ได้	54
11	จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุม Diastolic blood pressure ได้	54
12	ระดับไขมัน Cholesterol	55
13	จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับไขมัน Cholesterol ได้	56
14	ระดับไขมัน Triglyceride	57
15	จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับไขมัน Triglyceride ได้	57
16	ระดับไขมัน LDL	58
17	จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับไขมัน LDL ได้	59
18	ระดับไขมัน HDL	60
19	จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับไขมัน HDL ได้	60
20	การใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน	61
21	การรับบริการที่โรงพยาบาลโพธาราม	62
22	การรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน	63
23	ปัญหาที่เภสัชกรค้นพบในการดูแลผู้ป่วย และแนวทางแก้ไขปัญหาของเภสัชกร	65
24	ความพึงพอใจต่อการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน	67
25	เปรียบเทียบการรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนกับโรงพยาบาลโพธาราม	68
26	ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อโครงการ	69

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Statements and significance of the problems)

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายที่สำคัญต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ทำให้ประชาชนร้อยละ 98.97 มีหลักประกันทางด้านสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ 2550) สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยได้มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามด้านการใช้บริการทางด้านสุขภาพของประชาชน พบว่ามีอัตราเพิ่มมากขึ้นภายหลังการดำเนินโครงการดังกล่าว ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อภาระงานของสถานพยาบาล โดยเฉพาะงานบริการผู้ป่วยนอก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2549) ทำให้เกิดปัญหาการรับบริการซึ่งเกิดจากความไม่สมดุลของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยจะเห็นได้จากผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อระบบบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งพบว่าผู้รับบริการจำนวนมากถึงร้อยละ 82.80 รู้สึกไม่พอใจการรับบริการเนื่องจากการรอรับบริการนาน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2545) และผู้รับบริการบางส่วนร้อยละ 23.00 ตั้งใจจะไม่ใช้บริการระบบบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหากมีการเจ็บป่วยอีกเนื่องจากเสียเวลารอนาน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2549) ส่วนด้านผู้ให้บริการทางการแพทย์จากการประเมินการให้บริการของโรงพยาบาล พบว่าแต่ละแห่งมีภาระงานมากขึ้น เกิดความแออัดของแผนกผู้ป่วยนอกทำให้คุณภาพบริการของสถานพยาบาลลดลง (ข้อมูลข่าวนโยบายรัฐบาล 2009) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์สาเหตุของการรับบริการจะพบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 80.00 เจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปซึ่งไม่จำเป็นต้องพบแพทย์เฉพาะทาง รวมถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมสภาวะทางคลินิกของโรคได้และสามารถรับบริการจากเครือข่ายบริการสุขภาพได้

จากปัญหาการบริการสุขภาพดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงเร่งพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในระดับชุมชนเพื่อให้บริการประชาชนโดยใช้ระบบเครือข่าย ทั้งนี้เพื่อลดจำนวนผู้รับบริการในโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานสารสนเทศและประชาสัมพันธ์ 2006) ด้วยการดำเนินโครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่ายบริการ” เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้สะดวกรวดเร็วขึ้น โดยนำร่องในโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ 13 แห่งทั่วประเทศ โดยการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์

บางส่วน และสร้างความเข้มแข็งของหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน อำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วย เน้นการบูรณาการกับหน่วยงานอื่น เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการโดยไม่เหมาะสม เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมภาวะทางคลินิกของโรคได้ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความจำเป็น เพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองและใช้บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2552)

โรงพยาบาลโพธารามเป็นโรงพยาบาลหนึ่งที่ดำเนินโครงการดังกล่าวตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยการจัดตั้งคลินิกโรคเรื้อรังเพื่อพัฒนาเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลในศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 4 แห่ง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนนางแก้ว หนองตาพูด หนองโพ และหนองสองห้อง เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและลดจำนวนผู้รับบริการที่โรงพยาบาล โดยมีแพทย์จากโรงพยาบาลออกให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนดังกล่าวเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งจากการดำเนินการที่ผ่านมาพบปัญหาคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานที่ใช้บริการของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนมีจำนวนยังคงมีจำนวนน้อยมากเฉลี่ยเพียงแห่งละ 60 ถึง 80 รายต่อเดือน ขณะที่จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลอยู่ที่ 1,120 รายต่อเดือน ส่งผลให้ระยะเวลารอคอยการรับบริการในช่วงระยะเวลาแออัดของคลินิกเบาหวานอยู่ที่ 89 นาที ซึ่งสูงกว่าระยะเวลารอคอยโดยเฉลี่ยทั่วไปมากซึ่งอยู่ที่ 22 นาที และเมื่อวิเคราะห์การควบคุมสถานะทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่สามารถควบคุมสถานะทางคลินิกของโรคได้ดีซึ่งสามารถไปรับบริการของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนได้

จากปัญหาการบริการดังกล่าวจึงนำไปสู่การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งนี้เพื่อเป็นการเพิ่มทางเลือกในการเลือกใช้บริการ เพิ่มความพึงพอใจและความมั่นใจให้กับผู้ให้บริการและผู้รับบริการและยังคงไว้ซึ่งคุณภาพบริการโดยสร้างเกณฑ์การรับและส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมภาวะโรคได้สู่หน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลโพธาราม โดยศึกษานำร่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชนนางแก้ว หนองตาพูด และหนองโพ ซึ่งผู้ป่วยต้องสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เพื่อลดปัญหาการเรียนในส่วนการติดรอนสิทธิในการรักษาในโรงพยาบาลใหญ่ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ 2551) โดยทำการศึกษาถึงรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เหมาะสม เปรียบเทียบผลการรักษาทางคลินิกของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบบริการ และศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการในเชิงคุณภาพ เน้นการสื่อสารระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชน กับโรงพยาบาลซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในการส่งตัวผู้ป่วยและข้อมูลการรักษา (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร 2550 : 216 – 223) ซึ่งโครงการดังกล่าว

จะเป็นแนวทางในการลดภาระการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล สามารถกระจายผู้ป่วยสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนอื่น ๆ ในเครือข่ายโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใช้บริการเพิ่มมากขึ้น เพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน รวมทั้งเพิ่มคุณภาพบริการการรักษาพยาบาล เฉพาะทางในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธาราม

ความมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลโพธาราม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ศึกษาผลลัพธ์เชิงปริมาณ

1.1 ศึกษาจำนวนผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลโพธารามที่เข้าร่วมโครงการและไม่เข้าร่วมโครงการ ในเขตพื้นที่ที่กำหนดที่หน่วยบริการเครือข่ายสุขภาพชุมชน

1.2 ศึกษาผลทางคลินิก

1.2.1. เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาทางคลินิกของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบบริการเครือข่ายบริการสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลโพธาราม

1.2.2. เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาทางคลินิกของผู้ป่วยที่ไม่เข้าร่วมโครงการก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบบริการเครือข่ายบริการสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลโพธาราม

1.2.3. เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาทางคลินิกของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการกับผู้ป่วยที่ไม่เข้าร่วมโครงการก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบบริการเครือข่ายบริการสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลโพธาราม

2. ศึกษาผลลัพธ์เชิงคุณภาพ

2.1 ศึกษาผลลัพธ์จากการให้บริบาลเภสัชกรรมที่หน่วยบริการเครือข่ายบริการสุขภาพชุมชนสำหรับผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลโพธาราม

2.2 ศึกษาผลความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

2.2.1. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

2.2.2. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ
2. ผู้ป่วยเบาหวานมีทางเลือกในการเข้ารับบริการทางด้านสุขภาพที่ประหยัดเวลาและมีความสะดวกมากยิ่งขึ้น
3. เป็นแนวทางในการลดความแออัดของผู้รับบริการที่โรงพยาบาล

สมมติฐานของการศึกษา (Hypothesis to be tested)

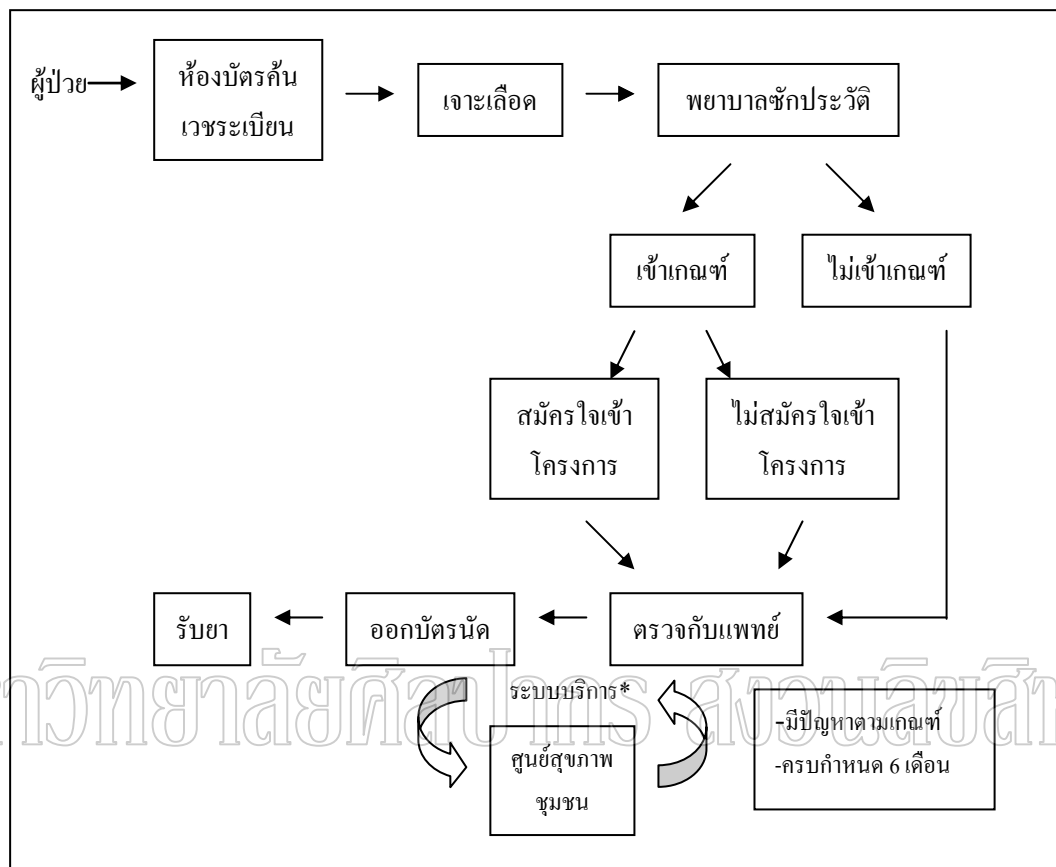
1. ผลการรักษาทางคลินิกของผู้ป่วยกลุ่มทดลองก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน
2. ผลการรักษาทางคลินิกของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน
3. ผลการรักษาทางคลินิกของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ขอบเขตของการศึกษา (Scope or delimitation of the study)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลโพธารามที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่บริการศูนย์สุขภาพชุมชนที่กำหนดคือ ศูนย์สุขภาพชุมชนนางแก้ว ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตาพุดและศูนย์สุขภาพชุมชนหนองโพ
2. ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. ไม่มีโรคแทรกซ้อนที่ต้องดูแลโดยแพทย์อย่างใกล้ชิด เช่น โรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด
4. รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับสอดคล้องกับรายการยาที่มีในศูนย์สุขภาพชุมชน
5. ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโครงการภายใต้ความยินยอมของแพทย์

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ระบบบริการสาธารณสุขไทย ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีเป้าหมายสำคัญด้านการสร้างความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุข โดยมุ่งสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือว่าเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชน และจัดระบบให้ประชาชนในสังคมได้มีการ “เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข” ด้วยการกระจายความเสี่ยงของภาระทางการเงิน (Risk Sharing) ที่เกิดเนื่องจากความเจ็บป่วย ทั้งนี้จะเป็นการส่งเสริมให้คนในสังคมมีภราดรภาพ (Solidarity) และการเกื้อกูลกันมากขึ้น เป้าประสงค์หลัก 3 ประการของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ ครอบคลุมประชาชนอย่างถ้วนหน้า (Universal Coverage) ประชาชนไทยทุกคนจะได้รับบริการสาธารณสุขด้วยชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน จัดทำแผนแม่บทและประสานทุกหน่วยงานเพื่อนำไปสู่ความยั่งยืนในทางนโยบาย (Policy Sustainability), การเงิน (Financial Sustainability), และสถาบันหรือองค์กร (Institutional Sustainability) (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2550)

ภายหลังการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพถึงร้อยละ 92.50 โดยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรมากที่สุดถึงร้อยละ 74.20 (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2550) และครอบคลุมประชาชนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95.00 ในปี 2551 (สัมฤทธิ์ ศรีธรรมรงค์สวัสดิ์ 2551) ส่งผลให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้บริการในสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49.00 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 71.30 ในปี 2549 อัตราการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อรับบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มจากร้อยละ 57.00 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 72.00, 76.00 ในปี 2547 และ 2548 ตามลำดับ ส่วนอัตราการใช้สิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยในค่อนข้างคงที่ระหว่าง 80.00 – 83.00% (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2550) ภาระงานที่เพิ่มขึ้น จากอัตราการใช้บริการที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะบริการผู้ป่วยนอก เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการใช้บริการของประชาชนลดลงจากการมีหลักประกันทางด้านสุขภาพ ความต้องการใช้บริการที่เพิ่มขึ้นทำให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าร้อยละ 70.00 รายงานว่ามีภาระงานเพิ่มขึ้นจากนโยบายดังกล่าว (เอเบคโพลล์ 2549) เมื่อเปรียบเทียบอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระหว่างปี 2544 (ก่อนมีโครงการ) และ 2546 (หลังมีโครงการ) และจากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคเป็นโครงการพิเศษที่สำนักงานสถิติแห่งชาติได้จัดทำขึ้นพบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยบัตรสุขภาพถ้วนหน้าไม่พอใจสถานพยาบาลเนื่องจากรอคิวในการรักษานาน ร้อยละ 82.80 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2545) จากการประเมินการให้บริการของโรงพยาบาลศูนย์ พบว่าสถานพยาบาลแต่ละแห่งมีภาระงานหนักมากโดยเฉพาะ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ เนื่องจากประชาชนมีความต้องการรับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ มีความพร้อม ทั้งด้านบุคลากรและอุปกรณ์การแพทย์ที่เพียงพอ ทันสมัย จนเกิดความแออัดของผู้ป่วยนอก เช่นที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกวันละประมาณ 3,000 ราย กว่าร้อยละ 80.00ป่วยด้วยโรคต่างๆ ไป ที่ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งจำนวนผู้ป่วยที่มากทำให้แพทย์มีเวลาตรวจน้อยลง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ต้องการการดูแลที่ยุ่งยากซับซ้อน บริการจึงอาจไม่ทั่วถึง คุณภาพบริการลดลง ทำให้ผู้รับบริการเกิดความไม่พอใจในความไม่สะดวกต่าง ๆ และการรอตรวจนานเกินไป (ข้อมูลจากนโยบายรัฐบาล 2009)

ระบบหลักประกันสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพของไทย มีพัฒนาการเรื่อยมาในด้านการเพิ่มศักยภาพของการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มขึ้นของทรัพยากรสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นกำลังคนด้านสุขภาพ การขยายสถานบริการด้านสุขภาพ เทคโนโลยีและเครื่องมือแพทย์ และงบประมาณหรือแหล่งการเงินด้านสุขภาพ

วิวัฒนาการระบบประกันสุขภาพของไทยก่อน พ.ศ. 2545 ภายหลังจากก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2485 รัฐบาลได้มีการกำหนดให้ประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการเมื่อไปใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐ ต่อมาจึงมีการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพเฉพาะกลุ่มประชากรและสามารถจำแนกได้เป็น 5 กลุ่มหลัก ดังนี้ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ 2550)

1. ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage; UC)

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โครงการนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลผ่านระบบภาษีอากรและจัดสรรเงินให้กับโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ ตามรายหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียนและกำหนดรูปแบบการจ่ายเงินให้

สถานพยาบาลคู่สัญญา (contracted primary care units) แบบปลายปิด คือ เหม่าจ่ายรายหัว (capitation) สำหรับผู้ป่วยนอก และตามน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ภายใต้งบประมาณยอดรวม (DRG weighted global budget) สำหรับบริการผู้ป่วยใน

ประชาชนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้แก่ ผู้มีสิทธิในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลและโครงการบัตรประกันสุขภาพเดิม รวมทั้งประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ มาก่อน ทำให้ประชาชนไทยร้อยละ 92.50 มีความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพสุขภาพ โดยเป็นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 74.20

2. สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

รัฐบาลและหน่วยงานรัฐวิสาหกิจได้จัดสวัสดิการรักษายาบาลเมื่อเจ็บป่วยให้แก่ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและลูกจ้าง ซึ่งครอบคลุมทั้งเจ้าตัว คู่สมรส บุตร และบิดามารดาของผู้มีสิทธิ ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2521 วัตถุประสงค์ของโครงการนี้เป็นสวัสดิการและขวัญกำลังใจแก่ข้าราชการและลูกจ้างของหน่วยงานภาครัฐ โดยใช้จ่ายเงินจากงบประมาณของรัฐบาลและหน่วยงานรัฐวิสาหกิจนั้น ๆ ระบบนี้ครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 8.50 ของประเทศใน พ.ศ. 2544 สิทธิประโยชน์ของโครงการนี้ดีกว่าโครงการอื่น ๆ กล่าวคือผู้มีสิทธิสามารถเลือกไปรับบริการในสถานพยาบาลของรัฐที่ใดก็ได้ และบริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชนในกรณีฉุกเฉิน (มีแผนการจ่าย) ในกรณีของข้าราชการ ส่วนของรัฐวิสาหกิจนั้นส่วนใหญ่ให้อิสระแก่ผู้มีสิทธิในการไปเลือกใช้บริการ สำหรับชุดสิทธิประโยชน์ไม่ต่างจากโครงการอื่นมากนักแต่อาจมีบริการที่ขกเว้นน้อยกว่าเช่น ครอบคลุมกรณีไตวายเรื้อรัง หรือ การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการส่วนกลาง และภูมิภาคนั้นบริหารจัดการโดยกรมบัญชีกลาง ส่วนสวัสดิการข้าราชการท้องถิ่นและพนักงานรัฐวิสาหกิจนั้นจะบริหารจัดการโดยหน่วยงานนั้น ๆ เอง โดยในระยะแรกบริการผู้ป่วยนอกต้องจ่ายค่าบริการไปเองก่อนและมาเบิกคืนภายหลัง ส่วนบริการผู้ป่วยในต้องใช้งบส่งตัวจากหน่วยงานต้นสังกัดและโรงพยาบาลตั้งเบิกจากกรมบัญชีกลาง แต่ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาเป็นระบบการเบิกจ่ายตรงจากกรมบัญชีกลางแต่อย่างไรก็ตามปัญหาหลักของระบบนี้ คือ การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายอย่างรวดเร็วอันเนื่องมาจากวิธีการจ่ายเงินตามปริมาณบริการ (free for service)

3. โครงการประกันสุขภาพภาคบังคับที่จัดโดยภาครัฐ

ภาคการจ้างงานเอกชนมี 2 กองทุน คือ กองทุนเงินทดแทน ซึ่งคุ้มครองการเจ็บป่วยของลูกจ้างที่เกิดจากการทำงาน โดยนายจ้างเป็นผู้จ่ายเบี้ยประกันแต่ฝ่ายเดียว และกองทุนประกันสังคม ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาและชดเชยกรณีการเจ็บป่วย พิการ เสียชีวิตที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน

การว่างงานและเกษียณ โดย นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลต้องสมทบเงินเข้าสู่กองทุนประกันสังคม ระบบประกันสุขภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หลักประกันแก่ลูกจ้างเมื่อเจ็บป่วย โดยมีหลักการสำคัญคือ กระจายความเสี่ยงและเกื้อกูลกันระหว่างผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกับผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า และระหว่างผู้มีสุขภาพดีและผู้ป่วย ทั้งนี้ในระยะแรกของโครงการครอบคลุมเฉพาะลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไปและต่อมาได้ค่อย ๆ ขยายไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คน 5 คน และ 1 คนตามลำดับ โครงการนี้ครอบคลุมร้อยละ 7.60 ของประชากรใน พ.ศ. 2544

โครงการนี้บริหารจัดการโดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ภายใต้คณะกรรมการประกันสังคม โดยจ่ายค่าบริการให้กับโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักหลายรูปแบบ ตั้งแต่เหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในทั่วไป การจ่ายเพิ่มให้ตามอัตราการใช้บริการ ภาวะโรคเรื้อรัง บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่กำหนด รวมถึงการจ่ายชดเชยให้กับผู้ประกันตนกรณี คลอดบุตร บริการทันตกรรม บริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคู่สัญญา

4. พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

การประกันการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุจากรถ กำหนดเป็นการประกันภาคบังคับที่เจ้าของรถยนต์และจักรยานยนต์ที่จดทะเบียนทุกรายต้องจ่ายเบี้ยประกันเพื่อคุ้มครองผู้ได้รับบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุจากรถ โครงการนี้มีวัตถุประสงค์ให้ความคุ้มครองผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถทางบกให้ได้รับบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและได้รับการชดเชยกรณีพิการหรือเสียชีวิต โดยเป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับแก่เจ้าของยานพาหนะที่จดทะเบียนทุกราย แม้โครงการนี้จะเป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับแต่บริษัทประกันเอกชนเป็นผู้บริหารจัดการ ปัญหาหลักของโครงการนี้คือ ความซ้ำซ้อนของสิทธิกับโครงการประกันสุขภาพอื่น ๆ นอกจากนั้น ขั้นตอนและหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายที่ค่อนข้างยุ่งยากก็ทำให้เกิดการโยนภาระค่าใช้จ่ายให้กับกองทุนอื่น ๆ หรือสถานพยาบาลของรัฐ

5. การประกันสุขภาพเอกชนภาคสมัครใจ

ประกันสุขภาพเอกชนในประเทศไทยนั้นส่วนใหญ่เป็นประกันสุขภาพที่พ่วงกับกรมธรรม์ประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหมุ่จากอุบัติเหตุ วัตถุประสงค์หลักของประกันสุขภาพเอกชนเป็นการประกันความเสี่ยงสำหรับภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อัตราเบี้ยประกันมักเป็นไปตามอัตราความเสี่ยงของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ประกันสุขภาพเอกชนนั้นมีบทบาทค่อนข้างจำกัด ขนาดของตลาดจำกัดอยู่ในกลุ่มประชาชนที่มีฐานะค่อนข้างดี และสามารถ

จ่ายเบี้ยประกันได้ โดยใน พ.ศ. 2544 มีประชากรเพียงร้อยละ 1.20 ที่รายงานว่ามิประกันสุขภาพเอกชน

สิทธิประโยชน์ของประกันสุขภาพเอกชนส่วนใหญ่จะครอบคลุมเฉพาะบริการผู้ป่วยใน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าบริการผู้ป่วยนอก และมักมีเพดานของการคุ้มครอง ขณะเดียวกันก็มีการชดเชยการสูญเสียรายได้ อันเนื่องจากการเจ็บป่วย

การดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การสร้างระบบประกันหลักสุขภาพถ้วนหน้าได้มีการออกแบบระบบในการดำเนินการว่าควรเป็นอย่างไร ตั้งแต่งบประมาณต่าง ๆ ระบบบริการ สิทธิประโยชน์ทั้งหลายซึ่งสามารถจำแนกได้เป็นรายละเอียดดังนี้

1. งบประมาณสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลมาจากระบบภาษี
2. หน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ใกล้บ้าน เป็นจุดบริการด่านแรก (Front Line Service) และสามารถเป็นหน่วยบริการคู่สัญญา(Main Contractor) และรับขึ้นทะเบียนประชาชน (Unit for Registration)
3. ระบบการเงินการคลัง เป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว รูปแบบการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลเป็นการจ่ายแบบปลายปิด และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (Performance Related Payment)
4. ชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันกับกองทุนภาครัฐอื่น
5. ใช้กระบวนการรับรองคุณภาพ มากำกับการพัฒนาคุณภาพบริการ
6. การบริหารนโยบาย ให้มีการกระจายอำนาจ (Decentralization) ในการบริหารจัดการแก่จังหวัด โดยมีคณะกรรมการบริหารกองทุนระดับพื้นที่ทำหน้าที่รับผิดชอบ
7. แยกบทบาทผู้ซื้อ-ผู้ให้บริการ(Purchaser Provider Split) ออกจากกันอย่างชัดเจน ซึ่งจะทำให้ระบบมีการตรวจสอบ ควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผล มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การปฏิรูปโครงสร้างระบบหลักประกันสุขภาพ ได้จัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อทำหน้าที่ผู้ซื้อบริการ ใช้กลไกการซื้อบริการ บริหาร โครงการให้มีประสิทธิภาพและเป็นตัวแทนผู้บริโภคเพื่อทำการตรวจสอบคุณภาพบริการ และจัดสมดุลอำนาจในระบบบริการ จัดตั้งกองทุนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ (Medical Injury Compensation System) ซึ่งถือเป็น

นวัตกรรมใหม่ เป็นการชดเชยให้แก่ผู้ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องพิสูจน์ความถูกต้องก่อน

ผลกระทบจากการมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ภายหลังการดำเนินโครงการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ประชาชนไทยมีความครอบคลุมหลักประกันทางด้านสุขภาพร้อยละ 98.97 (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2550) สามารถเข้าถึงระบบบริการทางด้านสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามภายหลังการดำเนินโครงการดังกล่าว ได้มีการบริหารจัดการระบบเพื่อสนับสนุนระบบหลักประกันนี้ให้มีการดำเนินโครงการต่อไปได้แก่

1. การจัดตั้งกองทุนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ความสำคัญของกองทุนดังกล่าวจะพัฒนาให้เกิดผลดี 4 ประการ คือ

1.1 การบรรเทาความเดือดร้อนของผู้เสียหายเบื้องต้น แต่ไม่จำกัดสิทธิที่จะได้รับการชดเชยจากระบบอื่น

1.2 ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล โดยทำให้ผู้ให้บริการมีความตระหนักในความเสียหายที่อาจเกิดต่อผู้รับบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถใช้กลไก 2 ด้าน คือ การควบคุมกำกับคุณภาพสถานพยาบาลเพื่อป้องกันความเสียหายจากระบบอื่นเนื่องมาจากเหตุสุดวิสัย และการไล่เบี่ยค่าเสียหายจากผู้กระทำผิดหรือเลินเล่อ

1.3 ป้องกันแพทย์ หรือผู้ให้บริการจากการถูกฟ้องร้อง โดยไม่จำเป็น ระบบดังกล่าวยึดการไกล่เกลี่ยและสมานฉันท์

1.4 กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำหน้าที่กระจายความเสี่ยงเอง โดยจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ไม่เกินร้อยละ 1 ของค่ารักษาพยาบาล ทำให้ผู้ให้บริการไม่ต้องเสียดำเนินประกันจำนวนมากเพื่อเอาประกันจากบริษัทประกันเอกชน

2. เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม ระบบสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ระบบประกันสุขภาพเอกชนและ พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งใช้ใน พ.ศ. 2544 สามารถครอบคลุมประชากรได้ร้อยละ 71.00 และจากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา ส่งผลให้ประชาชนทั่วประเทศมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 96.00 ใน พ.ศ. 2549 โดยเป็นผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 74.30 และมีผู้ไม่มี

หลักประกันสุขภาพใด ๆ ร้อยละ 4.00 การดำเนินการตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้บริการในสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49.00 ใน พ.ศ.2534 เป็นร้อยละ 71.30 ใน พ.ศ. 2549 ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้เพิ่มขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2550) และจากการศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธรรมรงค์สวัสดิ์ พบว่าร้อยละ 95.00 ของประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ (2551) ซึ่งสอดคล้องกัน

3. อัตราการใช้สิทธิบัตรทองบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มจากร้อยละ 57.00 ในปี 2546 เพิ่มเป็นร้อยละ 72.00, 76.00 ในปี 2547 – 2548 ตามลำดับ ส่วนอัตราการใช้สิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยในค่อนข้างคงที่ระหว่าง 80.00 – 83.00% (สัมฤทธิ์ ศรีธรรมรงค์สวัสดิ์ 2551) การให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนอย่างถ้วนหน้าผนวกกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพมีผลกระทบต่อระบบบริการทั้งในด้านการเงินและการจัดบริการ ภายใต้งบประมาณที่จำกัดและหลักเกณฑ์การจัดสรรที่ปรับเปลี่ยนไปแต่ละปี ทั้งการให้หลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าเป็นการเพิ่มอุปสงค์ต่อบริการประกอบกับการปฏิรูปการจัดบริการย่อมมีผลกระทบต่องานและประสิทธิภาพของระบบโดยรวม

4. มีการพัฒนาระบบย่อยเพื่อสนับสนุนระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4.1 การพัฒนาฐานข้อมูลระดับบุคคล กระทรวงสาธารณสุขได้สร้างฐานข้อมูลระดับบุคคลเบื้องต้นใน พ.ศ. 2544 เพื่อดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยใช้ฐานข้อมูลระดับบุคคลของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เป็นฐานข้อมูลอ้างอิง

4.2 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและการส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย

4.2.1 การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการประจำ และการตรวจประเมินเพื่อการรับรองหน่วยบริการตามเกณฑ์ เกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการสะท้อนความต้องการพื้นฐานด้านคุณภาพหน่วยบริการของระบบประกันสุขภาพ และใช้เป็นเครื่องมือควบคุมกำกับคุณภาพหน่วยบริการ

4.2.2 การสนับสนุนนวัตกรรมและการพัฒนาของสถานพยาบาลปฐมภูมิ (โครงการ PCU ในฝัน) จัดให้มีโครงการส่งเสริมคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิสู่ความเป็นเลิศขึ้น เพื่อสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาตนเองของสถานพยาบาลปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง โดยให้สถานพยาบาลปฐมภูมิแต่ละแห่งประเมินตนเองตามแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น แล้วจัดทำคำ

ขอเงินสนับสนุนเพื่อพัฒนาบริการตามส่วนขาด โดยหนึ่งในสามเป็น โครงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย เบาหวานและความดันโลหิตสูง

4.2.3 การพัฒนารูปแบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการปฐมภูมิ ซึ่งกำลังอยู่ในระหว่างการพัฒนา

4.2.4 การสร้างเสริมศักยภาพบุคลากรและการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน มีงบลงทุนเพื่อการทดแทนซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวได้ถูกจัดสรรเพื่อใช้ในการปรับปรุงโครงสร้างทั้งในส่วนของการปฐมภูมิและบริการเฉพาะด้าน มีงบการจัดสรรลงทุนเพื่อพัฒนากำลังคนทั้งในระดับบริการปฐมภูมิและบริการเฉพาะด้าน มีเป้าหมายจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีแพทย์ประจำ (Community Medical Centre: CMU) ขยายการฝึกอบรมบุคลากรสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ พร้อมเพิ่มค่าตอบแทนแก่บุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรม และสนับสนุนการลดจำนวนผู้ป่วยของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขนาดใหญ่

5. พัฒนากลไกซึ่งมีส่วนสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย

5.1 นโยบายลดภาระงานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ใน พ.ศ. 2549 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศพันธะสัญญาต่อประชาชนไทย โดยหนึ่งในพันธะสัญญาดังกล่าวคือ การพัฒนาโรงพยาบาลรัฐสู่ความทันสมัย (Modernized Hospital) ตามแนวทาง “บริการรับไว้ ไร้ความแออัด” กำหนดเป้าหมายลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยกลยุทธ์ที่สำคัญคือ การพัฒนาสถานพยาบาลปฐมภูมิในเขตเมืองและกระจายภาระงานการดูแลผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลปฐมภูมิดังกล่าว ด้วยกลยุทธ์นี้คาดว่าจะทำให้การพัฒนาคุณภาพและความมั่นใจของประชาชนต่อสถานพยาบาลปฐมภูมิดีขึ้น รวมถึงการพัฒนาระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย

5.2 การพัฒนาระบบการส่งต่อและศูนย์ประสานเตียง เชื่อมโยงการให้บริการสุขภาพแต่ละระดับเข้าด้วยกัน ให้เกิดความต่อเนื่องสนับสนุนการเข้าถึงบริการตามความจำเป็น ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพต้องสามารถครอบคลุมการส่งต่อทั้ง “ผู้ป่วย” และ “ข้อมูล” หลังมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบส่งต่อในชนบทได้รับการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผ่านการพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการตามระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (Geographical Information System: GIS) กำหนดให้มี “หน่วยบริการรับส่งต่อ” และสถานพยาบาลเอกชนสามารถเข้าร่วมให้บริการเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อได้ ทำให้ทางเลือกช่องทางการส่งต่อมีมากขึ้น มีการจัดตั้ง “ศูนย์ประสานการส่งต่อ”

6. การประสานระหว่างระบบประกันสุขภาพ ประกอบด้วย สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ได้จัดทำข้อตกลงความร่วมมือกันเพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพสูงสุดและลดความไม่เท่าเทียมระหว่างระบบ โดยมีการพัฒนามาตรฐานกลางของกองทุนประกันสุขภาพ การพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน การประสานการดำเนินงานเพื่อลดความซ้ำซ้อน

7. การปรับปรุงบัญชีหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 2547 ได้พิจารณาบริบทของระบบสุขภาพที่เปลี่ยนไปหลายประเด็น ได้แก่

1. แบบแผนของโรคที่เป็นภาระ
2. การปฏิรูประบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีระบบ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3. ความจำเป็นต้องปรับปรุงประสิทธิภาพระบบภายใต้นโยบาย “การพัฒนาสุขภาพที่ดีด้วยต้นทุนต่ำ” (Good Health at Low Cost)

4. การพัฒนาและส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสมโดยใช้แนวปฏิบัติการให้บริการสาธารณสุข (Health Service Practice Guideline: HSPG)

8. แนวโน้มรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น รายจ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หากคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร เพิ่มขึ้นจาก 545 บาท ใน พ.ศ. 2523 เป็น 6,994 บาท ใน พ.ศ. 2548 โดยรายจ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อการรักษาพยาบาล จะเห็นได้จากรายจ่ายด้านยามีสัดส่วนสูงขึ้นเป็นร้อยละ 42.80 ต่อรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ใน พ.ศ. 2548

9. ความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ

9.1 ความเป็นธรรมของการใช้บริการสุขภาพ โอกาสในการเลือกใช้บริการระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมมีความแตกต่างกัน จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2548 – 2549 พบว่าเมื่อคิดรวมเฉพาะการใช้บริการที่สถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป (รวมโรงพยาบาลศูนย์) และโรงพยาบาลเอกชน พบว่ากลุ่มที่ยากจนที่สุดมีการเลือกใช้บริการสถานีนามัยสูงสุด (ประมาณร้อยละ 35.00 – 40.00) ในขณะที่กลุ่มที่รวยที่สุดใช้โรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด (ร้อยละ 50.00) เช่นเดียวกันกับการใช้บริการโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ที่สูงสุดในกลุ่มที่มีรายได้สูงสุดเช่นกัน ลักษณะความแตกต่างของการเลือกใช้บริการ อาจส่งผลต่อคุณภาพของบริการที่ได้รับตามศักยภาพของสถานพยาบาล

9.2 ความเป็นธรรมชาติของการให้บริการสุขภาพ ลักษณะการให้บริการของผู้ให้บริการ หรือสถานพยาบาลอาจมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ได้เลือกเหตุการณ์บางอย่างมาใช้เพื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาที่ต่างกัน ได้แก่ การผ่าตัดหลอดเลือด และการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ โดยเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสังคม จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในที่ใช้เพื่อการเบิกจ่ายเงิน พ.ศ. 2547 พบว่าอัตราการผ่าตัดหลอดเลือดในผู้ป่วยสิทธิข้าราชการสูงสุด ร้อยละ 46.00 ในขณะที่บัตรทองมีร้อยละ 16.00 และประกันสังคม ร้อยละ 3.00 ส่วนการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ กรณีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้น จากข้อมูลพบว่าอัตราการผ่าตัดในผู้ป่วยสิทธิข้าราชการสูงสุด รองลงมาคือผู้ป่วยประกันสังคม และบัตรทอง แสดงถึงโอกาสในการผ่าตัดที่แตกต่างกันระหว่างหลักประกัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยบัตรทอง

9.3 ความเป็นธรรมชาติของผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ อัตราการป่วยตายของผู้ป่วยใน นับว่าเป็นผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ หากความรุนแรงของโรคเท่ากัน โอกาสเสียชีวิตของผู้ป่วยก็จะใกล้เคียงกัน จากการวิเคราะห์อัตราป่วยตายรายอายุของ 3 กองทุน โดยวิเคราะห์เป็นอัตราป่วยตายที่ปรับค่าตามอายุ (Age-adjusted case-fatality rate) พบว่าผู้ป่วยบัตรทองมีอัตราป่วยตายสูงสุด ตามมาด้วยผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ และผู้ป่วยประกันสังคม ลักษณะเช่นนี้อาจจะเกี่ยวข้องกับลักษณะโรคที่ต่างกันของผู้ป่วย การเลือกใช้บริการ และศักยภาพของสถานพยาบาล

9.4 ความเป็นธรรมชาติด้านการคลังในระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ทำให้รายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนลดลง โดยใน พ.ศ. 2545 พบว่า กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายลดลงมากที่สุดคือ กลุ่มยากจน ลดลงถึงร้อยละ 27.00 – 45.00 แต่มีข้อสังเกตว่ากลุ่มคนที่รวยที่สุดมีรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 42.00 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเลือกใช้บริการที่นอกเหนือสิทธิประโยชน์ หรือการไม่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2550)

10. ด้านการเงิน ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าภายหลังการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อรายรับรายจ่ายในส่วนของงบประมาณดังนี้

10.1 งบประมาณไม่เพียงพอ งบดำเนินการต่อหัวที่ได้รับต่ำกว่าค่าใช้จ่ายประมาณ 2-300 บาท/หัว/ปี โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยใน

10.2 หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณที่ปรับเปลี่ยนไปทุกปีในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข

10.3 ขาดความสมดุลระหว่างคนและเงิน โรงพยาบาลจังหวัดส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 60.00 โดยเฉลี่ย ประสบกับปัญหาการขาดสภาพคล่องด้านการเงินในปีแรกของโครงการ ยกเว้นในภาคอีสานซึ่งมีเพียงร้อยละ 10.00 ของโรงพยาบาลจังหวัดในภาคนี้ที่ประสบปัญหา ดังกล่าว การแก้ไขปัญหาด้านการเงินนี้มาตรการที่โรงพยาบาลใช้คือ การชะลอการจ่ายหนี้ค่ายาและ ค่ารักษาออกไป การลดรายจ่าย เช่น ควบคุมและจำกัดการส่งจ่ายยาเฉพาะในบัญชีหลักแห่งชาติแก่ ผู้ป่วยภายใต้โครงการนี้ การใช้ยาชื่อสามัญและยาที่ผลิตภายในประเทศแทนยาที่นำเข้า การปรับลด จำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานนอกเวลาให้เหมาะสมกับปริมาณงาน การตัดลดรายจ่ายที่ไม่เกี่ยวข้อง กับการจัดบริการทางการแพทย์โดยตรง รวมไปถึงการชะลอการลงทุนระยะยาวออกไป ทั้งในด้าน เครื่องมือแพทย์ สิ่งก่อสร้าง และการฝึกอบรม

11. ด้านระบบบริการ

11.1 ภาระงานที่เพิ่มขึ้น จากอัตราการใช้บริการที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะบริการ ผู้ป่วยนอก เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการใช้บริการลดลงจากการมีหลักประกัน ความต้องการใช้บริการ ที่เพิ่มขึ้นทำให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 70.00 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรายงานว่าการ ภาระงานเพิ่มขึ้นจากนโยบายดังกล่าว (สปสข และเอเบคโพลล์ 2549) เมื่อเปรียบเทียบอัตราการใช้ บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระหว่างปี 2544 (ก่อนมีโครงการ) และ 2546 (หลังมีโครงการ) และ จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคเป็น โครงการพิเศษที่ สำนักงานสถิติแห่งชาติได้จัดทำขึ้นพบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยบัตรสุขภาพถ้วนหน้าไม่พอใจ สถานพยาบาลเนื่องจากรอคิวในการรักษานาน ร้อยละ 82.80 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2545)

11.2 มีสัดส่วนการใช้บริการที่ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น ยกกระดับสถานีอนามัยเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพลงไปให้บริการใน ศูนย์สุขภาพชุมชนทำให้คุณภาพบริการทางการแพทย์ดีขึ้น เนื่องจากมีการพัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยในสถานบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานดังการศึกษาของยศกร เนตรแสงทิพย์ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการส่งต่อมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากสถานบริการปฐมภูมิ ในระดับสูงโดยรวมร้อยละ 86.94 (2551 : 709 – 715) เครือข่ายรูปแบบการจัดสรรเงินแบบเหมาจ่าย รายหัวทำให้มีงบประมาณไปยังสถานีอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนเพิ่มมากขึ้น ทำให้สามารถ จัดหา และเครื่องมือแพทย์ต่าง ๆ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้มีความพร้อมมากขึ้น ทำให้ระบบการให้บริการและคุณภาพบริการของสถานพยาบาลระดับต้นซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนดี ขึ้น

11.3 การขาดแคลนแพทย์และบุคลากรที่มีทักษะในการให้บริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนและในภาคอีสานเป็นปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะเมื่อภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากความต้องการใช้บริการที่เพิ่มขึ้น สถานการณ์ดังกล่าวแย้ขึ้นไปอีกเมื่อมีแพทย์จำนวนมากลาออกจากราชการ สำหรับเหตุผลในการลาออกของแพทย์จากการสำรวจของสำนักเอบีโพลล์ พบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้แพทย์ลาออกคือ การมีภาระงานที่หนักและการได้รับค่าตอบแทนที่ต่ำ

11.4 คุณภาพบริการในระดับปฐมภูมิและการเลือกปฏิบัติในการให้บริการหลักประกันสุขภาพมีหลายระบบซึ่งมีรูปแบบและอัตราการจ่ายที่ต่างกันทำให้เกิดพฤติกรรมในการให้บริการที่แตกต่างกันไปตามรูปแบบและอัตราการจ่ายเงิน จากข้อมูลสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้บริการที่จัดให้สำหรับประชาชนภายใต้หลักประกันสุขภาพต่าง ๆ กันของเอบีโพลล์ และสวนดุสิตโพลล์ พบว่า โดยรวมผู้ให้บริการเห็นว่าคุณภาพของบริการที่จัดให้กับผู้ป่วยนั้นส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดีและดีมาก และโดยรวมคุณภาพบริการดีขึ้นระหว่างปี 2546-2547 อย่างไรก็ดีเมื่อเปรียบเทียบบริการที่จัดให้กับผู้ป่วยระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ พบว่า คุณภาพบริการที่จัดให้กับกลุ่มผู้ป่วยภายใต้ระบบโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นถูกจัดอยู่อันดับท้ายสุดในขณะที่บริการที่จัดสำหรับกลุ่มที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการถูกจัดอยู่ในอันดับที่ดีที่สุด (สัมฤทธิ์ ศรีธรรมรงค์สวัสดิ์ 2551)

ระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันหลักสุขภาพถ้วนหน้า

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการแล้ว ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ เพื่อให้บุคคลลงทะเบียนหน่วยบริการประจำของตน ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกข้อบังคับและประกาศที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานหน่วยบริการสาธารณสุขและการขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ

ประเภทของหน่วยบริการ

ตามข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายบริการ พ.ศ. 2547 ได้กำหนดประเภทของหน่วยบริการได้ 4 ประเภท ได้แก่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2551)

1. “หน่วยบริการประจำ” หมายถึง สถานบริการที่มีลักษณะ ดังนี้

1.1 สถานบริการ หรือกลุ่มสถานบริการ ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ

1.2 สามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1.3 ต้องให้บริการด้านเวชกรรมด้วยตนเอง

1.4 มีเครือข่ายหน่วยบริการเพื่อการส่งต่อผู้รับบริการ ไปรับบริการสาธารณสุขในกรณีที่เกิดขีดความสามารถ

1.5 ผู้มีสิทธิสามารถเลือกลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำของตน

1.6 ได้รับความช่วยเหลือเพื่อบริการสาธารณสุขในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอื่นจากกองทุนตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

หน่วยบริการประจำ กับ CUP มีความหมายเหมือนกัน คือ แต่เดิมนั้นในประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 ใช้คำว่า คู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary cre: CUP) ต่อมาเมื่อมีข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2547 มีการกำหนดประเภทให้สอดคล้องกับ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงเรียกคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิว่า หน่วยบริการประจำ (ชูชัย สุวงค์ และคณะ 2552)

2. “หน่วยบริการปฐมภูมิ” หมายถึง สถานบริการที่มีลักษณะ ดังนี้

2.1 สถานบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ

2.2 สามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิด้านเวชกรรมหรือทันตกรรมขั้นพื้นฐานได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.3 ผู้มีสิทธิของหน่วยบริการประจำดังกล่าว สามารถใช้บริการสาธารณสุข หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายได้

2.4 ได้รับความช่วยเหลือเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำหรือจากกองทุนตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบจัดบริการตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน มีความเชื่อมโยง ต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพในลักษณะองค์รวม บูรณาการประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก และมีระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อ ทั้งนี้เพื่อการสร้างสุขภาพการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ทั้งทางกาย จิต สังคม โดยประชาชนมีส่วนร่วม องค์ประกอบกิจกรรมของศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบไปด้วย

1. ด้านบริการ มีองค์ประกอบ 3 กิจกรรมดังนี้

1.1 บริการในชุมชน ได้แก่ การสำรวจชุมชน การวินิจฉัยชุมชน การจัดกิจกรรมในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม การแก้ไขปัญหาชุมชนแบบเชิงรุก ทั้งนี้เพื่อให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้และเป็นการสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชน

1.2 บริการในสถานบริการ ได้แก่การจัดบริการให้เป็นไปตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมป้องกันโรค รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้รับบริการ โดยครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ศาสนาวัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับตัวบุคคลและครอบครัวโดยมีทิศทางเพื่อการสร้างสุขภาพเป็นหลัก สำหรับการบริการโดยแพทย์ เพื่อให้การดูแลสุขภาพประชาชนมีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาระบบบริการอยู่ในระดับที่ประชาชนพึงพอใจ จึงกำหนดให้มีบริการโดยแพทย์ชั้นในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยในระยะแรกอาจจัดให้แพทย์มีส่วนร่วมในศูนย์สุขภาพชุมชนรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- ให้บริการคนเดิมต่อเนื่องทุกวัน
- ให้บริการเป็นประจำคนเดิมบางวันทุกสัปดาห์
- ให้บริการเป็นครั้งคราวคนเดิมในลักษณะแวะเยี่ยมให้คำปรึกษา

(Consultation)

- ให้คำปรึกษาเป็นประจำคนเดิมต่อเนื่องโดยไม่ได้ออกให้บริการ

ทั้งนี้เนื่องจากความจำเป็นด้านบุคลากร จึงกำหนดให้โรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นผู้พิจารณา รูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมให้สอดคล้องกับนิยามความหมายและทิศทางดูแลสุขภาพข้างต้น

1.3 บริการต่อเนื่อง เป็นการจัดบริการที่เชื่อมโยงกับบริการหลักในศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ต่อเนื่องของระบบบริการ เช่น การจัดให้มีระบบปรึกษาด้านสุขภาพ

(Counseling) ระบบส่งต่อ (Referral System) ระบบสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน (Home Health Care) ทั้งนี้ เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ รวมถึงการเฝ้าระวังโรคในชุมชน

2. ด้านบริหารจัดการ ได้แก่ การบริหารจัดการที่มีคุณภาพทั้งด้านการพัฒนาบุคลากร และประเมินผลงาน เพื่อให้ได้การบริการที่มีคุณภาพ

3. ด้านวิชาการ ได้แก่ มีคู่มือการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน ตลอดจนการดำเนินงานวิจัยในพื้นที่ (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2551)

ศูนย์แพทย์ชุมชน (Community Medical Unit) หรือเรียกง่าย ๆ ว่า CMU เป็นรูปแบบหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิ ถือกำเนิดขึ้นมาเพื่อสนับสนุนให้การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขสู่สภาพที่พึงประสงค์ นั่นคือ เป็นระบบสุขภาพที่ ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย สะดวก ประหยัดค่าใช้จ่าย และบริการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งศูนย์แพทย์ชุมชน ก็คือศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีแพทย์ประจำ เพื่อให้การดูแลสุขภาพประชาชนเป็นไปอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่มีแพทย์ในเครือข่ายรอบ ๆ

(ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ 2552)

3. “หน่วยบริการร่วมให้บริการ” หมายถึง สถานบริการที่มีลักษณะดังนี้

3.1 สถานบริการที่จัดการสาธารณสุขไม่ครบเกณฑ์ระดับปฐมภูมิ

3.2 ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการสาธารณสุขเฉพาะด้านได้

ด้านหนึ่ง

3.3 มีข้อตกลงเป็นหนังสือกับหน่วยบริการประจำ ในการให้บริการ

สาธารณสุขกับผู้มีสิทธิ

3.4 ได้รับความช่วยเหลือค่าบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำตาม

ข้อตกลง

4. “หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ” หมายถึงสถานบริการที่มีลักษณะ ดังนี้

4.1 สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

4.2 สามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ หรือเฉพาะทาง

4.3 ผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อได้

เมื่อได้รับการส่งต่อหรือได้รับความเห็นชอบจากหน่วยบริการประจำหรือตามที่สำนักงานกำหนด

4.4 ได้รับความช่วยเหลือค่าบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำ หรือจาก

กองทุน ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

เครือข่ายบริการ

หมายถึงสถานบริการที่มีลักษณะดังนี้คือ เป็นหน่วยบริการหลายหน่วยที่รวมตัวกันขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามที่สำนักงานประกาศ มีหน่วยบริการประจำหนึ่งหน่วยเป็นแกนกลาง รวมกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อและหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้อาจมีหน่วยบริการร่วมให้บริการเข้าร่วมก็ได้ คำนี้ถึงลักษณะทางภูมิศาสตร์ ศักยภาพของหน่วยบริการและความสะดวกในการเข้าถึงบริการของบุคคลเพื่อประโยชน์ในการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ดังนั้นจึงได้มีการจัดการบริการสาธารณสุขในรูปเครือข่ายบริการ ซึ่งการดูแลสุขภาพเป็นรูปเครือข่าย ได้มีการดูแลสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายสามระดับ คือ

1. ด้านแรก มี โรงพยาบาลอำเภอ และสถานีอนามัย ใกล้เคียงบ้าน ผู้ป่วยเป็นด้านแรก ดูแลคนไข้ได้ทุกอย่างโรค ถ้าเกินความสามารถค่อยเขียนใบส่งต่อ หรือมีรถนำคนไข้ไปรักษาต่อด้านที่เหมาะสมให้

2. ด้านสอง มี โรงพยาบาลจังหวัด เป็นด้านสอง ที่มีแพทย์เฉพาะทางที่อยู่ในแต่ละแผนก เช่น สูติกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม อายุรกรรม และแผนกอื่น ๆ เป็นทีมแพทย์เฉพาะทางช่วยเหลือปรึกษากันในกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง

3. ด้านสาม มีโรงพยาบาลศูนย์ โรงเรียนแพทย์ และ โรงพยาบาลเฉพาะทาง เป็นด้านสาม มีความสามารถรักษาโรคยาก ๆ ที่พบน้อย มีเครื่องมือราคาแพงไว้ใช้ มีหน้าที่รับส่งต่อจากด้านที่สอง หรือด้านแรก ที่เกินความสามารถ และยังมีหน้าที่สอนนิสิตแพทย์ที่เข้ามาเรียนแพทย์ โดยมีจุดประสงค์ของการดูแลสุขภาพเป็นรูปเครือข่าย ดังนี้ คือ

1. เพื่อให้การใช้ทรัพยากรสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ละด้านมีทรัพยากรที่เหมาะสม

2. ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจ มีแพทย์ประจำครอบครัว ในสถานพยาบาลใกล้บ้าน สะดวกในการมารับรักษาเมื่อเริ่มป่วย ถ้าเกินความสามารถก็ได้รับการส่งต่อ ในสถานพยาบาลที่เหมาะสมแทนผู้ป่วยเลือกเอง และดูแลเบื้องต้นให้ โดยไม่ต้องเสียค่าบริการ

3. ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขพึงพอใจ ได้ทำงานตามขีดความสามารถ ไม่เครียด ไม่ลาออกเนื่องจากทำงานที่เกินขีดความสามารถ

4. ประชาชนพึงพอใจงบประมาณทางด้านสาธารณสุขลงได้อย่างมาก จากได้รับการดูแลแบบองค์รวม ให้ความรู้ ร่วมกับการรักษา ทำให้ไม่เจ็บป่วยบ่อย สุขภาพแข็งแรงตามแนวทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (สมรสไตร 2549)

โครงการโรงพยาบาล “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย”

ในส่วนของ การแก้ไขปัญหาคความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ นั้น กระทรวงสาธารณสุขจะเร่งพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในชุมชนให้เป็นที่เชื่อถือของประชาชน โดยใช้ระบบเครือข่าย เพื่อลดจำนวนผู้มารับบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (สัมฤทธิ์ ศรีธรรมรงค์ สวัสดิ์ 2551) ได้จัดทำโครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่ายบริการ” เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้สะดวกรวดเร็วขึ้น นำร่องในโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ 13 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลแพร่ โรงพยาบาลพุทธชินราช จ.พิษณุโลก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จ.นครสวรรค์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลศรีสะเกษ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลสงขลา เริ่มดำเนินการในปี 2549 – 2551 โดยเน้นการพัฒนาทรัพยากรที่มีอยู่แล้วให้เกิดผลดีต่อประชาชนมากที่สุด เสริมสร้างศักยภาพความเข้มแข็งของสถานอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน นอกจากนี้ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ แล้ว ยังสามารถให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องตรวจและกินยาควบคุมอาการอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หอบหืด ได้ไม่ต้องไปโรงพยาบาลใหญ่ รวมทั้งเน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคต่าง ๆ ดูแลคนปกติไม่ให้ป่วย (เอเบค โพลล์ 2549) การดำเนินโครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่ายบริการ” มียุทธศาสตร์ ดังนี้

1. เป็นแผน 4 ปี มี ช่วงเวลาของการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลา
2. เป็นแผนปฏิบัติการที่เป็นภาพรวมของการบูรณาการทั้งจังหวัด (และเขต) ไม่ใช่แผนย่อยเฉพาะของโรงพยาบาลศูนย์ หรือ โรงพยาบาลทั่วไป (เน้นนอกโรงพยาบาล)
3. ปรับเปลี่ยนเกณฑ์การปฏิบัติงานของบุคลากรบางส่วน
 - จากในโรงพยาบาลออกนอกโรงพยาบาล หรือระบบปฐมภูมิ
 - ดึงกลุ่มเกษียณอายุ/ กลุ่มเกษียณก่อนอายุราชการ เข้าร่วมระบบ
 - ประสานกับระบบเอกชน/ รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 - ประสานกับบุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
4. เน้นกลุ่มเป้าหมาย ผู้รับบริการที่สามารถลดการพึ่งพาโรงพยาบาลขนาดใหญ่โดยไม่จำเป็น ได้แก่
 - ผู้มารับบริการส่งเสริมป้องกัน
 - ผู้มารับบริการปฐมภูมิ

- ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ
- ผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่จำเป็นต้องมา โรงพยาบาลทุกเดือน เช่น เบาหวาน ความดัน

โลหิตสูง

- ผู้ป่วยที่เข้าโครงการ Disease Management ได้ เช่น COPD, Asthma,

Tuberculosis

5. เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน

- ปรับเปลี่ยนโครงสร้าง (สถานที่, ครุภัณฑ์)
- มีการกำหนดคนที่อยู่ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิได้เข้าสู่ระบบ
- ปรับปรุงการบริหารจัดการ

6. กำหนดให้มีช่องทางด่วนหรือช่องทางพิเศษ เพื่อลดขั้นตอน และอำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาเข้ารับบริการ หรือเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

7. เน้นการบูรณาการ (แผน, บุคลากร, งบประมาณ) กับหน่วยงานอื่น เช่น

- องค์การบริหารส่วนจังหวัด (งบประมาณ, ครุภัณฑ์)
- เทศบาล (สถานที่, บุคลากรทำงานร่วมกัน)
- องค์การบริหารส่วนตำบล
- หน่วยงานรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

8. พัฒนาโรงพยาบาลข้างเคียง (Node ย่อย หรือ โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย) เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยทุติยภูมิ และตติยภูมิ บางส่วน

- ตามแผนระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ของกระทรวง
- การนัดผู้ป่วยรับการรักษา และผ่าตัด โดยทีมเคลื่อนที่จากโรงพยาบาลศูนย์/

โรงพยาบาลทั่วไป

9. มีแผนงานสร้างคุณค่า และการยอมรับ (Public Advocacy) ระบบการใช้บริการใกล้บ้านใกล้ใจ โดยผ่านกลุ่ม

- อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน
- ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องมาใช้บริการที่โรงพยาบาล

ศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

10. มีแผนการประเมินผล (Monitoring & Evaluation) อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

แนวทางการพัฒนาโรงพยาบาล “บริการนับไว ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย”

เป้าหมายระยะสั้น

1. ลดอัตราเพิ่มของผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย
2. เพิ่มความสะดวก และคล่องตัวในการใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาล
3. เพิ่มคุณภาพบริการ และประสิทธิภาพการบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลใหญ่

เป้าหมายระยะยาว

1. ลดประมาณผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ โดยไม่เหมาะสม
2. ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความจำเป็นกับสุขภาพ
3. เพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ
4. ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง และใช้บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

กลวิธีการพัฒนาหลัก

แนวการดำเนินงานเป็นการบูรณาการมาตรการหลายลักษณะ และเป็นการวางแผนแก้ปัญหาตามสภาพพื้นที่ วางแผนการพัฒนาในภาพรวมเป็นจังหวัด ประกอบด้วย

1. เสริมสร้างความรู้ และทักษะของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้เหมาะสม
2. ปรับระบบ และเพิ่มประสิทธิภาพของการบริการในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้
 - 2.1 ค้นหาปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความแออัดของแผนกผู้ป่วยนอก (วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยนอก ในเรื่องพื้นที่ของผู้มารับบริการ ลักษณะปัญหาสุขภาพที่มาใช้บริการ การสังเกตลักษณะการให้บริการ)
 - 2.2 ปรับปรุงวิธีการจัดการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล (การไหลเวียน การนัดหมาย การกระจายผู้รับบริการ สถานที่)
 - 2.3 จัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตพื้นที่เทศบาล หรือ รอยต่อ ให้มีจำนวนพอเพียงกับประชากร
 - 2.4 เพิ่มศักยภาพของสถานีนอนมัย และศูนย์บริการต่าง ๆ ในเครือข่าย
 - 2.5 พัฒนาระบบส่งต่อ ระหว่างสถานีนอนมัย โรงพยาบาลชุมชน ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง

3. สร้างความเข้าใจกับประชาชนในการใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสม
4. เสริมทางเลือกบริการสุขภาพในชุมชนด้วยรูปแบบต่าง ๆ เช่น แพทย์แผนไทย การนวด การใช้สมุนไพร ร้านยาชุมชน
5. ประสานและสนับสนุนให้มีการรวมตัวกันของพยาบาล แพทย์ อาสาสมัคร เป็นเครือข่ายพยาบาล/แพทย์เพื่อชุมชนและครอบครัว ทำหน้าที่ร่วมให้บริการสุขภาพแก่ครอบครัว และชุมชน

6. ประสาน สนับสนุน การผลิตพยาบาลของชุมชน โดยการร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่น ชุมชน และสถาบันการศึกษา ที่ร่วมมือทั้งในด้านการคัดเลือกนักศึกษา การลงทุนผลิต และการจ้างงาน เพื่อเป็นแผนการบริการในระยะยาวที่มีพยาบาลดูแลในทุกชุมชน

แนวทางการดำเนินงาน ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ คือ

1. ประชุมชี้แจงผู้ตรวจเพื่อขอความคิดเห็นในการดำเนินงาน
2. ในสาธารณสุขเขต ร่วมกับพื้นที่ เสนอชื่อพื้นที่ที่จะทดลองพัฒนา กลุ่มเขตละ 1 จังหวัด พร้อมทั้งให้จังหวัดเสนอแผนกลวิธีการดำเนินงานที่จะลดผู้ป่วยนอก (โดยอาจจะมีการลงทุน UC สนับสนุนจังหวัดละ 4 ล้านบาท รายละเอียดยังไม่แน่นอน) ภายในเดือนมีนาคม 2549
3. จัดประชุมชี้แจงจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการ และให้จังหวัดเสนอโครงการพัฒนาพร้อมกับแนวการติดตามประเมินผล
4. จัดตั้งคณะทำงานพิจารณาโครงการของจังหวัด
5. เสนอให้มีทีมวิชาการ ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นทีมสนับสนุนด้านวิชาการ ร่วมกับผู้ตรวจ สาธารณสุขนิเทศ โดยกำหนดการสนับสนุนในพื้นที่จังหวัดละ 3 ครั้ง
6. ให้จังหวัดเป้าหมาย เริ่มดำเนินงานในเดือน เมษายน 2549 และมีการประชุมติดตามผลทุก 6 เดือน

การสนับสนุน

งบประมาณ ที่เป็นงบลงทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนที่สนับสนุนบริการปฐมภูมิ ด้านวิชาการจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานสานุเทศและประชาสัมพันธ์ 2549)

ตารางที่ 1 รายชื่อโรงพยาบาลเป้าหมายดำเนินโครงการ “บริการนับไว ไร้ความแออัด พัฒนา
เครือข่าย”

กลุ่มเขต	เขต	โรงพยาบาล
1	1	แพร่
2	2	พุทธชินราช พิษณุโลก
3	3	สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
4	4, 5	พระนครศรีอยุธยา
5	6, 7	ราชบุรี
6	8, 9	ละโว้ หนองบัวลำภู
7	11	กาฬสินธุ์
8	10, 12	ร้อยเอ็ด
9	13	มหาสารคาม ร้อยเอ็ด
10	14	ศรีสะเกษ
11	15, 17	ชุมพร เขตอุดมศักดิ์
12	16	มหาสารคาม ศรีธรรมราช
13	18, 19	สงขลา
14	กทม.	รพ.ศิริราช, รพ.กทม

ที่มา: http://74.125.155.132/search?q=cache:DCw_YrAD2EoJ:korat.nhso.go.th/capitations/p...
สืบค้นเมื่อวันที่ 12/7/2552

การดำเนินงาน “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย”

การดำเนินโครงการพัฒนาโรงพยาบาล “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนา
เครือข่าย” ที่ตอบสนองต่อแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาบริการปฐมภูมิเพื่อเพิ่มศักยภาพ
และขยายบริการปฐมภูมิให้เข้าถึงชุมชน โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน อย่างสอดคล้องกับ
บริบท โดยเจตนารมณ์ของโครงการมุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการทุกระดับเพื่อให้แต่ละระดับ
ตอบสนองต่อบทบาทหน้าที่อย่างเหมาะสม ตลอดจนประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของ
ตนเองและสามารถใช้บริการแต่ละระดับอย่างถูกต้องเหมาะสมตามขั้นตอน ทั้งนี้ได้กำหนด
ระยะเวลาดำเนินการระยะแรก 3 ปี โดยมีจังหวัดเป้าหมาย 13 จังหวัด

กรณีตัวอย่างการปิดบริการตรวจผู้ป่วยนอกที่ไม่ได้ผ่านการนัดหมาย (Walk-in OPD) ซึ่งปรากฏเป็นรูปธรรมที่โรงพยาบาลแพร์ หลังโรงพยาบาลแพร์เปิดคลินิกสาขา 2 แห่ง ทำให้โรงพยาบาลแพร์เปิดให้บริการเฉพาะผู้ป่วยระบบนัด ส่งต่อจากเครือข่าย และผู้ป่วยเฉพาะทาง เท่านั้น โดยมีรายละเอียดการดำเนินการ ประกอบด้วย

1. จัดตั้งคลินิกสำหรับตรวจรักษาโรคทั่วไปร่วมกับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค จำนวน 2 แห่ง ในเขตเมือง เปิดดำเนินการตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ 2550 ในคลินิกสาขาที่ 1 มีจำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยวันละ 174 ราย และคลินิกสาขาที่ 2 มีผู้รับบริการเฉลี่ยวันละ 141 ราย

2. ลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลแพร์ โดยลดการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกทั่วไปของโรงพยาบาลแพร์ โดยจำนวนผู้ใช้บริการคลินิกห้องตรวจโรคทั่วไป จากเดิมเฉลี่ย 377 รายต่อวัน ได้ลดลงอย่างต่อเนื่อง และสามารถปิดให้บริการคลินิกทั่วไปในโรงพยาบาลแพร์ ตั้งแต่วันที่ 15 มีนาคม 2550 หรือภายหลังเปิดดำเนินการคลินิกสาขาได้ 1 เดือน

3. ลดจำนวนผู้ป่วยนอกเรื้อรังในโรงพยาบาลแพร์ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 พบว่าจำนวนผู้รับบริการในคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแพร์ลดลงดังนี้ ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ลดลงร้อยละ 17.00, โรคความดันโลหิตสูงลดลงร้อยละ 25.00, และโรคปวดเมื่อยกล้ามเนื้อลดลงร้อยละ 31.00 (ประสบการณ์แพร์ 2552)

4. ประชาชนเข้าถึงบริการที่สะดวกรวดเร็ว ลดระยะเวลาให้บริการเฉลี่ยของคลินิกทั้ง 2 สาขา ประมาณ 78 นาที ซึ่งได้รับบริการได้เร็วกว่าการมาใช้บริการที่คลินิกทั่วไปโรงพยาบาลแพร์ ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่คลินิกทั้ง 2 สาขา เท่ากับร้อยละ 74.00 ซึ่งสูงกว่าความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลแพร์ (ร้อยละ 65.00) นอกจากนี้ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการที่คลินิกสาขาทั้ง 2 สาขาเท่ากับร้อยละ 70.00 สูงกว่าความพึงพอใจของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลแพร์ (ร้อยละ 69.00) (ประสบการณ์แพร์ 2552)

คลินิกสาขาโรงพยาบาลแพร์ได้ย้ายงานผู้ป่วยนอกทั่วไปออกไปนอกโรงพยาบาลแล้ว ปิดแผนกผู้ป่วยนอกภายในโรงพยาบาล พร้อมกับจัดการดูแลประชากรรอบนอกเป็นโซนด้วย และสิ่งที่ขาดไม่ได้คือการประชาสัมพันธ์ที่ต้องทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องซึ่งได้สอดคล้องกับการวิจัยของ วิรัช ม่วงช่วง (2549) โดยโรงพยาบาลแพร์เริ่มจากกลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ก่อน เลือกกลุ่มคนที่มีความร่วมมือหรือมีส่วนร่วมกับโรงพยาบาล สื่อสารให้ประชาชนเข้าใจ สิ่งที่ประชาชนให้ความสนใจคือ คุณภาพบริการจะลดลงหรือไม่ ยากจะเหมือนกับที่โรงพยาบาลหรือไม่ ข้อมูลการรักษาของตนที่โรงพยาบาลแพทย์ที่คลินิกจะรู้หรือไม่ บริการที่คลินิก

จะเหมือนกับที่เคยได้รับที่โรงพยาบาลหรือไม่ สิ่งเหล่านี้คือประเด็นที่ต้องสร้างความมั่นใจแก่ประชาชน นอกจากนี้คลินิกสาขายังต้องเชื่อมข้อมูลต่อกับโรงพยาบาลได้ตลอดเวลา ทั้งการค้นหาบัตรและประวัติการรักษา การก่อตั้งคลินิกสาขามีขึ้นเตรียมการ เตรียมคน เตรียมชุมชน มีกระบวนการสรรหาคนและเตรียมการล่วงหน้าก่อน 3 เดือน มีแรงจูงใจเป็นค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยจากปกติ มีบุคลากรที่โรงพยาบาลสาขา 14 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน แพทย์ประจำห้องตรวจ 1 คน จ้างเป็นอัตราจ้างแพทย์ทั่วไป แพทย์เฉพาะทางหมุนเวียนจากโรงพยาบาล ตามความสมัครใจวันละ 1 คน เกสซ์กรประจำ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน เวชระเบียน/เจ้าพนักงานห้องยา ผู้ช่วยเหลือคนไข้/เอ็กซ์เรย์ เจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์/พนักงานทั่วไป มีการอำนวยความสะดวกมีบริการส่งถึงโรงพยาบาลสาขา ในส่วนของโรงพยาบาล พยาบาลด้านหน้าต้องคอยให้คำแนะนำทำหน้าที่ชี้แจงให้ไปใช้บริการที่คลินิกสาขา ผู้รับบริการที่คลินิกสาขาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความพึงพอใจในบริการ

การดำเนินงานสู่ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญคือ

- ผู้อำนวยการต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง ร่วมแก้ปัญหาแนะนำแนวปฏิบัติได้

- การมีงบประมาณสนับสนุนเป็นการเฉพาะ ให้มีการเบิกจ่ายดำเนินการสะดวก รวดเร็ว

- แกนนำ และทีมงานมีความชัดเจน ในแนวทางการพัฒนา และมุ่งมั่นต่อการทำให้สำเร็จ มี

แผนจัดการที่ชัดเจนและต่อเนื่อง กระบวนการดำเนินงานทำอย่างมีส่วนร่วมของทุกส่วนงานในโรงพยาบาล เป็นงานของโรงพยาบาลทั้งหมด มิใช่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง

- มีการใช้ข้อมูล เพื่อเตรียมการ และวางแผนแก้ไขอุปสรรคต่าง ๆ ได้อย่างตรงประเด็น เช่น รู้ว่าผู้ใช้บริการกังวลอะไร ต้องแก้เรื่องอะไร มีการประสานเรื่องรถรับส่งผู้ใช้บริการ ทำให้สะดวก และแสดงความเอาใจใส่ของโรงพยาบาล จัดการเรื่องรูปลักษณ์ฯ ระบบข้อมูลของคลินิกนอกโรงพยาบาลได้ดีไม่ด้อยกว่าโรงพยาบาลและมีบริการหลายอย่างที่เร็วกว่า

- ทีมแพทย์ที่จัดการให้มีคลินิกบริการสาขานอกโรงพยาบาล ซึ่งนำโดยทีมเวชกรรมสังคม แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

- ทีมหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และกลุ่มงานผู้ป่วยนอก ที่บริหารจัดการในโรงพยาบาล และช่วยเกลี้ยกล่อมหาทีมงานไปช่วยให้บริการที่นอกโรงพยาบาล (ประสบการณ์แพร่ 2552)

จังหวัดร้อยเอ็ดก็เป็นอีกแห่งที่เข้าร่วมโครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย” ได้มีการจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชนวัดเหนือ มีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวมาปฏิบัติงานทุกวัน มีการกำหนดทิศทางที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น การทำป้ายมาตรฐาน, การปรับปรุงภูมิทัศน์, การปรับปรุงถนนภายใน และการสร้างอาคารส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วย

เรื้อรังในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ดมารับบริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดเหนือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้จัดตั้งคลินิกดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดเหนือทุกวันพลหัดสบัติ มีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นและมีการกระจายผู้ป่วยเรื้อรังไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เครือข่าย 5 แห่ง ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนรอบเมืองและสี่แคว มีแพทย์หมุนเวียนเดือนละ 2 วันและกำลังเตรียมเป็นศูนย์แพทย์ชุมชนในอนาคต แต่มีข้อสังเกต คือ มีจำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในศูนย์ค่อนข้างมากแต่เนื่องจากลักษณะของเส้นทางคมนาคม ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งข้ามไปใช้บริการที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวนคนไข้ที่เพิ่มขึ้นเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นหลัก การหมุนเวียนมาให้บริการของทีมแพทย์เป็นการมาให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ส่งมาจากโรงพยาบาลเป็นหลัก โดยมีทั้งทีมแพทย์ พยาบาล เกษัชกร มาให้บริการและนำยามาจากโรงพยาบาล มิได้มีการวางแผนพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่โดยตรง แต่เจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้การรักษายของแพทย์ทางอ้อม มีข้อจำกัดในการพัฒนาศักยภาพของระบบบริการปฐมภูมิระยะยาว

ข้อจำกัด/ปัญหาในการดำเนินโครงการที่ผ่านมา

1. ความเข้าใจในวัตถุประสงค์และทิศทางของ โครงการ ทิศทางยังไม่ชัดเจนพอที่จะเกิดผลลัพธ์เป็นรูปธรรมมากนัก
2. การลดความแออัดของ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดมุ่งไปเฉพาะที่โรคเรื้อรังเป็นหลักซึ่งก็ยังคงกระจายไปได้ค่อนข้างจำกัดและลักษณะที่ดำเนินการเป็นการเปลี่ยนที่รักษาและแพทย์ออกมาให้บริการเอง
3. ระเบียบการเงินและพัสดุ เนื่องจากเงินโครงการ โอนเข้าเงินบำรุงทำให้ต้องใช้ระเบียบเงินบำรุง ซึ่งไม่สามารถนำมาจ่ายในลักษณะอื่นแม้จะมีระเบียบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรองรับก็ตาม

ข้อสรุปของโครงการคือต้องมีการปรับแผนให้มีความเป็นรูปธรรมชัดเจนมากขึ้นได้แก่การกำหนดเป้าประสงค์ชัดเจน คือ การปิดบริการตรวจผู้ป่วยนอกที่ไม่ได้ผ่านการนัดหมาย (OPD Walk-in) เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด กลวิธีหลักในการดำเนินงาน คือ เปิดโรงพยาบาลอำเภอเมืองรองรับ โดยใช้สถานที่ศูนย์ OTOP เพื่อจัดบริการผู้ป่วยนอกแทนที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด สนับสนุนกลวิธีให้ศูนย์แพทย์ชุมชนหรือศูนย์สุขภาพชุมชน (CMU/PCU) เป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้เอง (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ วีระศักดิ์ พุทธาศรี 2551)

โครงการลดความแออัด โรงพยาบาลราชบุริมองว่าต้องเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป เนื่องจากกระแสทางการเมืองท้องถิ่นแรงมากและประชาชนต่อต้านหาว่าลดรอนสิทธิในการมารับ

บริการที่โรงพยาบาลราชบุรี แนวคิดการดำเนินงาน คือ แยกบริการปฐมภูมิก่อนออกจากรพ.ใหญ่ โดยเปิดศูนย์แพทย์เพื่อรองรับบริการตรวจผู้ป่วยนอกที่ไม่ได้ผ่านการนัดหมาย (OPD Walk-in) ดักคนไข้โดยการเปิดคลินิกชุมชนอบอุ่นและศูนย์สุขภาพชุมชนประชาชนเคราะห์ แต่พบว่าระบบการเชื่อมโยงและสนับสนุนจากโรงพยาบาลไม่ชัดเจน ระบบข้อมูลยังไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ และทำการเปิดศูนย์เพื่อดำเนินงานเป็นบริการด่านหน้า (Primary care gatekeeper) ตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว มีพื้นที่และประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน รวมถึงการออกสนับสนุนบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) แต่พบปัญหาหลักคือไม่มีผู้ให้บริการปฐมภูมิรองรับในเขตเมือง ผลการดำเนินงานพบว่าประสิทธิผลในการตอบสนองต่อเป้าประสงค์ในการลดความแออัดในโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ

ปัญหาและอุปสรรคที่พบคือ การดำเนินงานในศูนย์สุขภาพชุมชนไม่มีค่าตอบแทนพิเศษ ไม่มีจำนวนแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวหรือเวชปฏิบัติเพียงพอในการขยายจำนวนศูนย์เพื่อรองรับการปิดบริการตรวจผู้ป่วยนอกที่ไม่ได้ผ่านการนัดหมาย (OPD Walk-in) และปัญหาการเมืองท้องถิ่นที่ทำให้ทำงานร่วมกันลำบาก (สัมฤทธิ์ ศรีธีราชกุล สวัสดิ์ 2551)

ข้อมูลการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยการพัฒนาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล สุพัตรา ศรีวณิชชากร สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน กระทรวงสาธารณสุข จากการศึกษาวิจัยสรุปได้ว่าปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เกิดจากผู้ใช้บริการมากกว่าครึ่งหนึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเมือง แม้มีปัญหาสุขภาพที่พยาบาลและแพทย์ทั่วไปสามารถบริการได้ ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์เฉพาะทาง แต่เมื่อไปรักษาที่หน่วยแพทย์ใกล้บ้านแล้วไม่ทุเลา หรือไม่ศรัทธาในคุณภาพ ประกอบกับในเขตเมืองยังมีหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ครอบคลุมเพียงพอ ดังนั้นวิธีการแก้ปัญหาคความแออัดของโรงพยาบาลที่สำคัญ คือการพัฒนาบริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาลใหญ่ให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ และสามารถดูแลต่อเนื่องทดแทนโรงพยาบาลได้ นอกจากนั้นสมควรทำการวิเคราะห์ข้อมูลให้ทราบว่าความแออัดเกิดขึ้นที่แผนกบริการใด ช่วงเวลาใด จะได้แก้ไขลดความแออัดได้อย่างสอดคล้อง สำหรับกรณีผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเรื้อรังที่มีสถานภาพเวชกรรมคงที่ ควรจัดระบบดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นการเฉพาะและมีประสิทธิภาพ เช่นจัดการดูแลร่วมกันกับหน่วยบริการปฐมภูมิ และอาจเปิดบริการรับยาต่อเนื่องจากร้านยาคุณภาพนอกโรงพยาบาล ก็เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ช่วยลดความแออัดได้ นอกจากนี้ในการแก้ปัญหาคความแออัดในโรงพยาบาลต้องมีทีมรับผิดชอบจัดการเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง จริงจัง โดยเฉพาะ

วิธีการแก้ไขความแออัดในโรงพยาบาล ไม่มีสูตรสำเร็จเนื่องจากสถานการณ์แต่ละแห่งแตกต่างกัน แต่แนวทางการค้นหาปัญหามีขั้นตอนหลักที่สำคัญเหมือนกัน ดังนี้

1. ทำความรู้จักและเข้าใจธรรมชาติ และการให้บริการของประชาชนในเขตพื้นที่นั้น ๆ

- วิเคราะห์ดูว่าคนกลุ่มใดที่มารับบริการ มาด้วยปัญหาสุขภาพแบบใด ประเด็นที่ทำให้ประชาชนยังมารับบริการที่โรงพยาบาลใหญ่มีปัจจัยจากเรื่องใด

- ดูสถานการณ์แนวโน้มบริการผู้ป่วยนอก ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอกแต่ละปีย้อนหลัง จะช่วยสะท้อนให้ตระหนักความรุนแรง ความรวดเร็วของการเพิ่มความแออัดว่าเป็นอย่างไร

- ภูมิสำเนาของผู้ใช้บริการ จากการศึกษาพบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยนอกประมาณครึ่งหนึ่งมีที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง

- แบบแผนปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการ จากการศึกษาพบว่าปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการที่มาจากเขตเทศบาลและเขตอำเภอเมือง ส่วนใหญ่เป็นปัญหาสุขภาพที่ดูแลได้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และแพทย์ทั่วไป และปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ คือปัญหาเรื่องเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคทางเดินอาหาร ซึ่งจากข้อมูลเหล่านี้ช่วยยืนยันว่าปัญหาการให้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่นี้ สามารถดูแลได้โดยทีมงานบริการปฐมภูมิ/ทีมเวชปฏิบัติครอบครัวได้ประมาณครึ่งหนึ่ง ซึ่งควรมีการพัฒนาการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีบทบาทในการดูแลอย่างเป็นเครือข่ายต่อเนื่อง รวมถึงการจ่ายยาที่ร้านยาคุณภาพโดยใบสั่งยาจากโรงพยาบาลก็ช่วยระบายผู้ป่วยเรื้อรังได้อีกส่วนหนึ่ง

- เหตุผลที่ประชาชนข้ามขั้นตอนบริการ จากกรณีศึกษาของโรงพยาบาลขอนแก่นพบว่าส่วนใหญ่รักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านแล้วไม่ดีขึ้น มีผู้แนะนำให้ไปพบแพทย์เฉพาะทาง และอีกส่วนหนึ่งได้ย้ายเข้ามาพักฟื้นตัวในเขตเมือง ซึ่งแพทย์ให้ความเห็นว่าผู้ป่วยร้อยละ 70.00 ควรส่งกลับไปรักษาที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน จากข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่ายังมีปัญหาความไม่มั่นใจของประชาชนต่อคุณภาพการรักษาที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน ความเข้าใจต่อแนวทางการดูแลรักษาไม่เพียงพอ รวมทั้งระบบการส่งต่อยังไม่มีประสิทธิภาพที่จะทำให้ประชาชนมั่นใจต่อการดูแลรักษา ดังนั้นต้องสร้างแนวทางการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ใกล้บ้าน ที่ต้องยกระดับคุณภาพและสร้างความมั่นใจให้แก่ประชาชนควบคู่ไปด้วย

- การบริหารจัดการในโรงพยาบาล พิจารณาว่าช่วงเวลาใด แผนกใดมีปัญหาความแออัด ที่ศึกษาระยะเวลา รอคอยแยกตามรายแผนกและตามจุดบริการต่าง ๆ เห็นว่าการรอคอยและความแออัดมีปัญหามากในแผนกที่จำเป็นต้องเร่งแก้ไข เช่น คลินิกเบาหวาน และคลินิกโรคผิวหนัง

ช่วงเวลาความรุนแรงของบริการที่มีการรอคอยมากที่สุด ได้แก่การรอตรวจกับแพทย์ รองลงมาคือ การรอรับยา

2. ค้นหา และสร้างทางเลือกใหม่ ในการพัฒนาบริการตามสภาพการณ์

จากการศึกษาพบว่าความแออัดของผู้ใช้บริการในเขตเมือง เป็นผลมาจากมีสถานพยาบาลบริการปฐมภูมิยังไม่ครอบคลุม หรือมีคุณภาพไม่เพียงพอที่ทำให้ประชาชนเชื่อมั่นไปใช้บริการ ฉะนั้นทางแก้ไขเพื่อการลดความแออัดจึงเริ่มได้จากการพัฒนางานนอกโรงพยาบาล เช่น การขยายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพมากขึ้น เพื่อรองรับปัญหาสุขภาพพื้นฐานเสริมจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ รวมทั้งดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื่องจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อันได้แก่ การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มผู้รับบริการส่วนใหญ่ของโรงพยาบาล หรือกลุ่มบริการพื้นฐาน เช่น การให้วัคซีน การดูแลหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่

1. โรงพยาบาลสอยดาว ที่มีการบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจที่ทางโรงพยาบาลจัดแพทย์ และทีมสุขภาพออกให้บริการตรวจรักษาที่สถานีอนามัยและจากปัญหาการจัดคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยต้องมารอคิวแต่เช้า เสียเวลารอแพทย์ทั้งวัน แพทย์ผู้ตรวจสับเปลี่ยนตลอด ปริมาณผู้ป่วยมากขึ้นทุกวัน ไม่เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ทำให้ทางโรงพยาบาลได้กระจายผู้ป่วยกลับไปรับบริการที่สถานีอนามัยโดยจัดทำคลินิกเบาหวานในชุมชน ปิดคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลโดยมีการเตรียมความพร้อมด้านต่าง ๆ ดังนี้

- จัดทำศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) 2 แห่ง
- จัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ
- จัดอบรมความรู้เจ้าหน้าที่ เรื่องการให้ความรู้ผู้ป่วย การเจาะเลือด
- กระจายผู้ป่วยกลับสถานีอนามัยตามความสมัครใจของผู้ป่วย
- ส่งพยาบาลเรียนเวชปฏิบัติ

ผลการดำเนินงานพบว่า สามารถจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ได้ครบ 6 แห่งในเวลา 6 ปี ปิดคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาล ลดความแออัดของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล 15,000 คน/ปี อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยในชุมชน 95.41% แผนกผู้ป่วยนอก 80.00% เกิดทีมสหสาขาที่มารับบริการผู้ป่วยในชุมชน ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย และที่สำคัญผลการรักษาดีขึ้น (สายชล สมจิตร และ ศิริพร สมบูรณ์ 2551)

2. งานเบาหวานโรงพยาบาลสกลนคร การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานแบบครบวงจร โรงพยาบาลสกลนครปีงบประมาณ 2551 โรงพยาบาลสกลนครมีขนาด 564 เตียง เขตพื้นที่รับผิดชอบ ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง สถานีอนามัย 24 แห่ง ศูนย์สุขภาพ

ชุมชน (PCU) 3 แห่ง โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบ 1 ใน 5 อันดับโรคแรกของจังหวัดสกลนคร ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยเบาหวานต้องดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ โดยมีแนวคิดเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ เพิ่มจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ดูแลตนเองได้ดีและสามารถดูแลคนอื่นต่อได้ เพิ่มคุณภาพในการให้บริการชุมชนและเสริมสร้างความเข้มแข็งครอบครัว ชุมชน และเพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยที่สถานบริการ โดยเน้นประเด็นสำคัญที่การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนและการติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เน้นการให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานระบบบริการผู้ป่วยนอกมีเป้าหมายเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงมีการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถดูแลตนเองได้ดีตามเกณฑ์มาตรฐานแล้ว สามารถส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานออกไปรับการรักษาต่อเนื่องได้ที่สถานบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ดังรายละเอียดตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้คือ

1. ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 180 mg% ติดต่อกัน 2 ครั้ง
2. ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี 1 ครั้ง
3. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (งานเบาหวาน โรงพยาบาลสกลนคร 2552)

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การคัดกรองผู้ป่วยและการกระจายผู้ป่วยอย่างมีระบบสู่สถานบริการปฐมภูมิ สามารถลดความแออัดในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้

3. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ทำการศึกษาโดยศกกร เนตรแสงทิพย์ โดยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลกันตังไปรับการรักษาในสถานบริการปฐมภูมิเครือข่ายในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา โดยให้เหตุผลในการเลือกกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาล แพทย์และพยาบาลมีเวลาในการให้การดูแลผู้ป่วยน้อยลง ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานต้องรอนานและไม่พึงพอใจ สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ทั้งที่บางรายไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ เกิดความเบื่อหน่ายและขาดนัดบ่อยขึ้น ทางโรงพยาบาลกันตังจึงได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานขึ้นใหม่ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลให้มากขึ้น

โดยทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย การขาดนัด ความพึงพอใจในการให้บริการในสถานบริการปฐมภูมิที่ผู้ป่วยถูกส่งต่อไปรับบริการ ปัญหา

อุปสรรคข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่สถานบริการปฐมภูมิตามระบบการดูแลแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น มีรูปแบบการพัฒนา 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 คือส่วนผู้ให้บริการ โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้ความรู้เชิงลึกเรื่องการรักษา เบาหวานและฝึกทักษะการตรวจรักษาแก่พยาบาลวิชาชีพ 14 คน ที่ประจำสถานบริการปฐมภูมิ 14 แห่ง

ส่วนที่ 2 คือ พัฒนาเครื่องมือโดยจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในสถานบริการปฐมภูมิ ได้แก่เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อส่งต่อและการส่งกลับโรงพยาบาลเพื่อประเมินการดูแลระบบ โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม ระบบการจ่ายยา ระบบการให้คำปรึกษา และระบบการช่วยเหลือจากโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 พัฒนาความพร้อมของผู้ป่วยโดยการจัดประชุมผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 97 คน ให้ความรู้ เตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อไปรับการดูแลที่สถานบริการปฐมภูมิใกล้บ้านที่มีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมแล้ว

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ถูกคัดเลือกให้ไปรับบริการที่สถานบริการปฐมภูมิใกล้บ้านมีโรคอื่นร่วมด้วยร้อยละ 51.50 รองลงมา มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยร้อยละ 32.00 ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังส่งต่อไม่แตกต่างกัน แต่การขาดนัดหลังส่งต่อน้อยลง ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับดีร้อยละ 76.63 การได้รับบริการจากสถานบริการปฐมภูมิในระดับดีมากกว่าร้อยละ 90.00 ยกเว้นการได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเบาหวานที่ได้ระดับปานกลางร้อยละ 14.40 ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการส่งต่อมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากสถานบริการปฐมภูมิในระดับสูง โดยรวมร้อยละ 86.94 จึงสรุปได้ว่าผลการดูแลในคลินิกและสถานบริการปฐมภูมิไม่แตกต่างกัน และสามารถดำเนินงานต่อไปเพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการของเจ้าหน้าที่สถานบริการปฐมภูมิที่พบได้แก่ ปัญหาด้านบุคลากรไม่เพียงพอ สถานที่ให้บริการคับแคบ การติดต่อสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลและสถานบริการปฐมภูมิไม่มีประสิทธิภาพ การส่งต่อผู้ป่วยโดยฝากใบนำส่งไปกับผู้ป่วยทำให้ใบนำส่งไม่ถึงมือเจ้าหน้าที่บริการปฐมภูมิ ดังนั้นเมื่อถึงวันนัดผู้ป่วยไม่ได้รับยาเนื่องจากไม่ได้เบิกยาจากโรงพยาบาลไว้ล่วงหน้า กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ยังไม่เพียงพอ (ยศกร เนตรแสงทิพย์ 2551:709 – 715)

4. โรงพยาบาลแพร่ หลังโรงพยาบาลแพร่เปิดคลินิกสาขา 2 แห่ง ทำให้โรงพยาบาลแพร่เปิดให้บริการเฉพาะผู้ป่วยระบบโรค ส่งต่อจากเครือข่าย และผู้ป่วยเฉพาะทางเท่านั้น (ประสบการณ์แพร่ 2552)

5. จังหวัดร้อยเอ็ด ได้มีการจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชนวัดเหนือ มีแพทย์เวชปฏิบัติ ครอบคลุมมาปฏิบัติงานทุกวัน มีการกำหนดทิศทางที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น การทำป้าย มาตรฐาน, การปรับปรุงภูมิทัศน์, การปรับปรุงถนนภายใน และการสร้างอาคารส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ดมารับบริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดเหนือมี แนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้จัดตั้งคลินิกดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดเหนือทุกวันพฤหัสบดี มีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นและมีการกระจายผู้ป่วยเรื้อรังไปรับบริการที่ศูนย์ สุขภาพชุมชน (PCU) เครื่องข่าย 5 แห่ง ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับสูง (สัมฤทธิ์ ศรี ชำรงสวัสดิ์ และ วีระศักดิ์ พุทธาศรี 2551)

6. โรงพยาบาลราชบุรี แยกบริการปฐมภูมิออกจากโรงพยาบาลใหญ่ โดยเปิด ศูนย์แพทย์เพื่อรองรับบริการตรวจผู้ป่วยนอกที่ไม่ได้ผ่านการนัดหมาย (OPD Walk-in) ดักคนไข้ โดยการเปิดคลินิกชุมชนอบอุ่นและศูนย์สุขภาพชุมชนประชานุเคราะห์ (สัมฤทธิ์ ศรีชำรงสวัสดิ์ 2551)

3. บริหารจัดการแก้ปัญหาาระบบเดิมให้มีประสิทธิภาพ

ได้แก่ การจัดการระบบส่งต่อผู้ป่วยทั้งขาไป จากกลับ และพัฒนาการสร้างระบบข้อมูลที่เกิดการเชื่อมประสานงานระหว่างเครือข่ายที่มีความต่อเนื่องกันได้ หรือการเพิ่มจุดบริการยาสำหรับผู้ป่วยบางกลุ่มเฉพาะ หรือการจัดระบบนัดหมายให้ผู้รับบริการมาในช่วงเวลาบริการที่กระจายมากขึ้น โรงพยาบาลที่ได้มีการบริหารจัดการแก้ปัญหาาระบบเดิมให้มีประสิทธิภาพได้แก่ โรงพยาบาล แพร์ ได้มีการจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยและระบบนัดที่มีประสิทธิภาพจนสามารถปิดบริการผู้ป่วยนอกที่ไม่ได้นัดหมาย

4. วางระบบบริหารจัดการ พัฒนา และติดตามอย่างต่อเนื่อง

ต้องสร้างความเข้าใจ ความเชื่อมั่นให้กับประชาชนและการพัฒนาศักยภาพของหน่วย บริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง (สุพัตรา ศรีวิเศษชากร 2550 : 216 – 223) งานวิจัยที่มีการพัฒนาด้านนี้ ได้แก่

1. นวัตกรรมการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองย่า ทำการวิจัยโดย สุรสิทธิ์ จิตร พิทักษ์เลิศ และคณะกรรมการเครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองย่า กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา วัตถุประสงค์ในการศึกษานี้คือ เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่าย CUP เมืองย่าในด้านลดความแออัดของโรงพยาบาล ด้านคุณภาพบริการในเชิงสังคมและวิชาชีพ ด้านสภาพคล่องทางการเงิน จุดแข็งและข้อจำกัดของการจัดการรูปแบบใหม่ โดยทำการศึกษา กับ ประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ CUP เมืองย่า ประธาน

CUP Board และคณะกรรมการบริหาร CUP Board เมืองย่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานใน ศูนย์แพทย์ชุมชนหรือศูนย์สุขภาพชุมชน (CMU/PCU) ของ CUP เมืองย่า วิธีการเก็บข้อมูลและ วิเคราะห์ข้อมูล

- ประเมินด้านการลดความแออัด ตัวชี้วัด คือ อัตราการใช้บริการของผู้ป่วยสิทธิ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มาใช้บริการที่โรงพยาบาลมหาราชนาฯ (ครั้ง/คน/ปี) เก็บรวบรวมข้อมูล จากฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ ในปีงบประมาณ 2548 – 2551

- การประเมินคุณภาพบริการเชิงสังคม ตัวชี้วัดคือ ร้อยละความพึงพอใจ เกณฑ์ร้อยละ 80.00 ตามแบบสอบถามของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) และการสัมภาษณ์เชิง ลึกผู้รับบริการ 25 คน

- การประเมินคุณภาพเชิงวิชาชีพ ตัวชี้วัด คือ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ในรอบ 1 ปี เกณฑ์ร้อยละ 70.00 และร้อยละของผู้ป่วย เบาหวานที่ได้รับการตรวจและระดับระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) < 7% เกณฑ์ร้อยละ 40.00

- การประเมินสภาพคล่องทางการเงินใช้อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current ratio) มากกว่าหรือเท่ากับ 2, อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick ratio) มากกว่า 1

- ค้นหาจุดแข็งและข้อจำกัดของการจัดการ โดยทบทวนรายงานการประชุม CUP Board ประชุมเจ้าหน้าที่ในเครือข่ายบริการ 6 ครั้ง

ผลการศึกษาพบว่า อัตราการใช้บริการของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หลังจากแยก CUP ลดลงจาก 0.39 เป็น 0.31 ครั้ง/คน/ปี ความพึงพอใจต่อการบริการของ CUP อยู่ ระหว่างร้อยละ 82.40 - 93.80 ประชาชนส่วนใหญ่พึงพอใจที่ได้รับบริการใกล้บ้านแต่การรักษาโรค และรับยาเหมือนกับโรงพยาบาลมหาราชนาฯ และประทับใจความเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่ ในการ ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ในรอบ 1 ปีครอบคลุมร้อยละ 62.90 และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) < 7% ได้ร้อยละ 47.90 ทางด้านการเงิน พบว่าทุก CUP มีสภาพคล่องทางการเงิน เจ้าหน้าที่ในเครือข่ายให้ความเห็นว่ามีคล่องตัวใน การบริหารงานและตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ได้มากขึ้นกว่าก่อนแยก CUP แต่มีข้อจำกัดในการ อนุมัติการจ่ายเงินและก่อหนี้ผูกพัน อย่างไรก็ตาม CUP ต่างๆ สามารถดำเนินการต่อได้ภายใต้การ สนับสนุนของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ และ คณะกรรมการเครือข่าย ปฐมภูมิเมืองย่า 2552)

2. โรงพยาบาลแพร์ มีการจัดการดูแลประชากรรอบนอกเป็นโชน และมีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ สร้างความเข้าใจให้กับประชาชนในสิ่งที่ประชาชนสนใจ ได้แก่ คุณภาพบริการ ข้อมูลการรักษา ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

โรงพยาบาลโพธาราม

โรงพยาบาลโพธาราม เป็นโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 340 เตียง ตั้งอยู่ที่ 29 ถ.ขนานทางรถไฟ อ.โพธาราม จ.ราชบุรี ที่ตั้งของโรงพยาบาลห่างจากตัวจังหวัด 25 กิโลเมตร ห่างจากกรุงเทพมหานคร 80 กิโลเมตร ประกอบด้วยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในด้านต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์ 26 คน ทันตแพทย์ 6 คน เภสัชกร 14 คน และบุคลากรอื่น ๆ อีก 1,000 กว่าคน มีการเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง และมีคลินิกต่าง ๆ ได้แก่ คลินิกสุขภาพเด็กดี คลินิกหัวใจ คลินิกกระดูกและข้อ คลินิกตรวจโรคเฉพาะทางสูตินรีเวช คลินิกโรคทั่วไป คลินิกตรวจโรคเฉพาะทางศัลยกรรม คลินิกทันตกรรม คลินิกโรคตา คลินิกวัยทอง คลินิกภูมิเวช คลินิกตรวจหลังคลอด คลินิกฝังเข็ม คลินิกหอบหืดเด็ก คลินิกฝากครรภ์ คลินิกวางแผนครอบครัว คลินิกความดันโลหิตสูง และคลินิกเบาหวาน

นอกจากนี้ยังมีเครือข่ายของโรงพยาบาล โดยมีศูนย์บริการสุขภาพชุมชนที่มีแพทย์ประจำ 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์แพทย์โรงพยาบาลโพธาราม สถานีอนามัยบ้านเลือก สถานีอนามัยบ้านสิงห์ มีศูนย์บริการสุขภาพชุมชนที่มีแพทย์ของโรงพยาบาลออกไปให้บริการเดือนละ 1 ครั้ง 4 แห่ง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองโพ ศูนย์สุขภาพชุมชนนางแก้ว ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตาพุด และศูนย์สุขภาพชุมชนหนองสองห้อง

จากผลกระทบของระบบบริการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้มีผู้เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มมากขึ้น จนทำให้เกิดความแออัดในแผนกผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธารามมีโครงการลดความแออัดในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นหนึ่งในนโยบาย “บริการมีคุณภาพ นับใจ ไร้ความแออัด” ดังที่กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศไว้เมื่อต้นปี 2549 ที่ผ่านมา ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้รับบริการของโรงพยาบาลพบว่า ระยะเวลารอคอยในช่วงระยะเวลาแออัดในคลินิกเบาหวานอยู่ที่ 89 นาที ระยะเวลารอคอยโดยเฉลี่ยทั่วไปอยู่ที่ 22 นาที มีแพทย์อายุรกรรมของโรงพยาบาล 3 ท่าน ในขณะที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนเครือข่ายมีผู้เข้ารับบริการโดยเฉลี่ยแห่งละ 60-80 ราย/เดือน

จากปัญหาที่พบ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทำให้เกิดกระบวนการความคิดในเรื่องการวางระบบงานในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลโพธาราม พัฒนารูปแบบการ

ให้บริการกับผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อเป็นการเพิ่มทางเลือกในการเลือกใช้บริการ เพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการและยังคงไว้ซึ่งคุณภาพบริการ

บทสรุป

จากการทบทวนวรรณกรรม ในเรื่องการลดความแออัดได้มีผู้ทำการวิจัยในหัวข้อการประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ผลการวิจัยพบว่าอัตราการใช้บริการในโรงพยาบาลลดลง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น พอใจที่จะได้รับการบริการที่ใกล้บ้าน มีสภาพคล่องทางการเงิน (สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ และ คณะกรรมการเครือข่ายปฐมภูมิเมืองย่า 2552) การดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการส่งต่อ ซึ่งผลที่ได้คือการรักษาในโรงพยาบาลกับเครือข่ายปฐมภูมิไม่แตกต่างกัน (ยศกร เนตรแสงทิพย์ 2551 : 709 – 715) และจากงานเบาหวาน โรงพยาบาลสกลนคร ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม (งานเบาหวาน โรงพยาบาลสกลนคร 2552) ที่เป็นนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร พบว่าเกณฑ์ที่กำหนดเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยยังไม่ชัดเจนและขาดในประเด็นสำคัญ ดังนั้นโรงพยาบาลโพธารามซึ่งปัจจุบันได้พบปัญหาความแออัดในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลเช่นกัน และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทำให้เกิดกระบวนการความคิดในเรื่องการวางระบบงานเบาหวานของโรงพยาบาลโพธาราม โดยจะทำการสร้างเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วย เนื่องจากปัจจุบันพบปัญหาผู้ป่วยรับยาหลายที่ ได้รับยาซ้ำซ้อน เกณฑ์ที่ผ่านมาไม่มีการศึกษาถึงภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยเป็นร่วมด้วย เช่น ความดันโลหิตสูงเท่าใดจึงจะส่งกลับ รวมถึงการกระจายผู้ป่วยนั้นผู้ป่วยต้องมีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เพื่อลดปัญหาการเรียนในส่วนการดิรอนสิทธิในการรักษาในโรงพยาบาลใหญ่ โดยจะทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) สร้างเกณฑ์การส่งกลับ เน้นการสื่อสารระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ กับโรงพยาบาลชี้สำคัญในการส่งตัวผู้ป่วยและการส่งข้อมูลการรักษา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi research)

- ศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีสิทธิตามระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เข้าร่วมโครงการและไม่เข้าร่วมโครงการก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ

- ศึกษาเปรียบเทียบผลการควบคุมภาวะโรคของผู้ป่วยกลุ่มเข้าร่วมโครงการและไม่เข้าร่วมโครงการก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ

2. การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

- ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ

- ศึกษาความพึงพอใจของผู้ให้บริการภายหลังการพัฒนาระบบ

- ศึกษาผลลัพธ์จากการให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่รับบริการในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลโพธาราม ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่มีภาวะทางคลินิกที่ควบคุมได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษานี้แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

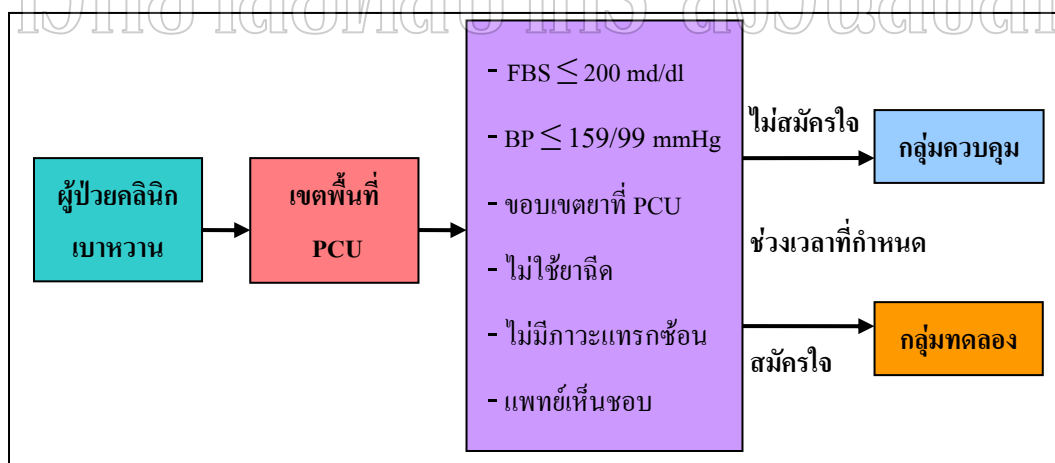
กลุ่มที่ 1 เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลโพธาราม

กลุ่มที่ 2 เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลโพธาราม ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ดังนี้

1. มีระดับน้ำตาลในเลือดไม่เกิน 200 มก/ดล ติดต่อกัน 2 ครั้งที่มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล
2. มีระดับความดันโลหิตไม่เกิน 159/99 มิลลิเมตรปรอท
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและภาวะที่ต้องดูแลโดยแพทย์อย่างใกล้ชิด
4. ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วม โครงการและแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยยินยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

การกำหนดตัวอย่าง ใช้การกำหนดตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาลโพธาราม ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนที่กำหนด ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองโพ ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองตาพุด และศูนย์สุขภาพชุมชนนางแก้ว และมารับบริการในช่วงเวลาที่กำหนด ไม่ใช้ยาฉีดอินซูลิน ได้จำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 213 ราย แต่จากผลการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ทั้งสิ้น 110 ราย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 60 ราย (กลุ่มทดลอง) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ ได้นำเก็บข้อมูลเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 50 ราย เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาด้านคลินิก



ภาพที่ 2. การกำหนดตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive)

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลของผู้ป่วย

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทางด้านคลินิกของผู้ป่วยที่ทำการวิจัยทดลองคือช่วงตั้งแต่วันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 จนถึงวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2553 รวมระยะเวลาการเก็บข้อมูลประมาณ 9 เดือน

ขั้นตอนของการศึกษา (Process of the study)

การศึกษาประกอบด้วยขั้นตอนซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนดังต่อไปนี้ คือ

1. ขั้นเตรียมการ ได้แก่

1.1. การสร้างเกณฑ์การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล โดยการประชุมร่วมกับทีมแพทย์อายุรกรรม, เจ้าหน้าที่ในคลินิกเบาหวาน, พยาบาลเวชกรรมสังคมและเภสัชกรเพื่อสร้างเกณฑ์การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลและแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่

- เกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล (ภาคผนวก ก,ข และ ค)
- การเก็บข้อมูลการรักษาผู้ป่วย เพื่อติดตาม
- การสรุปผลการรักษา (ภาคผนวก ง)
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและโรคที่เป็นร่วม ได้แก่ ความดันโลหิต

สูง และไขมันในเลือดสูง (ภาคผนวก ก,ข และ ค)

โดยนำแนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอาศัยเกณฑ์ของสมาคมเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา 2005 (American diabetes association: ADA) และ Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC7) และ The Third Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adult (Adult Treatment Panel ATP III) และตำราอายุรศาสตร์ I โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม ปี 2545 มาปรับให้เหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย

เกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลอาศัยเกณฑ์จากตำราโรคเบาหวานของสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย ปี 2546 ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นซึ่งผ่านการพิจารณาปรับแก้ไขโดยองค์กรแพทย์ของโรงพยาบาลโพธารามจนเป็นที่ยอมรับก่อนนำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

1.2 กำหนดแนวทางปฏิบัติของแต่ละหน่วยบริการ (ภาคผนวก ฉ)

กำหนดหน้าที่ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- พยาบาลในคลินิกเบาหวาน: กรอกเอกสารในใบส่งตัวให้ครบถ้วน ยกเว้นโรคที่ได้รับการวินิจฉัย แพทย์ผู้ส่ง และเขียนใบนัด ระบุการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจครั้งต่อไปให้กับผู้ป่วย

- แพทย์/พยาบาลเวชกรรมสังคม ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนดูแลผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนดไว้ เขียนใบสรุปผลการรักษาใน แบบฟอร์มสรุปผลการรักษาเมื่อครบ 6 เดือน กรณีพบความผิดปกติตามเกณฑ์การส่งต่อให้บันทึกตามแบบส่งกลับตามเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วย

- เกษักรสืบค้นปัญหาจากการใช้ยา เพื่อให้พยาบาลเวชกรรมลงข้อมูลใน ส่วนแบบฟอร์มสรุปผลการรักษาเมื่อครบ 6 เดือน

1.3 เสนอเรื่องเข้าที่ประชุมกรรมการบริหารของโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาต ทำงานวิจัยและขออนุมัติงบประมาณในส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม

1.4 ขอรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

1.5 แจงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดวันเริ่มโครงการ

2. ขั้นตอนการศึกษา

2.1 การเก็บข้อมูลด้านคลินิก เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการครั้งแรกทุกคนจะได้รับการเจาะเลือดเพื่อวัดค่าทางคลินิก แพทย์จะออกใบสั่งยาให้ผู้ป่วย โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะได้รับยา 1 เดือน พยาบาลออกใบส่งตัวรักษาไปยังศูนย์สุขภาพชุมชนให้ผู้ป่วย และในเดือนต่อไปจะได้รับการนัดให้ไปรับยาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นระยะเวลา 5 เดือน เมื่อครบระยะเวลา 6 เดือนผู้ป่วยจะถูกส่งตัวกลับมารับบริการในคลินิกเบาหวาน โดยเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน จะทำการสรุปผลการดูแลรักษาผู้ป่วยลงในแบบฟอร์มสรุปผลการรักษา และให้ผู้ป่วยนำกลับมาเข้ารับ การตรวจรักษาในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการเจาะเลือดเพื่อวัดค่าทางคลินิก ครั้งที่ 2 ตามที่แพทย์สั่งไว้ล่วงหน้าตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ในระหว่างที่ผู้ป่วยรับยาจาก ศูนย์สุขภาพชุมชน หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติตามเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง สถานพยาบาลจะทำการส่งผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลและคัด ออกจากกลุ่มการทดลอง

ส่วนกลุ่มผู้ป่วยควบคุมทุกคนจะได้รับการเจาะเลือดเพื่อวัดค่าทางคลินิกเช่นกัน โดย แพทย์จะออกใบสั่งยาให้ผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาลโดยแพทย์อาจนัดตามสภาวะผู้ป่วยซึ่งโดยส่วน ใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมภาวะโรคได้คือ นัด 3 เดือน เมื่อผู้ป่วยนัดติดตามอาการครั้งที่ 2 คือ 6 เดือน ก็จะทำการเจาะเลือดเพื่อวัดค่าทางคลินิกอีกครั้งหนึ่ง

2.2 การเก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

2.2.1 การเก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้าร่วม โครงการ ด้วย แบบสอบถามความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (ภาคผนวก ข) ประกอบด้วยคำถาม 5 ส่วน ได้แก่ ส่วน ที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ส่วนที่ 3 ความพึง พอใจต่อรูปแบบบริการที่ได้รับ ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบบริการที่ได้รับที่ศูนย์สุขภาพชุมชนกับ โรงพยาบาลโพธาราม และส่วนที่ 5 ความคิดเห็นต่อโครงการและการรับบริการต่อเนื่อง โดยการ สัมภาษณ์ผู้ป่วยในเดือนที่ 5 ของการศึกษา

2.2.2 การเก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาลในคลินิกเบาหวาน แพทย์และพยาบาล ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน โดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) ประกอบด้วยคำถามส่วนความพึงพอใจ ต่อโครงการ ความคิดเห็นต่อโครงการ สำหรับหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเพิ่มเติมในประเด็นผู้ป่วย นอกเขตข้ามเขตมาใช้บริการ และผลกระทบต่อบของศูนย์สุขภาพชุมชน (ภาคผนวก ข) โดย สอบถามในเดือนที่ 5 ของการศึกษา

2.3 การศึกษาผลการให้บริการทางเภสัชกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน ความสมบูรณ์ของ ข้อมูล ก่อนการนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ผลทางคลินิก ใช้สถิติ paired t-test, Independent t – test, Chi square โดยใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์

1.1 เปรียบเทียบผลการรักษาทางคลินิกและการควบคุมภาวะโรคของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบบริการ

1.2 เปรียบเทียบผลการรักษาทางคลินิกและการควบคุมภาวะโรคของผู้ป่วยที่ไม่เข้าร่วมโครงการก่อนและหลังการพัฒนาแบบบริการ

1.3 เปรียบเทียบผลการรักษาทางคลินิกและการควบคุมภาวะโรคของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการกับผู้ป่วยที่ไม่เข้าร่วมโครงการก่อนและหลังการพัฒนาแบบบริการ

2. วิเคราะห์ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ

2.1 วิเคราะห์ผลความพึงพอใจ ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการภายหลังพัฒนาระบบบริการ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ

2.2 วิเคราะห์ผลลัพธ์จากการให้บริการเภสัชกรรมที่หน่วยบริการสุขภาพชุมชน เช่น ปัญหาเนื่องจากการใช้ยา

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลโพธาราม ทำการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตที่โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งรับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธาราม และกลุ่มทดลองซึ่งรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองโพ หนองตาพูด และนางแก้ว ข้อมูลจากการศึกษาสามารถนำมาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ เป็นดังนี้

1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

1.1 กลุ่มทดลอง

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมโครงการมีจำนวนทั้งสิ้น 60 ราย แต่จำนวนดังกล่าว มีผู้ป่วยจำนวน 1 รายที่ญาติย้ายผู้ป่วยไปเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ผู้ป่วยจำนวน 2 รายเข้ารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแล้วพบว่า ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เจ้าหน้าที่จึงส่งตัวกลับเข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลโพธาราม ผู้ป่วยจำนวน 2 ราย มีความสับสนเกี่ยวกับระบบนัดของศูนย์สุขภาพชุมชน จึงกลับไปรับบริการที่โรงพยาบาลโพธาราม ผู้ป่วยจำนวน 1 รายที่เจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนลืมนัดให้ผู้ป่วยมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้ป่วยจึงกลับมารับยาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยจำนวน 1 รายที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จึงถูกส่งตัวกลับมาเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล ผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ไม่สะดวกที่ต้องลางานทุกเดือนเพื่อรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนขอกลับเข้ารับบริการในคลินิกของโรงพยาบาล ผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ญาติผู้ป่วยไม่พามารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตามวันนัด ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงจึงต้องส่งผู้ป่วยกลับเข้ารับบริการที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล และผู้ป่วยจำนวน 2 ราย แจ้งว่าต้องการกลับไปรับการรักษาที่แพทย์เฉพาะทางที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลโพธาราม

ดังนั้นจึงเหลือผู้ป่วยกลุ่มทดลองและมีข้อมูลครบถ้วนสำหรับการวิเคราะห์จำนวนทั้งสิ้น 48 ราย จำแนกตามการวินิจฉัยโรคของแพทย์เป็นผู้ป่วยเบาหวานเพียงอย่างเดียว 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.20 เบาหวานร่วมกับไขมันในเลือดสูง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.50 เบาหวานร่วมกับความดัน

โลหิตสูง 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.80 และเบาหวานร่วมกับไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูง 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.50 ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.83 อายุอยู่ในช่วง 44 – 82 ปี อายุเฉลี่ย 61.42 ± 10.42 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 51 – 60 ปี ร้อยละ 31.25 รองลงมาได้แก่ช่วงอายุ 61 – 70 ปี ร้อยละ 27.08 ส่วนใหญ่ร้อยละ 41.67 ประกอบอาชีพเกษตรกร ส่วนใหญ่ร้อยละ 39.10 มีรายได้อยู่ในช่วง 501 – 1,000 บาทต่อเดือน ระดับการศึกษาของผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษามากที่สุดคือ ร้อยละ 62.50 รองลงมาคือ ประถมศึกษา ร้อยละ 20.83 ไม่ได้ศึกษา ร้อยละ 12.5 และมีมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 4.17 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

1.2 กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมมีจำนวนทั้งสิ้น 50 ราย จำแนกตามการวินิจฉัยโรคของแพทย์เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานเพียงอย่างเดียว 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.00 โรคเบาหวานร่วมกับไขมันในเลือดสูง 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.00 โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.00 โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.00 อายุอยู่ในช่วง 40 – 81 ปี อายุเฉลี่ย 60.24 ± 9.40 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 51 – 60 ปี ร้อยละ 38.00 รองลงมาได้แก่ช่วงอายุ 61 – 70 ปี ร้อยละ 36.00 ร้อยละ 24.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาชีพหลักส่วนใหญ่คือ เกษตรกรร้อยละ 40.00 รองลงมาได้แก่อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.00 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 48)		กลุ่มควบคุม (n = 50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	14	29.17	11	22.00
หญิง	34	70.83	39	78.00

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 48)		กลุ่มควบคุม (n = 50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40	0	0.00	2	4.00
41 - 50	9	18.75	4	8.00
51 - 60	15	31.25	19	38.00
61 - 70	13	27.08	18	36.00
71 - 80	10	20.83	6	12.00
ตั้งแต่ 81 ปีเป็นต้นไป	1	2.08	1	2.00
อาชีพหลัก				
เกษตรกร	20	41.67	20	40.00
รับจ้าง	6	12.50	15	30.00
ค้าขาย	5	10.42	2	4.00
อื่นๆ	2	4.17	1	2.00
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	2.08	0	0.00
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	29.17	12	24.00
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	6	12.50	n/a	n/a
ต่ำกว่าประถมศึกษา	30	62.50	n/a	n/a
ประถมศึกษา	10	20.83	n/a	n/a
มัธยมศึกษา / ปวช	2	4.17	n/a	n/a
รายได้ต่อเดือน : บาท				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 500	11	23.90	n/a	n/a
501 - 3,000	18	39.10	n/a	n/a
3,001 - 5,500	8	17.40	n/a	n/a
5,501 - 8,000	6	13.00	n/a	n/a
8,001 - 10,500	1	2.20	n/a	n/a
ตั้งแต่ 10,501 ขึ้นไป	2	4.30	n/a	n/a

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 48)		กลุ่มควบคุม (n = 50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรคของแพทย์				
- โรคเบาหวานอย่างเดียว	2	4.20	8	16.00
- โรคเบาหวานร่วมกับไขมันในเลือดสูง	6	12.50	7	14.00
- โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง	22	45.80	15	30.00
- โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง	18	37.50	20	40.00

2. ข้อมูลด้านคลินิกของผู้ป่วย

การศึกษานี้ติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย โดยใช้ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร Fasting blood sugar; FBS ระดับน้ำตาลสะสม HbA1c ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยจะใช้ค่าความดันโลหิตทั้ง Systolic blood pressure และ Diastolic blood pressure และผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมด้วยจะใช้ค่าระดับ Cholesterol, Triglyceride, HDL และ LDL ในการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย

การวิเคราะห์การควบคุมภาวะโรคของผู้ป่วย กำหนดผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มที่ควบคุมภาวะโรคได้ และกลุ่มที่ควบคุมภาวะโรคไม่ได้ โดยกำหนดให้กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมภาวะโรคได้มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting blood sugar; FBS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dl ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 สำหรับระดับความดันโลหิต Systolic blood pressure กำหนดให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 130 mmHg ระดับความดัน Diastolic blood pressure กำหนดให้มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 mmHg สำหรับระดับไขมันในเลือดกำหนดให้กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมภาวะของโรคได้มีระดับ Cholesterol น้อยกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dl ระดับ Triglyceride น้อยกว่าหรือเท่ากับ 150 mg/dl ระดับไขมัน LDL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 mg/dl และระดับไขมัน HDL มากกว่าหรือเท่ากับ 40 mg/dl ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นดังนี้

2.1 ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS)

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในช่วง 80 – 195 mg/dl ค่าเฉลี่ย 138.20 ± 27.27 mg/dl และระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารหลังจากครบกำหนด 6 เดือนอยู่ในช่วง 85 – 301 mg/dl ค่าเฉลี่ย 138.82 ± 40.82

mg/dl ซึ่งเมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.922)

ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในช่วง 80 – 200 mg/dl ค่าเฉลี่ย 145.54 ± 24.99 mg/dl และหลังจากสิ้นสุดการไปรับยาต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่ในช่วง 81 – 206 mg/dl ค่าเฉลี่ย 140.29 ± 32.25 ซึ่งเมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.290) และเมื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.119 และ 0.844 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4) สำหรับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับไม่แตกต่างกันเช่นกัน โดยพบว่าผู้ป่วยจะได้รับยา Glibenclamide Glipizide และ Metformin

ตารางที่ 4 ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS)

ข้อมูลทางคลินิก	ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร FBS (mg %)		p-value
	ก่อนเข้าร่วมโครงการ	หลังเข้าร่วมโครงการ	
กลุ่มทดลอง (n = 48)	145.54 ± 24.99	140.29 ± 32.25	0.290
กลุ่มควบคุม (n = 50)	138.20 ± 27.27	138.82 ± 40.82	0.922
p-value	0.119	0.844	

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโครงการมีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ทั้งสิ้น 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.00 และภายหลังสิ้นสุดโครงการมีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 ซึ่งเมื่อทดสอบทางสถิติแล้ว พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารได้ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.500)

ส่วนกลุ่มทดลองก่อนเริ่มโครงการ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารได้ทั้งสิ้น 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.67 และภายหลังสิ้นสุดโครงการพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้เพิ่มขึ้นเป็น 17 รายคิดเป็นร้อยละ 35.42 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์สถิติแล้วพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.031)

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ของกลุ่มควบคุมมีจำนวนทั้งสิ้น 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.00 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.016) กับกลุ่มทดลองซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมภาวะโรคได้เพียง 8 ราย และภายหลังสิ้นสุดโครงการพบว่ากลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้เพิ่มขึ้นเป็น 20 ราย ขณะที่กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้เพิ่มขึ้นเป็น 17 ราย ซึ่งเมื่อทดสอบสถิติแล้ว พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารได้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.398) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารได้

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ได้				p-value
	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
กลุ่มทดลอง (n = 48)	8	16.67	17	35.42	0.031
กลุ่มควบคุม (n = 50)	19	38.00	20	40.00	0.500
p-value	0.016		0.398		

2.2 ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c)

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มควบคุมมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในช่วง 5.4 – 11.5 ค่าเฉลี่ย 7.67 ± 1.18 และหลังจากครบกำหนด 6 เดือนอยู่ในช่วง 5.4 – 13.8 ค่าเฉลี่ย 7.83 ± 1.88 ซึ่งเมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.407)

ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในช่วง 4.8 – 10.3 ค่าเฉลี่ย 7.75 ± 1.14 และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมหลังจากสิ้นสุดการไปรับยาต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่ในช่วง 4.3 – 10.7 ค่าเฉลี่ย 7.58 ± 1.39 ซึ่งเมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.170) และเมื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนเข้าร่วมโครงการและหลังเข้าร่วมโครงการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.727 และ 0.449 ตามลำดับ) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c)

ข้อมูลทางคลินิก	ระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c		p-value
	วันเข้าร่วมโครงการ	วันสิ้นสุดโครงการ	
กลุ่มทดลอง (n = 48)	7.75 ± 1.14	7.58 ± 1.39	0.170
กลุ่มควบคุม (n = 50)	7.67 ± 1.18	7.83 ± 1.88	0.407
p-value	0.727	0.449	

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนเข้าร่วมโครงการมีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ทั้งสิ้น 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.00 และภายหลังสิ้นสุดโครงการมีผู้ป่วยที่ควบคุมได้ 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 ซึ่งเมื่อทดสอบทางสถิติแล้วพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.266)

ส่วนกลุ่มทดลองก่อนเริ่มโครงการพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ทั้งสิ้น 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.75 และภายหลังสิ้นสุดโครงการพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ 21 รายคงเดิม ซึ่งเมื่อวิเคราะห์สถิติแล้วพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.581)

เมื่อเปรียบเทียบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองก่อนและภายหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.161 และ 0.432 ตามลำดับ) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ได้

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ได้				p-value
	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
กลุ่มทดลอง (n = 48)	21	43.75	21	43.75	0.581
กลุ่มควบคุม (n = 50)	16	32.00	20	40.00	0.266
p-value	0.161		0.432		

2.3 ความดันโลหิต

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มควบคุมมีค่า Systolic blood pressure ก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในช่วง 100 – 154 mmHg ค่าเฉลี่ย 133.34 ± 12.40 mmHg และหลังจากครบกำหนด 6 เดือนอยู่ในช่วง 112 – 162 mmHg ค่าเฉลี่ย 132.57 ± 14.41 mmHg ซึ่งเมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของ Systolic blood pressure ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.749)

ส่วนกลุ่มทดลองมีค่า Systolic blood pressure ก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในช่วง 100 – 158 mmHg ค่าเฉลี่ย 136.05 ± 12.54 mmHg และหลังจากสิ้นสุดการไปรับยาต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่ในช่วง 100 – 160 mmHg ค่าเฉลี่ย 127.25 ± 13.64 mmHg ซึ่งเมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของ Systolic blood pressure ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของ Systolic blood pressure หลังจากครบกำหนด 6 เดือน มีค่าลดลง แต่เมื่อเปรียบเทียบ Systolic blood pressure ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.351 และ 0.105 ตามลำดับ) (ตารางที่ 8) โดยยาที่ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับส่วนใหญ่ คือ Enalapril Hydrochlorothiazide (HCTZ) Atenolol เช่นเดียวกัน

ตารางที่ 8 ค่า Systolic blood pressure

ข้อมูลทางคลินิก	ค่า Systolic blood pressure (mmHg)		p-value
	วันเข้าร่วมโครงการ	วันสิ้นสุดโครงการ	
กลุ่มทดลอง (n = 40)	136.05 ± 12.54	127.25 ± 13.64	0.001
กลุ่มควบคุม (n = 35)	133.34 ± 12.40	132.57 ± 14.41	0.749
p-value	0.351	0.105	

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มควบคุมมีค่า Diastolic blood pressure ก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในช่วง 63 – 94 mmHg ค่าเฉลี่ย 79.26 ± 8.12 mmHg และหลังจากครบกำหนด 6 เดือนอยู่ในช่วง 55 – 98 mmHg ค่าเฉลี่ย 74.69 ± 10.07 mmHg ซึ่งเมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของ Diastolic blood pressure ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.008) โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของ Diastolic blood pressure หลังจากครบกำหนด 6 เดือนมีค่าลดลง

ส่วนกลุ่มทดลองค่า Diastolic blood pressure ก่อนเข้าร่วมเข้าร่วมโครงการอยู่ในช่วง

60 – 91 mmHg ค่าเฉลี่ย 78.37 ± 8.55 mmHg และหลังจากครบกำหนด 6 เดือนอยู่ในช่วง 60 – 92 mmHg ค่าเฉลี่ย 76.00 ± 7.87 mmHg เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของ Diastolic blood pressure ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.120) และเมื่อเปรียบเทียบ Diastolic blood pressure ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.650 และ 0.528 ตามลำดับ) (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ค่า Diastolic blood pressure

ข้อมูลทางคลินิก	ค่า Diastolic blood pressure (mmHg)		p-value
	วันเข้าร่วมโครงการ	วันสิ้นสุดโครงการ	
กลุ่มทดลอง (n = 40)	78.37 ± 8.55	76.00 ± 7.87	0.120
กลุ่มควบคุม (n = 35)	79.26 ± 8.12	74.69 ± 10.07	0.008
p-value	0.650	0.528	

การควบคุม Systolic blood pressure ของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโครงการมีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ทั้งสิ้น 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.67 และภายหลังสิ้นสุดโครงการมีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้เพิ่มขึ้นเป็น 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.00 ซึ่งเมื่อทดสอบสถิติแล้วพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.318)

ส่วนกลุ่มทดลองก่อนเริ่มโครงการพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุม Systolic blood pressure ได้ทั้งสิ้น 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 และภายหลังสิ้นสุดโครงการพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้เพิ่มขึ้นเป็น 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.00 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์สถิติแล้วพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.131)

เมื่อทำการเปรียบเทียบการควบคุม Systolic blood pressure ของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.534) และภายหลังสิ้นสุดโครงการพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันเช่นเดียวกัน (p-value = 0.418) (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุม Systolic blood pressure ได้

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุม Systolic blood pressure ได้				p-value
	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
กลุ่มทดลอง (n = 40)	16	40.00	22	55.00	0.131
กลุ่มควบคุม (n = 35)	15	41.67	18	50.00	0.318
p-value	0.534		0.418		

การควบคุม Diastolic blood pressure ของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโครงการพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ทั้งสิ้น 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.11 และภายหลังสิ้นสุดโครงการมีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้เพิ่มขึ้นเป็น 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.89 ซึ่งเมื่อทดสอบสถิติแล้วพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุม Diastolic blood pressure ได้ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.500)

ส่วนกลุ่มทดลองก่อนเริ่มโครงการพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ทั้งสิ้น 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.50 และภายหลังสิ้นสุดโครงการพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุม Diastolic blood pressure ได้เพิ่มขึ้นเป็น 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.50 ซึ่งเมื่อทดสอบสถิติแล้วพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.120)

เมื่อเปรียบเทียบการควบคุม Diastolic blood pressure ของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมและภายหลังสิ้นสุดโครงการ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.466 และ 0.288 ตามลำดับ) (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุม Diastolic blood pressure ได้

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุม Diastolic blood pressure ได้				p-value
	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
กลุ่มทดลอง (n = 40)	23	57.50	29	72.50	0.120
กลุ่มควบคุม (n = 35)	22	61.11	23	63.89	0.500
p-value	0.466		0.288		

2.4 ไขมันในเลือด

2.4.1 ระดับไขมัน Cholesterol

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีระดับไขมัน Cholesterol ก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในช่วง 115 – 291 mg/dl ค่าเฉลี่ย 166.96 ± 36.80 mg/dl และหลังจากครบกำหนด 6 เดือนอยู่ในช่วง 104 – 258 mg/dl ค่าเฉลี่ย 161.67 ± 40.28 mg/dl เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับไขมัน Cholesterol ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.674) ส่วนกลุ่มทดลองมีระดับไขมัน Cholesterol ก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในช่วง 124 – 264 mg/dl ค่าเฉลี่ย 169.80 ± 32.61 mg/dl และหลังจากสิ้นสุดการไปรับยาต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่ในช่วง 113 - 223 mg/dl ค่าเฉลี่ย 160.70 ± 28.37 mg/dl เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับไขมัน Cholesterol ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.605) และเมื่อเปรียบเทียบระดับไขมัน Cholesterol ก่อนเข้าร่วมโครงการและหลังเข้าร่วมโครงการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.771 และ 0.916 ตามลำดับ) (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 ระดับไขมัน Cholesterol

ข้อมูลทางคลินิก	ระดับไขมัน Cholesterol (mg/dl)		p-value
	ก่อนเข้าร่วมโครงการ	หลังเข้าร่วมโครงการ	
กลุ่มทดลอง (n = 23)	169.80 ± 32.61	160.70 ± 28.37	0.605
กลุ่มควบคุม (n = 26)	166.96 ± 36.80	161.67 ± 40.28	0.674
p-value	0.771	0.916	

เมื่อทำการเปรียบเทียบการควบคุมระดับไขมัน Cholesterol ของกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ทั้งสิ้น 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.62 และภายหลังสิ้นสุดโครงการมีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมได้ 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.46 ซึ่งเมื่อทดสอบสถิติแล้ว พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับไขมัน Cholesterol ได้ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.500)

ส่วนกลุ่มทดลองก่อนเริ่มโครงการ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับไขมัน Cholesterol ได้ 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.97 ภายหลังสิ้นสุดโครงการพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.61 เมื่อวิเคราะห์สถิติแล้วพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับไขมัน Cholesterol ได้ก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.500)

เปรียบเทียบการควบคุมระดับไขมัน Cholesterol ของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.571$) และภายหลังสิ้นสุดโครงการ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.429$) (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับไขมัน Cholesterol ได้

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับไขมัน Cholesterol ได้				p-value
	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
กลุ่มทดลอง (n = 23)	20	86.97	19	82.61	0.500
กลุ่มควบคุม (n = 26)	22	84.62	23	88.46	0.500
p-value	0.571		0.429		

2.4.2 ระดับไขมัน Triglyceride

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มควบคุมมีระดับไขมัน Triglyceride ก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในช่วง 65 – 436 mg/dl ค่าเฉลี่ย 161.30 ± 73.98 mg/dl และหลังจากครบกำหนด 6 เดือนอยู่ในช่วง 66 – 402 mg/dl ค่าเฉลี่ย 158.85 ± 83.30 mg/dl เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับไขมัน Triglyceride ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.816$)

ส่วนกลุ่มทดลองมีระดับไขมัน Triglyceride ก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในช่วง 65 – 363 mg/dl ค่าเฉลี่ย 179.92 ± 87.85 mg/dl และระดับไขมัน Triglyceride ณ วันที่สิ้นสุดการไปรับยาต่อเนื่องจากที่ศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่ในช่วง 76 - 291 mg/dl ค่าเฉลี่ย 151.60 ± 66.21 mg/dl เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับไขมัน Triglyceride ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.344$) และเมื่อเปรียบเทียบระดับไขมัน Triglyceride ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.411$ และ 0.716 ตามลำดับ) (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 ระดับไขมัน Triglyceride

ข้อมูลทางคลินิก	ระดับไขมัน Triglyceride (mg/dl)		p-value
	ก่อนเข้าร่วมโครงการ	หลังเข้าร่วมโครงการ	
กลุ่มทดลอง (n = 23)	179.92 ± 87.85	151.60 ± 66.21	0.344
กลุ่มควบคุม (n = 26)	161.30 ± 73.98	158.85 ± 83.30	0.816
p-value	0.411	0.716	

การควบคุมระดับไขมัน Triglyceride ของกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ทั้งสิ้น 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.85 และภายหลังสิ้นสุดโครงการมีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้เพิ่มขึ้นเป็น 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.69 เมื่อทดสอบทางสถิติแล้วพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับไขมัน Triglyceride ได้ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.500)

ส่วนกลุ่มทดลองก่อนเริ่มโครงการ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับไขมัน Triglyceride ได้ทั้งสิ้น 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.62 และภายหลังสิ้นสุดโครงการพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้เพิ่มขึ้นเป็น 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.17 เมื่อวิเคราะห์สถิติแล้วพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.277)

เปรียบเทียบการควบคุมระดับไขมัน Triglyceride ของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโครงการ ไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.229) และภายหลังสิ้นสุดโครงการ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.460) (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับไขมัน Triglyceride ได้

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับไขมัน Triglyceride ได้				p-value
	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
กลุ่มทดลอง (n = 23)	9	34.62	12	52.17	0.277
กลุ่มควบคุม (n = 26)	14	53.85	15	57.69	0.500
p-value	0.229		0.460		

2.4.3 ระดับไขมัน LDL

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีระดับไขมัน LDL ก่อนเข้าร่วมโครงการ อยู่ในช่วง 45 – 216 mg/dl ค่าเฉลี่ย 89.56 ± 33.26 mg/dl และ หลังจากครบกำหนด 6 เดือนอยู่ในช่วง 36 – 173 mg/dl ค่าเฉลี่ย 84.65 ± 35.25 mg/dl เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับไขมัน LDL ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.487)

ส่วนกลุ่มทดลองมีระดับไขมัน LDL ก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในช่วง 46 – 156 mg/dl ค่าเฉลี่ย 87.00 ± 27.79 mg/dl และระดับไขมัน LDL ณ วันที่สิ้นสุดการไปรับยาต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่ในช่วง 52 – 144 mg/dl ค่าเฉลี่ย 87.27 ± 26.40 mg/dl ซึ่งเมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับไขมัน LDL ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.692) และเมื่อเปรียบเทียบระดับไขมัน LDL ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.766 และ 0.753 ตามลำดับ) (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 ระดับไขมัน LDL

ข้อมูลทางคลินิก	ระดับไขมัน LDL (mg/dl)		p-value
	ก่อนเข้าร่วมโครงการ	หลังเข้าร่วมโครงการ	
กลุ่มทดลอง (n = 23)	87.00 ± 27.79	87.27 ± 26.40	0.692
กลุ่มควบคุม (n = 25)	89.56 ± 33.26	84.65 ± 35.25	0.487
p-value	0.766	0.753	

การควบคุมระดับไขมัน LDL ของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มควบคุมก่อนเข้าโครงการมีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ทั้งสิ้น 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.00 และภายหลังสิ้นสุดโครงการมีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้เพิ่มขึ้นเป็น 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.00 เมื่อทดสอบสถิติแล้วพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.500)

ส่วนกลุ่มทดลองก่อนเริ่มโครงการ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ทั้งสิ้น 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.26 ภายหลังสิ้นสุดโครงการพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.57 เมื่อทดสอบสถิติแล้วพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับไขมัน LDL ได้ก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.369)

เมื่อเปรียบเทียบการควบคุมระดับไขมัน LDL ของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโครงการพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.435$) และภายหลังสิ้นสุดโครงการพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.430$) (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับไขมัน LDL ได้

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับไขมัน LDL ได้				p-value
	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
กลุ่มทดลอง (n = 23)	18	78.26	16	69.57	0.369
กลุ่มควบคุม (n = 25)	18	72.00	19	76.00	0.500
p-value	0.435		0.430		

2.4.4 ระดับไขมัน HDL

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีระดับไขมัน HDL ก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในช่วง 28 – 69 mg/dl ค่าเฉลี่ย 45.19 ± 9.66 mg/dl และ หลังจากครบกำหนด 6 เดือนอยู่ในช่วง 27 – 75 mg/dl ค่าเฉลี่ย 45.70 ± 10.90 mg/dl เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับไขมัน HDL ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.558$)

ส่วนกลุ่มทดลองมีระดับไขมัน HDL ก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในช่วง 25 – 67 mg/dl ค่าเฉลี่ย 46.72 ± 10.24 mg/dl และวันที่สิ้นสุดการไปรับยาต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่ในช่วง 27 – 59 mg/dl ค่าเฉลี่ย 42.97 ± 8.36 mg/dl เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับไขมัน HDL ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.031$) โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับไขมัน HDL ณ วันที่กลับมารับการตรวจที่คลินิกเบาหวานมีค่าลดลง และเมื่อเปรียบเทียบระดับไขมัน HDL ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.580$ และ 0.289 ตามลำดับ) (ตารางที่ 18)

ตารางที่ 18 ระดับไขมัน HDL

ข้อมูลทางคลินิก	ระดับไขมัน HDL (mg/dl)		p-value
	ก่อนเข้าร่วมโครงการ	หลังเข้าร่วมโครงการ	
กลุ่มทดลอง (n = 23)	46.72 ± 10.24	42.97 ± 8.36	0.031
กลุ่มควบคุม (n = 26)	45.19 ± 9.66	45.70 ± 10.90	0.558
p-value	0.580	0.289	

การควบคุมระดับไขมัน HDL ของกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโครงการมีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ทั้งสิ้น 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.91 และภายหลังสิ้นสุดโครงการมีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้เพิ่มขึ้นเป็น 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.08 เมื่อทดสอบสถิติแล้วพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับไขมัน HDL อยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.382)

ส่วนกลุ่มทดลองก่อนเริ่มโครงการพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับไขมัน HDL ได้ทั้งสิ้น 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.38 และภายหลังสิ้นสุดโครงการพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.87 ซึ่งเมื่อทดสอบสถิติแล้วพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับไขมัน HDL อยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการของไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.265)

เมื่อเปรียบเทียบการควบคุมระดับไขมัน HDL ของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับไขมัน HDL อยู่ในเกณฑ์ปกติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโครงการ ไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.370) และภายหลังสิ้นสุดโครงการพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับไขมัน HDL อยู่ในเกณฑ์ปกติของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.273) (ตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับไขมัน HDL ได้

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับไขมัน HDL ได้				p-value
	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
กลุ่มทดลอง (n = 23)	17	65.38	14	60.87	0.265
กลุ่มควบคุม (n = 26)	17	79.91	19	73.08	0.382
p-value	0.370		0.273		

3. การเปรียบเทียบการรับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธารามและที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เฉพาะผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

จากการสอบถามผู้ป่วยกลุ่มทดลองจำนวน 46 ราย พบว่าผู้ป่วยไม่เคยไปใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมาก่อน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.50 เคยใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมาก่อน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.50 โดยเหตุผลส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการมากที่สุดคือ เนื่องจากแพทย์พยาบาลแนะนำ คิดเป็นร้อยละ 93.50 (ตารางที่ 20)

ตารางที่ 20 การใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

การให้บริการอนามัย	จำนวน (n = 46)	ร้อยละ
การให้บริการ		
เคย	20	43.50
ไม่เคย	26	56.50
เหตุผลที่เข้าโครงการ		
แพทย์ พยาบาลแนะนำ	43	93.50
แพทย์ พยาบาล และ ผู้ป่วย / ญาติแนะนำ	1	2.20
เภสัชกรแนะนำ	1	2.20
ผู้ป่วย / ญาติแนะนำ	1	2.20

การศึกษาครั้งนี้ได้มีการสอบถามข้อมูลจากผู้รับบริการในด้านระยะเวลาในการรับบริการ และค่าใช้จ่ายในการรับบริการของสถานบริการทั้ง 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลโพธาราม และศูนย์สุขภาพชุมชนที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ ข้อมูลที่ได้เป็นดังนี้

3.1 การรับบริการที่โรงพยาบาลโพธาราม

ผู้ป่วยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายในการรับบริการที่โรงพยาบาลโพธาราม 51 – 200 บาทต่อครั้ง เฉลี่ย 239.78 ± 143.32 คิดเป็นร้อยละ 47.80 ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการรับบริการ 6.10 – 7.00 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 41.30 เวลาเฉลี่ยในการรับบริการที่โรงพยาบาล คือ 6.89 ± 1.02 ชั่วโมง การไปรับบริการที่โรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ขาดงานและไม่สูญเสียรายได้ จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.50 แต่มีผู้ป่วยที่ขาดงาน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.50 ซึ่งส่วนใหญ่สูญเสียรายได้ 101 – 200 บาทต่อครั้งที่มารับบริการ คิดเป็นร้อยละ 26.10 (ตารางที่ 21)

ตารางที่ 21 การรับบริการที่โรงพยาบาลโพธาราม

การรับบริการที่โรงพยาบาล	จำนวน (n = 46)	ร้อยละ
ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ : บาท		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50	3	6.50
51 – 200	22	47.80
201 – 350	13	28.30
351 – 500	7	15.20
501 – 650	-	-
ตั้งแต่ 651 ขึ้นไป	1	2.20
เวลาในการรับบริการ : ชั่วโมง		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5	4	8.70
5.10 – 6.00	11	23.90
6.10 – 7.00	19	41.30
7.10 – 8.00	10	21.70
8.10 – 9.00	1	2.20
ตั้งแต่ 9.10 ขึ้นไป	1	2.20
การขาดงาน		
ไม่ขาด	26	56.50
ขาด	20	43.50
สูญเสียรายได้		
ไม่สูญเสียรายได้	26	56.50
สูญเสียรายได้ : บาท / ครั้งที่มารับบริการ		
1 – 100	4	8.70
101 – 200	12	26.10
201 – 300	2	4.30
301 – 400	2	4.30

3.2 การรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายในการรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 – 100 บาทต่อครั้ง เฉลี่ย $76.74 \pm SD 93.29$ บาท คิดเป็นร้อยละ 69.60 ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการรับบริการ 3.10 – 5.00 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 71.70 เวลาเฉลี่ยในการรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน คือ 3.87 ± 1.21 ชั่วโมง การไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องขาดงานและไม่สูญเสียรายได้ 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.60 แต่มีผู้ป่วยที่ขาดงาน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.40 ซึ่งส่วนใหญ่สูญเสียรายได้ 101 – 200 บาทต่อครั้งที่มารับบริการ คิดเป็นร้อยละ 13.00 โดยค่าเฉลี่ยในการสูญเสียรายได้ คือ 35.87 ± 81.88 บาท (ตารางที่ 22)

ตารางที่ 22 การรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

การรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน	จำนวน (n = 46)	ร้อยละ
ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ : บาท		
ไม่เสียค่าใช้จ่าย	5	10.90
1 – 100	32	69.60
101 – 200	4	8.70
201 – 300	4	8.70
301 – 400	1	2.20
เวลาในการรับบริการ : ชั่วโมง		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1	3	6.50
1.10 – 3.00	9	19.60
3.10 – 5.00	33	71.70
ตั้งแต่ 5.10 ขึ้นไป	1	2.20
การขาดงาน		
ไม่ขาด	38	82.60
ขาด	8	17.40
สูญเสียรายได้		
ไม่สูญเสียรายได้	38	82.60
สูญเสียรายได้ : บาท / ครั้งที่มาใช้บริการ		
101 – 200	6	13.00
201 – 300	2	4.30

4. ผลการให้บริบาลเภสัชกรรมที่หน่วยบริการเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน

จากการศึกษาพบว่านอกจากเภสัชกรจะติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการแล้ว เภสัชกรยังได้ใช้หลักการบริบาลทางเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา ในการศึกษาครั้งนี้เภสัชกรสามารถค้นพบปัญหาในผู้ป่วยได้จำนวนทั้งสิ้น 52 ปัญหา แบ่งเป็น

1. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Medical problem) พบ 30 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 57.69 สามารถแยกประเภทเป็น

1.1 ปัญหาสุขภาพทางกาย 26 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 50.00 แบ่งเป็น ปัญหาการรับประทานอาหาร 23 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 44.23 ซึ่งเป็นปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ปัญหาอื่น ๆ 3 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 5.77 ได้แก่ การเวียนศีรษะในช่วงเวลาเช้าหรือเวลาที่เปลี่ยนท่า

1.2 ปัญหาทางด้านจิตใจ 4 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 7.69 ได้แก่การนอนไม่หลับ ภาวะเครียด

การแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยที่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนี้ เภสัชกรได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวกับผู้ป่วยเพื่อลดปัญหาดังกล่าว

2. ปัญหาที่เนื่องมาจากยา (Drug related problem) พบ 22 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 42.31 จำแนกได้เป็น

2.1 ปัญหาจากอาการไม่พึงประสงค์ (Adverse drug reaction) 3 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 5.77 ได้แก่ ภาวะ Hypoglycemia 2 ปัญหา และปัญหาอาการใจสั่นจากการรับประทานยาวิตามินบีรวม (Vitamin B complex) 1 ปัญหา

2.2 ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย (Non compliance) 16 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 31.00 ซึ่งส่วนใหญ่พบการไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง การรับประทานยาผิดวิธีและผู้ป่วยไม่ยอมเพิ่มขนาดการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง

2.3 ปัญหาแพทย์สั่งยาผิดจำนวน ลืมสั่งยา สั่งยาผิดวิธี (Untreated indication) 3 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 5.77 ได้แก่ แพทย์ลืมสั่งยา แพทย์สั่งยาผิดจำนวน แพทย์สั่งยาผิดวิธีใช้ (ตารางที่ 23)

นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในโครงการ แต่จากการที่เภสัชกรไปให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแล้วพบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์ได้ถูกส่งตัวกลับมารับบริการที่คลินิกของโรงพยาบาล เป็นจำนวน 25 ราย (ตารางที่ 23)

ตารางที่ 23 ปัญหาที่เภสัชกรค้นพบในการดูแลผู้ป่วยและแนวทางการแก้ไขปัญหาของเภสัชกร

ลำดับ	ปัญหา	Type of Problem	อาการหรือปัญหาที่พบ	การแก้ไข
1	รับประทานยาผิด 6 ปัญหา	Medical problem with DRP (too low dose of correct drug)	- รับประทานยาผิดวิธี - แพทย์เพิ่ม dose แต่ผู้ป่วยกลัวเลยไม่กล้าเพิ่มยาตามแพทย์สั่ง	- อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการทานยา และผลที่ตามมาหากไม่ควบคุมโรค - ทบทวนการทานยาให้กับผู้ป่วย - แนะนำให้แบ่งยาไว้ที่ทำงานบางส่วน - อธิบายถึงหลักการปรับยาของแพทย์ให้ผู้ป่วยเข้าใจ และแจ้งให้เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา
2	ไม่ได้รับประทานยา 10 ปัญหา	Medical problem with DRP (non compliance)	- ลืมรับประทานยา - ขาดยา - ไม่รับประทานยา	- อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการทานยา และผลที่ตามมาหากไม่ควบคุม - ระบุวันนัดกับผู้ป่วย และหากยาหมดก่อนให้มารับที่อนามัยและแจ้งว่าเป็นยาเดิม
3	เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา 3 ปัญหา	Medical problem with DRP (Adverse drug reaction)	- เกิดภาวะ Hypoglycemia (2) - รับประทาน Bco แล้วใจสั่น (1)	- แนะนำเรื่องอาหารและการรับประทานยา เนื่องจากผู้ป่วยทานอาหารไม่เป็นเวลา - แนะนำการปฏิบัติตนเมื่อเกิดภาวะ Hypoglycemia - แจ้งแพทย์เปลี่ยนยา
4	แพทย์ไม่ได้สั่งยาหรือสั่งยาผิด จำนวน 3 ปัญหา	Medical problem with DRP (Untreated indication)	- แพทย์ลืมสั่งยา - สั่งยาผิดจำนวน - แพทย์สั่งยาผิดวิธีใช้	- แจ้งแพทย์เนื่องจากผู้ป่วยมียาเดิมครั้งที่แล้ว แพทย์ไม่ได้ย้อนกลับไปดูประวัติเดิม - แก้ไขให้เพียงพอกับวันนัด - แจ้งแพทย์ให้ปรับวิธีใช้ตามใบส่งตัว

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ลำดับ	ปัญหา	Type of Problem	อาการหรือปัญหาที่พบ	การแก้ไข
5	ผลจากอาหาร 23 ปัญหา	Medical problem	-ผู้ป่วยไม่ควบคุมอาหาร -รับประทานเค็ม	-อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะน้ำตาลที่สูง เน้นให้ควบคุมเครื่องดื่ม -แนะนำเรื่องอาหาร แนะนำงดแอลกอฮอล์และอธิบายถึงผลของแอลกอฮอล์ -แนะนำการปฏิบัติตน
6	ผลทางด้านจิตใจ 4 ปัญหา	Medical problem	-นอนไม่หลับ เครียด	-แจ้งแพทย์เพิ่มยานอนหลับให้กับผู้ป่วย -แนะนำให้ทำจิตใจให้สบาย และแจ้งถึงผลกระทบจากภาวะเครียด การปฏิบัติตน
7	อื่น ๆ 3 ปัญหา	Medical problem	- เวียนศีรษะ	- แนะนำให้เปลี่ยนท่าช้า ๆ หรือรับประทานยาแก้เวียนศีรษะ

5. ความพึงพอใจของผู้ป่วย และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มทดลองซึ่งไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ผลการศึกษาเป็นดังนี้

5.1 ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 46 ราย (ร้อยละ 95.83) โดยผู้ป่วยจำนวน 2 รายไม่ได้ตอบแบบสอบถามเนื่องจากในเดือนที่ 5 ผู้ป่วยเหลือยาเพียงพอที่จะกลับไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทำให้ไม่ได้ไปรับยาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

ผู้รับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีความพึงพอใจต่อการให้บริการในภาพรวมของศูนย์สุขภาพชุมชนในระดับปานกลางถึงมากที่สุด โดยกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการร้อยละ 54.30 มีความพึงพอใจมากที่สุด สำหรับความพึงพอใจต่อการให้บริการต่าง ๆ ของศูนย์สุขภาพชุมชนในส่วนของความสะดวกในการรับบริการ ความรวดเร็วในการรับบริการ ความสะดวกในการเดินทาง

การให้บริการของเจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด โดยผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อความสะดวกในการรับบริการระดับมากและมากที่สุดร้อยละ 45.70 ความรวดเร็วในการรับบริการระดับมากและมากที่สุดร้อยละ 39.10 ความสะดวกในการเดินทาง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 69.60 การให้บริการของเจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 47.80 ในส่วนการบริการวัดระดับน้ำตาลในเลือด ความดัน กลุ่มผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด โดยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 50.00 และไม่สามารถประเมินได้ร้อยละ 2.20 การประสานงานกับทางโรงพยาบาล (กรณีมีการส่งต่อผู้ป่วย) ไม่สามารถประเมิน เนื่องจากผู้ป่วยที่ทำแบบสอบถามไม่เคยได้รับการส่งต่อ (ตารางที่ 24)

ตารางที่ 24 ความพึงพอใจต่อการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน n = 46

ความพึงพอใจต่อรูปแบบ บริการที่ได้รับ	มากที่สุด จำนวน (%)	มาก จำนวน (%)	ปาน กลาง จำนวน (%)	น้อย จำนวน (%)	น้อย ที่สุด จำนวน (%)	ประเมิน ไม่ได้ จำนวน (%)
การบริการในภาพรวม	25 (54.30)	17 (37.00)	4 (8.70)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
ความสะดวกในการรับบริการ	21 (45.70)	21 (45.70)	4 (8.70)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
ความรวดเร็วในการรับบริการ	18 (39.10)	18 (39.10)	10 (21.70)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
ความสะดวกในการเดินทาง	32 (69.60)	11 (23.90)	3 (6.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
การให้บริการของเจ้าหน้าที่	22 (47.80)	21 (45.70)	3 (6.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
การบริการวัดระดับน้ำตาลในเลือด / ความดัน	23 (50.00)	20 (43.50)	2 (4.30)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.20)
การประสานงานกับทาง โรงพยาบาล (กรณีมีการส่งต่อผู้ป่วย)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	46 (100.00)

5.1.1 การเปรียบเทียบการรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนกับโรงพยาบาล

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าการรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนดีกว่าการรับบริการที่โรงพยาบาลโพธารามในเรื่องความรวดเร็วในการรับบริการ ความสะดวกในการรับบริการ และความสะดวกในการเดินทางร้อยละ 82.60, 76.10 และ 91.30 ตามลำดับ การให้บริการของเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.90 ให้ความเห็นที่ไม่แตกต่างกัน การบริการที่ได้รับในภาพรวม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นว่าการรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนดีกว่าและไม่มี ความแตกต่างกันร้อยละ 50.00 และ 43.50 ตามลำดับ สำหรับการควบคุมสถานะของโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.90 เห็นว่าการรับบริการจากหน่วยบริการทั้ง 2 แห่งไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยร้อยละ 23.90 เห็นว่าการรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนดีกว่า และ ผู้ป่วยร้อยละ 15.20 เห็นว่าการรับ บริการที่โรงพยาบาลดีกว่า (ตารางที่ 25)

ตารางที่ 25 เปรียบเทียบการรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนกับโรงพยาบาลโพธาราม

เปรียบเทียบการรับบริการ	ศูนย์สุขภาพ ชุมชนดีกว่า	ไม่แตกต่างกัน	โรงพยาบาล ดีกว่า	ประเมินไม่ได้
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
ความรวดเร็วในการรับบริการ	38 (82.60)	6 (13.00)	2 (4.30)	0 (0.00)
ความสะดวกในการรับบริการ	35 (76.10)	9 (19.60)	2 (4.30)	0 (0.00)
ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ	42 (91.30)	2 (4.30)	2 (4.30)	0 (0.00)
การให้บริการของเจ้าหน้าที่	14 (30.40)	28 (60.90)	4 (8.70)	0 (0.00)
การบริการที่ได้รับในภาพรวม	23 (50.00)	20 (43.50)	3 (6.50)	0 (0.00)
การควบคุมสถานะของโรค	11 (23.90)	28 (60.90)	7 (15.20)	0 (0.00)

5.1.2 ความคิดเห็นต่อโครงการและการรับบริการต่อเนื่อง

ภายหลังจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วม โครงการรับยาต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชนครบ 6 เดือนแล้ว ได้สอบถามผู้ป่วยว่าหากสถานะโรคของผู้ป่วยยังคงควบคุมได้และแพทย์ยินดีส่งตัว กลับมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนอีก ผู้ป่วยจะยินดีที่เข้าร่วมโครงการต่อหรือไม่ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 43 ราย (ร้อยละ 93.50) ยินดีเข้าร่วมโครงการต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่ ให้เหตุผล คือ สะดวกในการรับบริการ (ร้อยละ 50.82) และเดินทางสะดวก (ร้อยละ 34.55) แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 6.50) ไม่ยินดีเข้าร่วม โครงการต่อเนื่อง โดยให้เหตุผลว่า ต้องหยุดงานทุกเดือน (ร้อยละ 2.17) ระยะทางโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชน ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ

ละ 2.17) เคยประสบปัญหาจำนวนยาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนไม่เพียงพอต่อการจ่าย ทำให้ต้องนัดมารับยาดังกล่าวอีกครั้งทำให้สับสน (ร้อยละ 2.17) (ตารางที่ 26)

เมื่อสอบถามเกี่ยวกับการแนะนำผู้ป่วยอื่นให้เข้าร่วมโครงการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 63.00) เห็นว่าจะแนะนำผู้ป่วยอื่นให้เข้าร่วมโครงการ โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าการรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีความสะดวกจำนวน 22 ราย (ร้อยละ 39.60) การให้บริการที่รวดเร็วจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 10.80) การเดินทางสะดวกจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 9.00) สามารถเดินทางไปรับบริการเพียงลำพังได้ และสะดวกกว่าไปโรงพยาบาล จำนวนอย่างละ 1 ราย (ร้อยละ 1.80) (ตารางที่ 26) ส่วนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 17 ราย (ร้อยละ 37.00) คิดว่าจะไม่แนะนำผู้ป่วยอื่นให้เข้าร่วมโครงการ โดยให้เหตุผลว่า การรับบริการต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้นอยู่กับ การส่งตัวและความเห็นของแพทย์ประกอบจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 11.10) เหตุผลอื่น ๆ คือ ไม่รู้จักผู้ป่วยรายอื่นจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 9.25) ไม่สามารถอธิบายระบบให้ผู้อื่นเข้าใจได้จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 5.55) ผู้ป่วยที่ตนเองรู้จักไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่แล้วจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 3.70) ไม่มีผู้ป่วยอื่นที่อาศัยอยู่ในละแวกใกล้เคียงจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 3.70) ผู้ป่วยที่คาดว่าจะแนะนำให้เข้าร่วมโครงการยังควบคุมภาวะโรคไม่ได้จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.85) และไม่ต้องการแนะนำผู้ป่วยอื่น 1 ราย (ร้อยละ 1.85)

ตารางที่ 26 ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อโครงการ

ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อโครงการ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่อยากเข้าร่วมโครงการต่อไป	3	6.50
เนื่องจาก		
ต้องหยุดงานทุกเดือน	1	2.17
ระยะทางระหว่างโรงพยาบาลกับศูนย์สุขภาพชุมชนไม่ต่างกัน	1	2.17
จำนวนยาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนไม่พอต้องมารับอีกครั้ง	1	2.17
อยากเข้าร่วมโครงการต่อไป	43	93.50
เนื่องจาก		
สะดวกในการรับบริการ	25	50.82
เดินทางสะดวก	17	34.55
มารับบริการคนเดียวได้	2	4.07
พฤติกรรมบริการดี	2	4.07

ตารางที่ 26 (ต่อ)

ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อโครงการ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่แนะนำผู้ป่วยอื่น	17	37.00
เนื่องจาก		
ขึ้นอยู่กับความสะดวกของแพทย์	6	11.10
ไม่รู้จักผู้ป่วยรายอื่น	5	9.25
ไม่สามารถอธิบายระบบให้ผู้อื่นเข้าใจได้	3	5.55
มีผู้ป่วยไปรับบริการที่อนามัยหมดแล้ว	2	3.70
ไม่มีผู้ป่วยที่อยู่ในละแวกใกล้เคียง	2	3.70
ผู้ที่แนะนำยังคงควบคุมภาวะโรคไม่ได้	1	1.85
ไม่ต้องการแนะนำ	1	1.85
แนะนำผู้ป่วยอื่น	29	63.00
เนื่องจาก		
สะดวกในการรับบริการ	23	41.40
รวดเร็ว	6	10.80
เดินทางสะดวก	5	9.00
ไปรับบริการคนเดียวได้	1	1.80

หมายเหตุ** ตอบได้มากกว่า 1 เหตุผล

5.2 ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลโพธาราม

การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลโพธาราม พบว่าเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อโครงการในภาพรวม และเห็นว่าโครงการนี้มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย คือ ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลาในการเดินทาง ลดระยะเวลาการรอคอย ลดความเสี่ยงต่างๆในการเดินทาง ส่วนประโยชน์ที่ทางโรงพยาบาลจะได้รับคือ ลดความแออัดของจำนวนผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน ลดความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน

“หากดำเนินโครงการต่อไปมีประโยชน์ต่อคนไข้ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ลดความเสี่ยงอุบัติเหตุ และทำให้บุคลากรที่อนามัยได้แสดงศักยภาพของเขา มากขึ้น”

แต่อย่างไรก็ตามประโยชน์ในการลดภาระของบุคลากรที่ปฏิบัติงานยังเห็นไม่ชัดเจน เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ส่งไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนยังไม่มีจำนวนน้อย และการลดความแออัดของผู้ป่วยจะคาดหวังจากโครงการนี้เพียงอย่างเดียวไม่ได้ โครงการนี้ควรดำเนินการต่อไป แต่สิ่งที่ต้องดำเนินการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการลดความแออัดคือ การปรับปรุงระบบนัดผู้ป่วย รวมถึงการดูแลเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องเข้ามารับบริการก่อนการนัดหมาย

“โครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งในการลดความแออัด หวังจากโครงการอย่างเดียวไม่ได้ ต้องเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลที่ PCU ถ้าจะลดจำนวนผู้ป่วยต้องออก PCU อาทิพย์ละครั้ง จุดประสงค์ลดความแออัดเป็นจุดรองเพราะตามธรรมชาติของโรคแล้วจะมีแนวโน้มเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้นอยู่แล้ว”

ส่วนการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวานคิดว่ามีความเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยที่จะไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจะต้องมีสภาวะโรคคงที่และผ่านการพิจารณาจากแพทย์ก่อนซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นใจให้กับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยได้

“คุณภาพของเจ้าหน้าที่ที่ PCU และ การ Update ความรู้ไม่สามารถควบคุมได้ แต่การคัดเลือก Case จะช่วยลดปัญหาความเสี่ยงตรงนี้ได้”

การดำเนินโครงการพบว่าประสบปัญหาด้านกำลังคน เนื่องจากพยาบาลที่จุดซั๊กประวัติไม่เพียงพอ ทำให้การซั๊กประวัติผู้ป่วยในรายชื่อจะส่งไปยังศูนย์สุขภาพชุมชนยังไม่ครอบคลุม ดังนั้นหากจะดำเนินโครงการต่อไปควรเพิ่มพยาบาลในจุดนี้ เพื่ออธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจและยินยอมไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน รวมถึงเพิ่มศักยภาพของพยาบาลเพื่อให้สามารถประเมินปัญหาเบื้องต้นของผู้ป่วยได้

“พยาบาล Screen น้อย กิจกรรมเยอะ Lab ก็ต้องลอก อยากรู้ให้ Screen 4-5 คน ปัจจุบัน 2 คน ทำให้บางที่ถามไม่ครอบคลุม ความรู้แทบไม่ได้ให้”

การเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาระหว่างหน่วยบริการซึ่งเป็นการส่งต่อเอกสารที่ไม่ได้บันทึกในเวชระเบียน ทำให้การเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาไม่สมบูรณ์ โดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้ข้อเสนอแนะว่า การบันทึกข้อมูลการรักษาควรบันทึกลงในสมุดประจำตัวของผู้ป่วยเบาหวาน โดยอาจบันทึกปัญหาหลัก ๆ ของผู้ป่วย รวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ได้รับทราบเพื่อจะได้อธิบายผู้ป่วยได้ตรงประเด็น

“วิธีแก้คือ Note ลงไปในสมุดประจำตัวผู้ป่วย ว่าตรวจพบอะไร พฤติกรรมการกินเป็นอย่างไร จะได้เชื่อมโยงในการอธิบายคนไข้ต่อ จดในสมุดว่าปัญหาหลัก ๆ ของผู้ป่วยมีอะไรบ้าง”

การนัดผู้ป่วยซึ่งรับบริการต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อกลับมาติดตามอาการเมื่อครบกำหนดระยะเวลา 6 เดือนนั้น แพทย์ประจำคลินิกเบาหวานเห็นว่าระยะเวลาดังกล่าวอาจขยายได้ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่แล้ว ดังนั้นอาจกำหนดให้ผู้ป่วยกลับมาติดตามผลการรักษาที่โรงพยาบาลเพียงปีละ 1 ครั้ง หรือเมื่อพบปัญหาที่น่าจะเพียงพอ

“การนัดผู้ป่วยกลับมาติดตามอาการเมื่อครบกำหนดระยะเวลา 6 เดือนอาจไม่จำเป็น เนื่องจากที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ครอบคลุมอยู่แล้ว ควรให้กลับมาติดตามอาการปีละ 1 ครั้ง หรือพบปัญหา”

นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้เสนอแนะเพื่อพัฒนาโครงการโดยเสนอว่า การติดตามผลการรักษาเมื่อครบกำหนดการรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนควรจัดช่องทางพิเศษสำหรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถรับบริการได้โดยไม่ต้องรอรับบริการนาน และเป็นการเพิ่มความสะดวกในการรับบริการสำหรับผู้ป่วยที่ยินดีไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน นอกจากนี้ควรขยายโครงการสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนอื่นๆที่มีความพร้อมด้วย

5.3 ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีความพึงพอใจต่อโครงการ โดยเห็นว่ารูปแบบดังกล่าวจะเป็นประโยชน์และอำนวยความสะดวกกับผู้ป่วย สามารถลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยในคลินิกเบาหวาน ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยในลักษณะเครือข่ายของโรงพยาบาล ส่วนประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติงานคือ สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทำให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เนื่องจากการให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนทำให้ทราบข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยอย่างละเอียด เพราะว่ามีผู้มารับบริการมีจำนวนไม่มากเท่ากับคลินิกเบาหวาน โดยให้ความเห็นประกอบดังนี้

“ยาเหมือนโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยมีความสะดวก”

“น่าจะลดความแออัดในคลินิกเบาหวานได้ เพราะผู้ป่วยมาตรวจที่อนามัย
80 – 90 คน”

“ผู้ป่วยได้รับความสะดวก เข้าถึงบริการได้ง่าย แล้วก็ลดระยะเวลารอคอยใน
โรงพยาบาล คนไข้ก็ไม่ต้องเดินทาง ไม่ต้องหยุดงาน ไม่ต้องมีคนพามา”

การคัดเลือกผู้ป่วยนั้น เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเห็นว่ามีความเหมาะสม เนื่องจาก
ผู้ป่วยเบาหวานที่จะมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนควรเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยที่
มีภาวะแทรกซ้อนอาจต้องใช้เวลาหรือต้องได้รับการดูแลจากแพทย์เฉพาะทางซึ่งเกินศักยภาพของ
ศูนย์สุขภาพชุมชน แต่อย่างไรก็ตามควรมีการพิจารณาช่วยเหลือผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะที่จะต้อง
ได้รับการส่งต่อตามเกณฑ์แต่ประสบปัญหาเนื่องจากไม่มีเงินค่าเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาล
หรือไม่มีญาติหรือผู้ดูแลพาไปรับบริการที่โรงพยาบาล

“อาจจะมีปัญหาในเรื่องเวลาส่งคนไข้กลับ มันไม่สะดวก เป็นปัญหาซึ่งบาง
คนจำเป็นต้องเข้าโรงพยาบาลแต่มันไม่สะดวก บาง Case มีองค์ประกอบหลายอย่างดู
ตามเกณฑ์อย่างเดียวไม่ได้ เช่น ไม่มีรถไป แต่มันเป็นปัญหาเล็กๆ น้อย ๆ อาจต้องหา
วิธีแก้ไขต่อไป”

นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีความเห็นว่าควรขยายงานไปสู่
ศูนย์สุขภาพชุมชนอื่นๆ เนื่องจากมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย แต่อาจต้องจัดหาแพทย์เพิ่มเติม และเห็นว่า
สามารถลดความแออัดในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลได้

“ถ้าขยายเจ้าหน้าที่เวชกรรมรองรับได้ เพราะเรามีเครือข่ายอยู่แล้ว ถ้าเรา
วางแผนในการจัดการบริหารที่ดี เราคิดว่าก็น่าจะลดความแออัด ไม่ใช่แค่ลดความ
แออัด ยังมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยด้วย”

ส่วนการพัฒนารูปแบบบริการเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเห็นว่าทีม
แพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งต้องเดินทางมาจากโรงพยาบาล และเริ่มปฏิบัติงานประมาณ 9.30 –
10.00 น ทำให้ผู้ป่วยรอคอยนาน ควรมีการปรับปรุงเวลาการเริ่มปฏิบัติงานให้เร็วขึ้น

5.4 ความคิดเห็นของหัวหน้าหน่วยบริการศูนย์สุขภาพชุมชน

จากการศึกษาพบว่าหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 3 แห่งมีความพึงพอใจการให้บริการในภาพรวมของโครงการ โดยหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนบางแห่งเห็นว่าหากโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชนเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการซึ่งต้องการพัฒนาการบริการเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนแล้ว จะทำให้ทุกฝ่ายเห็นถึงความสำคัญและให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน

หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเห็นว่าโครงการนี้มีประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนมาก ทำให้ได้พบและติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างต่อเนื่อง โดยที่ไม่ต้องเสียเวลาในการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละราย และโครงการนี้ยังทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการบริการทุกเดือนทำให้มีความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ส่งผลให้ผู้ป่วยกล้าที่จะปรึกษาปัญหาต่าง ๆ กับเจ้าหน้าที่ ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วยที่เห็นได้ชัดเจน ได้แก่ การเดินทางมารับบริการของผู้ป่วยที่สะดวกขึ้น ไม่ต้องรอรับบริการนาน ส่วนประโยชน์ต่อโรงพยาบาล คือเจ้าหน้าที่ในคลินิกเบาหวานมีเวลาดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางมากขึ้น โดยสรุปคือโครงการในลักษณะนี้เป็นความต้องการของชุมชนและมีประโยชน์มากทั้งต่อผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วย และโรงพยาบาล

“หากไม่มีโครงการนี้ต้องเยี่ยมบ้าน เวลาบ้าง ไม่มีบ้างขาดการติดตามไปบ้าง อย่างนี้เราจะเจอเขาทุกเดือน ทำให้ผู้ป่วยใกล้ชิดเรามากขึ้น เขารู้สึกเป็นคนไข้พิเศษของเรา มีปัญหาแล้วเขากลับเข้ามา เรารู้จักคนไข้ได้ดีขึ้น”

“สร้างความสัมพันธ์เชื่อมโยงแม่ข่าย ลูกข่าย เชื่อมโยงที่คิดต่อกัน ปัญหาคนไข้ขาดยา กินยาไม่ถูกต้องน้อยลง ไม่มีลูกหลานพาไปก็ช่วยเขาได้ ลดปัญหาการ Refer คนไข้ และหน่วยบริการทั้ง 2 แห่งจะรู้ผู้ป่วยเพราะมีใบส่งตัว”

“เป็นความต้องการของชุมชนอยู่แล้ว มีประโยชน์ ประหยัดต้นทุนในการเดินทาง สะดวกในการเดินทาง คนไข้ไม่ต้องไปรอเป็นวัน ๆ กลับบ่าย 3 บ่าย 4 ไม่ต้องเสียค่ารถ อนามัยยินดีช่วยในการประหยัดทั้งเวลา ทั้งเงิน ไม่ต้องเสียคนพาคนไข้ไปอีกคน”

“ได้เห็นผู้ป่วยทุกเดือน ทำให้รู้ภาวะ และเห็นสภาพของผู้ป่วยทุกเดือน ประโยชน์ต่อโรงพยาบาลคือ แพทย์ในคลินิกเบาหวาน รวมถึงเจ้าหน้าที่ในคลินิก

เบาหวานทำงานน้อยลง ทำให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น ไม่ต้องตรวจผู้ป่วยในรายที่ควบคุม
ภาวะโรคได้แพทย์ ควรจะได้ตรวจผู้ป่วยแบบเฉพาะทางมากขึ้น ทำงานได้ดีขึ้น”

ส่วนของการคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะโรคคงมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนนั้นมีความเห็นว่าเป็นเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจะดูแลยาก และมีข้อจำกัดในเรื่องของ
ขอบเขตยาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจะดูแลได้ ความคิดเห็นของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนกรณีผู้ป่วย
นอกเขตพื้นที่ใกล้เคียงที่ป่วยเป็น โรคเรื้อรังจะมาขอใช้บริการ และผลกระทบต่อรายรับรายจ่ายของ
ศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ไม่พบปัญหา

“ไม่มีปัญหา เพราะไม่พบปัญหาหายไม่พอ ขาดยา หากประสงค์มารับยา
ให้แพทย์ส่งตัวมา ยินดีให้บริการ”

“การรับยาในเขตอำเภอโพธารามให้ฟรีหมดอยู่แล้ว ข้อแม้คือต้องไม่ข้าม
อำเภอ ข้ามตำบลได้ ไม่มีปัญหา”

“มีบ้าง ค่าใช้จ่ายอาจลดลง ผู้ป่วยเบาหวานค่าใช้จ่ายสูง แต่ปัจจุบันยังไม่
พบปัญหาขาดทุน อนามัยคิดว่ามีความพร้อม มีรายรับ รายจ่ายที่เพียงพอในการดูแล”

“ไม่มีปัญหา เนื่องจากเราได้ Point จากผู้ป่วย 80 Point ที่มารับบริการใน
ขณะที่อนามัยที่ไม่มีแพทย์มาได้เพียง 50 Point เวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการในวันอื่นๆ
ที่ไม่มีแพทย์ว่าเราก็ได้ Point นี้ ทำให้ค่ายาไปเฉลี่ยกับวันอื่น ซึ่งถ้ามองในภาพรวม
ไม่มีปัญหา”

ขณะที่ศูนย์สุขภาพชุมชนบางแห่งพบปัญหาการขาดทุนงบประมาณด้านยา เนื่องจาก
ผู้ป่วยที่มารับบริการจะต้องใช้จ่ายจากงบประมาณของศูนย์สุขภาพชุมชน และได้เสนอแนวทางการ
แก้ปัญหาว่าโรงพยาบาลควรเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณด้านยา ส่วนกรณีผู้ป่วยนอกเขตพื้นที่
ให้บริการมาขอรับบริการนั้น เห็นว่าศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบผู้ป่วยควรให้การ
สนับสนุนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นด้วย

“ขาดทุน คนไข้เบาหวานค่าใช้จ่ายรายละ 1,000 บาท อนามัยเก็บได้ 80
บาท เมื่อถัวค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ก็ยังขาดทุน เนื่องจากผู้ป่วยน้อย 600 – 700 คนและเป็น

โรคเรื้อรังเยอะ โรคอื่น ๆ น้อยทำให้ถัวเฉลี่ยกันไม่ได้ หากผู้ป่วยเป็น 1,000 ก็คงไม่พบปัญหานี้”

“ผู้ป่วยพื้นที่ใกล้เคียงสามารถให้บริการได้ แต่อนามัยผู้รับผิดชอบโดยตรงในเขตพื้นที่ของผู้ป่วยหรือโรงพยาบาลควรสนับสนุนเรื่องงบ”

ส่วนปัญหาในการดำเนินโครงการพบว่า ประสบปัญหาด้านกำลังคนบ้างแต่สามารถบริหารจัดการได้โดยให้เจ้าหน้าที่อาสาสมัครชุมชนช่วยดำเนินการในส่วนที่ไม่ต้องอาศัยความชำนาญ เช่น การวัดความดันโลหิต ส่วนเรื่องอื่นๆ ที่ต้องใช้ความชำนาญเฉพาะก็จะให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบโดยตรงเป็นผู้ดำเนินการ

นอกจากนี้หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งหมดเห็นว่าโครงการนี้ควรดำเนินการต่อไป และควรขยายสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนอื่นๆ ที่มีความพร้อมและมีศักยภาพรองรับการดูแลผู้ป่วยได้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการติดตามและการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (ยศกร เนตรแสงทิพย์ 2551 : 709-715) ในขณะที่ทรัพยากร โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ของ โรงพยาบาลมีจำกัด เกิดความไม่สมดุลระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ ผู้ป่วยมีระยะเวลารอคอยเพื่อรับการตรวจรักษานานขณะที่แพทย์มีระยะเวลาจำกัดในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ภายหลังจากการตรวจรักษา ผู้ป่วยบางส่วนที่ควบคุมสถานะทางคลินิกได้จะได้รับการยาคินเดิมมารับประทานต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเบื่อบ่อยในการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การควบคุมอาการของโรคของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ผลไม่เป็นไปตามแผนการรักษา ดังนั้นการพัฒนา รูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน ในลักษณะเครือข่ายบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาล โดยการกำหนด แนวทางการดูแลผู้ป่วยและเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการจึงเป็นทางเลือกหนึ่งเพื่ออำนวยความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้ป่วยโดยยังคงไปซึ่งคุณภาพบริการ

ผู้ป่วยที่เข้าร่วม โครงการครั้งนี้เป็นผู้ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นสิทธิที่ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทย (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2550) และมีสถานะทางคลินิกตามเกณฑ์ที่กำหนดรวมถึงได้รับความยินยอมจากแพทย์ที่ทำการรักษา ก่อนเข้าร่วมโครงการเพื่อสร้างความมั่นใจและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโครงการเพื่อไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวนยังไม่มากนัก ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยบางส่วนไม่มารับบริการตามนัดในช่วงเวลาที่กำหนดไว้สำหรับคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ รวมทั้งเจ้าหน้าที่พยาบาลซึ่งทำหน้าที่ซักประวัติและอธิบายผู้ป่วยให้เข้าร่วมโครงการมีจำนวนไม่เพียงพอ ทำให้ไม่มีเวลาในการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจรูปแบบบริการ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุทำให้ต้องใช้เวลาในการอธิบายเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการรับบริการในโครงการ ในการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นเหตุผลหลักที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ในการตัดสินใจเพื่อเข้าร่วมโครงการ แสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ยังคงเป็นสิ่งสำคัญทางด้านสาธารณสุขสำหรับการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย (ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ และ วิชัย สันติ

มาลีวรกุล 2549) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายไม่กล้าตัดสินใจในการเลือกใช้บริการเอง ต้องกลับไปถามญาติหรือผู้ดูแลก่อน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าไม่เพียงผู้ป่วยเท่านั้นที่มีส่วนในการตัดสินใจเข้ารับบริการแต่ญาติหรือผู้ดูแลก็มีส่วนสำคัญในการตัดสินใจเลือกรับบริการด้วยเช่นกัน

ปัจจัยที่สำคัญต่อการเข้าร่วมโครงการอีกประการหนึ่งโดยเฉพาะกลุ่มทดลองซึ่งต้องไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนคือ ปัจจัยด้านทำเลที่ตั้งของหน่วยบริการศูนย์สุขภาพชุมชน จากการศึกษาพบว่าเมื่อผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ โดยผู้ป่วยที่ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าไม่สะดวกเดินทางไปรับบริการเนื่องจากศูนย์สุขภาพชุมชนไม่มีรถประจำทางผ่านทำให้ไม่สามารถไปรับบริการได้ ดังนั้นที่ตั้งของหน่วยบริการก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลในการตัดสินใจเข้ารับบริการของผู้ป่วย (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ วีระศักดิ์ พุทธาศรี 2551) นอกจากนี้ยังขึ้นกับจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนด้วยเพราะหากพื้นที่ดังกล่าวมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานน้อย โอกาสที่ผู้ป่วยจะเข้าร่วมโครงการย่อมมีจำนวนน้อยตามไปด้วย ดังนั้นหากมีการดำเนินโครงการในลักษณะเช่นนี้ในอนาคตควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้รับบริการทราบ และมีการติดตามผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมโครงการได้แต่ไม่มารับบริการตามนัด นอกจากนี้ควรเพิ่มพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ณ จุดซักประวัติ เพื่อให้ข้อมูลในการเข้ารับบริการและซักชวนผู้ป่วยใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองซึ่งในช่วงแรกมีจำนวนทั้งสิ้น 60 ราย แต่มีผู้ป่วยที่ไปใช้บริการรับยาต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและมีข้อมูลครบถ้วนจำนวนเพียง 48 ราย โดยเหตุผลที่ผู้ป่วยออกจากการศึกษาเนื่องจาก ผู้ป่วยบางส่วนไม่สะดวกกลางนมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนทุกเดือนจากเดิมที่แพทย์นัดรับบริการที่โรงพยาบาลทุก 3 เดือน แสดงให้เห็นว่าความถี่ในการเข้ารับบริการมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐฉิญา คำผลและคณะว่าพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยทั่วไปคำนึงถึงความสะดวกในการเลือกใช้บริการสาธารณสุข (2544 : 74 - 93) ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถมารับบริการคนเดียวได้ต้องมีญาติพามาบริการ หากญาติไม่สะดวกพามาบริการก็เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้จะพบปัญหาทั้งการรับบริการที่โรงพยาบาลและที่ศูนย์สุขภาพชุมชน นอกจากนี้ยังพบปัญหาจากระบบการจัดการของโครงการเอง เนื่องจากการทดลองที่เริ่มดำเนินการใหม่ เจ้าหน้าที่บางส่วนยังไม่เข้าใจในระบบการทำงานทำให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องลืมนัดผู้ป่วยเพื่อให้ไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยบางส่วนยังไม่เข้าใจระบบการรักษาในลักษณะเครือข่ายซึ่งเป็นประเด็นสำคัญของการศึกษารั้งนี้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้บริการของ

ผู้ป่วย ดังนั้นการประชาสัมพันธ์ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการให้บริการจึงเป็นสิ่งสำคัญ

อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกันคือ อายุเฉลี่ย 61.42 ± 10.42 ปี ในกลุ่มทดลอง และ 60.24 ± 9.40 ปีในกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งมักจะพบในกลุ่มผู้สูงอายุ (อังกฤษ ภาวสุทธิพิสิฐ และคณะ 2552 : 28 - 42) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ นอกจากจะเป็นโรคเบาหวานแล้วจะพบโรคร่วมต่าง ๆ ด้วย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง (นิลนาก เจ๊ะยอ และ อนุชิต วังทอง 2552 : 9 - 16)

การศึกษาผลทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานครั้งนี้ใช้ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ร่วมกับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ซึ่งเป็นที่นิยมสำหรับการเฝ้าระวังภาวะของโรคเบาหวาน (William A. Alto et al 2002 : 1 - 6) เนื่องจากค่าระดับ HbA1c จะสามารถบ่งชี้ได้ว่าผู้ป่วยมีการควบคุมระดับน้ำตาลตลอดช่วงเวลาระหว่างนัดพบแพทย์ได้ดีเพียงใด หรือผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลเฉพาะในช่วงเวลาที่ใกล้จะมารับการตรวจเท่านั้น (สารัช สุนทรโยธิน และ วิทยา ศรีดามา 2545) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ความดันโลหิต Diastolic ระดับไขมัน Cholesterol, Triglyceride และ LDL ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน แต่ระดับความดันโลหิต Systolic และ HDL มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001, 0.031$ ตามลำดับ) โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต Systolic และ HDL หลังเข้าร่วมโครงการมีแนวโน้มลดลง ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมพบว่า มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ความดันโลหิต Systolic ระดับไขมัน Cholesterol, Triglyceride, LDL และ HDL ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน แต่ระดับความดันโลหิต Diastolic มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$) โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต Diastolic หลังเข้าร่วมโครงการมีแนวโน้มลดลง และเมื่อเปรียบเทียบผลทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าผลทางห้องปฏิบัติการทั้งหมดก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันโดยนัยสถิติ แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีประสิทธิผลไม่ต่างจากบริการของโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของตัวผู้ป่วยเองที่เห็นว่าการควบคุมสภาวะของโรคของตนไม่แตกต่างกันระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนกับโรงพยาบาล

เมื่อจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม โดยพิจารณาจากการควบคุมภาวะของโรคตามเกณฑ์ทางคลินิก พบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดขณะอด

อาหาร (FBS) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ระดับไขมันในเลือด Cholesterol, Triglyceride, LDL และ HDL อยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการไม่แตกต่างกัน ($p = 0.500, 0.266, 0.318, 0.500, 0.500, 0.500, 0.500$ และ 0.382 ตามลำดับ) ส่วนผู้ป่วยกลุ่มทดลองพบว่ามีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ควบคุมภาวะระดับความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ระดับไขมันในเลือด Cholesterol, Triglyceride, LDL และ HDL อยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการไม่แตกต่างกันเช่นเดียวกัน ($p = 0.131, 0.120, 0.500, 0.277, 0.369$ และ 0.265 ตามลำดับ) แต่อย่างไรก็ตามจำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) อยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อครบกำหนด 6 เดือนของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.031$) โดยก่อนเริ่มโครงการมีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารได้จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.67 และภายหลังสิ้นสุดโครงการมีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารได้เพิ่มขึ้นเป็น 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.42 และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมภาวะโรคระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนเริ่มโครงการจำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ระดับไขมันในเลือด Cholesterol, Triglyceride, LDL และ ระดับ HDL อยู่ในเกณฑ์ปกติของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p = 0.161, 0.534, 0.466, 0.571, 0.229, 0.435$ และ 0.370 ตามลำดับ) ในขณะที่จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ก่อนเริ่มโครงการของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.016$) ส่วนจำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมภาวะโรคอยู่ในเกณฑ์ปกติภายหลังสิ้นสุดโครงการของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

จากผลการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าการควบคุมสภาวะโรคเมื่อพิจารณาจากค่าทางห้องปฏิบัติการส่วนใหญ่ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลโพธารามไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของระพีพรรณ และคณะที่ศึกษาเปรียบเทียบการให้บริการปฐมภูมิระหว่างร้านยาเอกชนกับหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่าไม่แตกต่างกันเช่นเดียวกัน (2549 : 40) แต่เมื่อพิจารณาแนวโน้มของผลทางห้องปฏิบัติการ พบว่าการดูแลผู้ป่วยที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีแนวโน้มการรักษาที่ดีกว่าทั้งนี้อาจเกิดจากการให้คำปรึกษาแนะนำโดยเภสัชกรที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุกเดือน สอดคล้องกับการศึกษาของวัลลา ตันนโยทัยที่พบว่าภายหลังการให้คำแนะนำปรึกษาการใช้ยาและการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยเบาหวานจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค การรักษา การดูแลตนเองและการใช้ยาเพิ่มขึ้น (วัลลา ตันนโยทัย

2525) แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามีจำนวนน้อยอาจไม่มากพอ ทำให้ผลการศึกษาคงเหลือผู้ป่วยของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาการควบคุมสถานะโรคจากระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองซึ่งไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีจำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ได้แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีผลการรักษาที่ดีขึ้นกว่าการรับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลโพธาราม การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะทางคลินิกซึ่งโดยอนุญาตให้ผู้ป่วยไปรับบริการที่สถานพยาบาลใกล้บ้านอย่างต่อเนื่องและมารับบริการที่โรงพยาบาลประจำเมื่อครบระยะเวลาที่กำหนดหรือเมื่อต้องส่งต่อผู้ป่วยตามเกณฑ์การส่งต่อนั้น ผลการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลประจำ (ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ และ วิชัย สันติมาลีวรกุล 2549 : 40)

การให้บริบาลเภสัชกรรมที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในการศึกษาคั้งนี้ นอกจากเภสัชกรจะติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยที่เข้าโครงการแล้ว เภสัชกรยังได้ใช้หลักการบริบาลทางเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา ในการศึกษาคั้งนี้ เภสัชกรสามารถค้นพบปัญหาในผู้ป่วยได้ทั้งสิ้น 52 ปัญหา แบ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Medical problem) พบ 30 ปัญหา ซึ่งเภสัชกรได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวกับผู้ป่วยเพื่อลดปัญหาดังกล่าว ส่วนปัญหาที่เนื่องมาจากยา (Drug related problem) นั้นพบจำนวนทั้งสิ้น 22 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 42.31 โดยพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีอาการใจสั่นจากการรับประทานยาวิตามินบีรวม (Vitamin B complex) เภสัชกรได้แก้ไขโดยแจ้งแพทย์ให้ปรับเปลี่ยนยาให้กับผู้ป่วยและบันทึกประวัติการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในเวชระเบียนให้กับผู้ป่วย การศึกษาคั้งนี้พบผู้ป่วยเกิดภาวะ Hypoglycemia จำนวน 2 ราย ซึ่งเมื่อซักประวัติแล้วพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับประทานอาหารอย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะเมื่อเช้า เนื่องจากต้องออกไปทำงาน แต่ยังคงรับประทานยาตามระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาดังกล่าว ปัญหาลักษณะเช่นนี้สามารถพบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน แนวทางการแก้ปัญหา ดังกล่าว เภสัชกรได้แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอย่างสม่ำเสมอครบทุกมื้อ โดยอาจจัดเตรียมอาหารไปรับประทานที่ทำงานและพกกลูคโอมน้ำตาลติดตัวไว้เพื่อป้องกันภาวะดังกล่าว นอกจากนี้ยังพบปัญหาการลืมรับประทานยาของผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะพบปัญหากับรายการยาที่ต้องรับประทาน ตอนเช้าและตอนกลางวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งรายการที่ต้องรับประทานก่อนอาหารเช้า ซึ่งผู้ป่วยให้เหตุผลว่าไม่ได้นำยาติดตัวไปรับประทานที่ทำงาน เภสัชกรได้แก้ไขปัญหาโดยแนะนำให้ผู้ป่วยแบ่ง

ยาไว้ที่ทำงานด้วยและอธิบายถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหากไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยบางรายไม่รับประทานยาที่ต้องรับประทานตอนกลางวันเนื่องจากเข้าใจว่าไม่ได้รับประทานอาหารกลางวันเนื่องจากไม่รู้สึกริว จึงไม่ต้องรับประทานยาดังกล่าวด้วยซึ่งเป็นการเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วย การแก้ไขปัญหาดังกล่าวของเภสัชกรคืออธิบายให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้าเล็กน้อยให้ตรงเวลาอาจไม่ต้องมากหากไม่รู้สึกริวแต่ให้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง นอกจากนี้ยังพบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและการปฏิบัติตามของผู้ป่วย (Non compliance) โดยพบว่าเมื่อแพทย์เพิ่มความถี่ในการรับประทานยาหรือขนาดยา (Dose) เนื่องจากยาเดิมไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ผู้ป่วยยังคงรับประทานในขนาดเดิม เนื่องจากความเชื่อที่ผิดของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาที่แพทย์ปรับเพิ่มให้ โดยผู้ป่วยให้เหตุผลว่าเวลาที่ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำทำให้มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ทำงานไม่ได้ จึงมีความรู้สึกริวแล้ว แต่ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะรู้สึกสบายดี กระปรี้กระเปร่า มีแรงทำงาน ดังนั้นจึงไม่ต้องการกินยาเบาหวานเพิ่มตามที่แพทย์ปรับและพยายามทานอาหารและของหวานมาก ๆ เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง การแก้ไขปัญหของเภสัชกรในผู้ป่วยรายนี้คือ พยายามอธิบายถึง การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในระยะยาวหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งจะแก้ไขได้ยากและมีความรุนแรงมากกว่า รวมทั้งแนะนำผู้ป่วยถึงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำว่าเกิดจากอะไรและแก้ไขอย่างไรหากเกิดขึ้น

เภสัชกรเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย โดยเฉพาะกรณีนี้ที่ผู้ป่วยต้องรับบริการจากหน่วยบริการมากกว่า 1 แห่ง โดยเภสัชกรสามารถช่วยลดความซ้ำซ้อนของยารวมถึงปัญหาความต่อเนื่องของยาที่ผู้ป่วยได้รับ (ธิดา นิงสานนท์, ใน ธิดา นิงสานนท์ ปรีชา มณฑานติกุล และ สุวัฒน์ จุฬาวฒนพทล, บรรณาธิการ 2551:1 -26) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่มีการเชื่อมโยงการรักษาระหว่างโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งต้องมีการส่งต่อข้อมูลการรักษา รวมทั้งการใช้ยาของผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการเช่นกัน ดังนั้นเมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยอาจพบปัญหาความเชื่อมโยงของข้อมูลการรักษาและหากแพทย์ไม่ได้ศึกษาประวัติการรักษาของผู้ป่วยอย่างละเอียดก็อาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการสั่งยาได้ ซึ่งในการศึกษานี้พบ 3 ปัญหาและเภสัชกรได้แจ้งให้แพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยทราบเพื่อแก้ไขให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง จากปัญหาดังต้นจะเห็นได้ว่าเภสัชกรยังมีบทบาทที่สำคัญในการให้การดูแล ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยด้านการใช้ยาและการปฏิบัติตามให้ถูกต้องเหมาะสมกับภาวะโรคของผู้ป่วย (Nash DB.and Koenig JB, 2000)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ 46 ราย (ร้อยละ 95.83) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การเข้าร่วมโครงการครั้งนี้กลุ่มผู้ป่วยให้เหตุผลในการเข้าร่วมโครงการเนื่องจากแพทย์ พยาบาลแนะนำเป็นส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 93.50 จึงแสดงให้เห็นได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญทางด้านสาธารณสุขสำหรับการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยอาจต้องการคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ (ระพีพรรณ ฉลองสุข ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย และ วิชัย สันติมาลีวรกุล 2549 : 40)

การเข้ารับบริการในโรงพยาบาลแต่ละครั้งส่วนใหญ่เสียค่าใช้จ่าย 51 – 200 บาท (ร้อยละ 47.80) ซึ่งสูงกว่าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ส่วนใหญ่เสียค่าใช้จ่าย 1 – 100 บาท (ร้อยละ 69.60) เวลาในการรับบริการส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลคือ 6.10 – 7.00 ชั่วโมง (ร้อยละ 41.30) ใช้เวลามากกว่าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ส่วนใหญ่ใช้เวลา 3.10 – 5.00 ชั่วโมง การขาดงานเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลพบ 20 ราย (ร้อยละ 43.50) ส่วนใหญ่สูญเสียรายได้ 101 – 200 บาทต่อ ครั้งที่มาใช้บริการ ในการเข้ารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ไม่ต้องขาดงาน 38 ราย (ร้อยละ 82.60) ส่วนใหญ่สูญเสียรายได้เท่ากับไปรับบริการที่โรงพยาบาล คือ 101 – 200 บาท / ครั้ง (ร้อยละ 13.00)

การศึกษาความพึงพอใจในการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดเกี่ยวกับการบริการในภาพรวม ความสะดวกในการเดินทางเพื่อมารับบริการ การให้บริการวัดระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดัน ความสะดวกและรวดเร็วในการรับบริการ รวมถึงการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ส่วนการประสานงานกับทางโรงพยาบาล กรณีมีการส่งต่อผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดให้คำตอบว่าไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจากไม่เคยได้รับการส่งต่อการรักษา ดังนั้นหากพิจารณาจากข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ตามหลักการตลาดที่ให้ความสำคัญกับผู้มาใช้บริการเป็นหลัก (Kotler, P 1991) พบว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยให้ผู้ผู้ป่วยที่มีภาวะทางคลินิกคงที่ไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่องและมีการติดตามผลการรักษาเป็นระยะ ๆ อย่างใกล้ชิดเพื่อให้ผลการรักษาเป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์น่าจะมีความเหมาะสม

การเปรียบเทียบการรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนกับ โรงพยาบาลโพธารามในเรื่อง ความรวดเร็วในการรับบริการ ความสะดวกในการรับบริการ ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการและการบริการที่ได้รับ กลุ่มผู้รับบริการส่วนใหญ่คิดว่าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนดีกว่า โรงพยาบาล และภายหลังจากการเข้าร่วมโครงการรับยาต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ครบ 6 เดือน แล้วได้สอบถามผู้ป่วยว่าหากสภาวะ โรคของท่านควบคุมได้และแพทย์ยินดีส่งตัวกลับมาใช้บริการ

ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน อีกยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการต่อหรือไม่ ส่วนใหญ่ตอบว่าอยากเข้าร่วมโครงการต่อไป (ร้อยละ 93.50) โดยเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ สะดวก (ร้อยละ 45.10) รองลงมาคือ เดินทางสะดวก (ร้อยละ 17.60) สะดวก สบาย ใกล้บ้าน (ร้อยละ 11.80) ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้รับบริการคำนึงถึงความสะดวกในการเข้ารับบริการ ความสะดวกในการเดินทาง เป็นหลัก ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยทั่วไปที่คำนึงถึงความสะดวกและรวดเร็วในการเลือกใช้บริการสาธารณสุข (ระพีพรรณ ฉลองสุข และคณะ 2549 : อ้างถึงใน ญัตติญา คำพล และคณะ 2544 : 74 – 93) แต่การให้บริการของเจ้าหน้าที่ และการควบคุมสถานะของโรค กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าไม่แตกต่างกันระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนกับโรงพยาบาล ซึ่งจากข้อมูลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลให้การดูแล รักษาได้เช่นเดียวกัน แต่การควบคุมสถานะโรคขึ้นอยู่กับปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างเองเป็นสำคัญ ดังนั้นศักยภาพของสถานพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจึงอาจไม่ใช่ปัจจัยหลักในการตัดสินใจเลือกใช้บริการของผู้ป่วย

จากการสอบถามผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างถึงการแนะนำผู้อื่นให้เข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 63.00 จะแนะนำผู้ป่วยเบาหวานอื่นให้เข้าร่วมโครงการ โดยให้เหตุผลว่าได้รับความสะดวก รวดเร็วกว่าการไปรับบริการที่โรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างบางส่วนจะไม่แนะนำผู้อื่นนั้นให้เข้าร่วมโครงการ โดยให้เหตุผลว่าการที่ผู้ป่วยจะเข้าร่วมโครงการได้นั้นขึ้นอยู่กับความยินยอมของแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งเป็นไปตามข้อกำหนดของโครงการที่กำหนดให้ผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมโครงการได้จะต้องมีภาวะทางคลินิกคงที่ ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถประเมินสถานะของตนเองหรือผู้ป่วยอื่นได้ว่าสามารถคุมสถานะโรคได้หรือไม่

ส่วนความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธาราม เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งผู้ให้บริการส่วนใหญ่ตอบว่ามีความพึงพอใจในโครงการ และเห็นว่าเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่มีภาวะโรคที่ควบคุมได้เพื่อไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีความเหมาะสมดีแล้ว แต่เกณฑ์การส่งผู้ป่วยกลับไปรับบริการที่โรงพยาบาลยังคงเป็นปัญหาเนื่องจากควรพิจารณาองค์ประกอบอื่นๆ นอกเหนือจากเกณฑ์ทางคลินิกอย่างเดียว เช่นปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับไปรับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยร่วมด้วย

แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินการศึกษานี้พบปัญหาที่ต้องมีการแก้ไข ซึ่งพบว่าบุคลากรพยาบาลที่ทำหน้าที่ซักประวัติในคลินิกเบาหวานไม่เพียงพอทำให้ไม่สามารถอธิบายให้ผู้ป่วยที่มีภาวะทางคลินิกคงที่ที่เข้าใจและยินดีเข้าร่วมโครงการ ซึ่งการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเป็น

ปัจจัยสำคัญและต้องอาศัยระยะเวลาพอสมควร นอกจากนี้ในด้านงบประมาณพบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนบางแห่งเห็นว่าการดำเนินโครงการในลักษณะดังกล่าวประสบปัญหาการขาดทุนงบประมาณด้านยาเนื่องจากศูนย์สุขภาพชุมชนจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบงบประมาณด้านยาของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ ส่วนศูนย์สุขภาพชุมชนอื่นไม่ประสบปัญหาดังกล่าว เนื่องจากเมื่อพิจารณางบประมาณที่ได้รับในภาพรวมแล้วศูนย์สุขภาพชุมชนจะได้รับงบประมาณมากขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

ประโยชน์สำหรับผู้รับบริการที่ได้จากโครงการนี้คือ สะดวก ไม่ต้องรอรับบริการนาน เดินทางมารับบริการได้สะดวก ไม่ต้องมีคนพามา ลดความเสี่ยงจากการเดินทาง ประหยัดต้นทุนการเดินทาง เช่น ไม่ต้องหยุดงาน ประโยชน์สำหรับผู้ปฏิบัติงานคือ ในส่วนของในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลยังเห็นได้ไม่ชัดเจนนักเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ส่งไปยังน้อย แต่ประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่เห็นได้ชัดคือ ทำให้ติดตามผู้ป่วยได้ รู้ภาวะโรคของผู้ป่วย ไม่ต้องเสียเวลาออกเยี่ยมบ้าน ประโยชน์ต่อโรงพยาบาล คือ เจ้าหน้าที่ในคลินิกเบาหวานทำงานน้อยลง แพทย์ได้ตรวจผู้ป่วยเฉพาะทางมากขึ้น อาจส่งผลให้การร้องเรียนต่อการรักษาลดลง ด้านความคิดเห็นของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน กรณีมีผู้ป่วยนอกเขตพื้นที่เข้ามาขอรับบริการ ศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ไม่พบปัญหาในเรื่องงบประมาณและการบริหารจัดการ ยินดีให้บริการผู้ป่วยนอกเขตพื้นที่ ในขณะที่ศูนย์สุขภาพชุมชนบางแห่งไม่ยินดีรับผู้ป่วยนอกเขตพื้นที่บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนเนื่องจากพบปัญหาการขาดทุนงบยา และให้เหตุผลว่าเนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังของศูนย์สุขภาพชุมชนมีจำนวนมาก ผู้ป่วยโรคทั่วไปที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีจำนวนน้อย ทำให้ไม่สามารถเฉลี่ยค่ายาได้ และได้เสนอแนวทางแก้ไขว่าโรงพยาบาลควรให้การสนับสนุนงบประมาณด้านยา และศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบผู้ป่วยควรรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นด้วย

จากความเห็นของทุกฝ่ายคิดตรงกันคือ ต้องการให้โครงการดำเนินต่อไปแต่ควรมีการพัฒนาปรับปรุงดังนี้ เพิ่มความรู้ความสามารถและศักยภาพของผู้ให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เช่น มีพยาบาลที่จบด้านเวชปฏิบัติ เภสัชการส่งต่อที่ต้องปรับเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนทำงานได้ง่ายขึ้น การขยายงานสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนอื่นๆ ที่มีความพร้อม เช่น ด้านกำลังคน งบประมาณซึ่งบางครั้งโรงพยาบาลอาจไม่จำเป็นต้องส่งทีมให้บริการของโรงพยาบาลออกไปแต่หากศูนย์สุขภาพชุมชนมีงบก็สามารถจ้างทีมจากนอกระบบออกให้บริการได้ นอกจากนี้สิ่งที่จำเป็นในการส่งข้อมูลการรักษาระหว่างสถานพยาบาล 2 แห่งได้แก่ ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาที่เป็นมาตรฐาน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

การดำเนินโครงการในครั้งนี้หากพิจารณาในส่วนของความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการ ผลการรักษาทางคลินิกพบว่าควรดำเนินการต่อไป ข้อคิดที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การที่โครงการจะดำเนินการต่อไปได้อย่างยั่งยืนมีองค์ประกอบหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1. การสร้างเครือข่ายของโรงพยาบาล โรงพยาบาลต้องสร้างเครือข่ายการให้การดูแลผู้ป่วยกระจายสู่ในหลาย ๆ พื้นที่ เจ้าหน้าที่เวชกรรมต้องมีหน้าที่ประสานงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง นอกจากนี้การกระจายโครงการสู่หลายพื้นที่จะสามารถช่วยลดความแออัดในคลินิกเบาหวานได้อีกทางหนึ่ง เพิ่มคุณภาพบริการทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและตติยภูมิ แพทย์ในโรงพยาบาลมีเวลาดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางที่มีภาวะโรคที่ซับซ้อนได้มากขึ้น

2. โรงพยาบาลควรให้การสนับสนุนงบประมาณในการทำงาน ด้านบุคลากรเพิ่มปริมาณเจ้าหน้าที่ในจุดบริการบางจุดที่คิดว่าไม่เพียงพอและมีความจำเป็นในจุดที่ให้บริการ เช่น โรงพยาบาลชัชประวัตินในคลินิกเบาหวาน ซึ่งหากมีพยาบาลในการให้ความรู้ ให้คำแนะนำ อธิบายให้ผู้ป่วยที่ควบคุมภาวะโรคไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนได้ก็จะทำให้ผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานลดความแออัดลงได้ นอกจากนี้ควรมีการจัดสรรค่าตอบแทนให้กับเจ้าหน้าที่ที่ออกไปปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ที่ออกไปปฏิบัติงานต้องทำงานหนักเพิ่มมากขึ้น หากคลินิกเบาหวานส่งผู้ป่วยออกไปมากขึ้น เจ้าหน้าที่ที่ไปปฏิบัติหน้าที่ต้องรับภาระในส่วนนี้เพิ่ม ดังนั้นควรมีการจัดสรรค่าตอบแทน และสวัสดิการด้านอาหารและของว่างเพิ่มเติม เนื่องจากการให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเจ้าหน้าที่จะให้บริการกับผู้ป่วยจนครบทุกคน โดยไม่มีการหยุดพัก บางครั้งต้องให้บริการถึงเวลา 13.00 น. หรือ 14.00 น

3. พัฒนาศักยภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลซึ่งไปออกหน่วยตรวจและจ่ายยาโรคเรื้อรังที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เดือนละ 1 ครั้ง ส่วนวันอื่นๆ จะไม่มีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลอยู่ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ดังนั้นเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ควรได้รับการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น เพราะหากผู้ป่วยมีปัญหาขอคำปรึกษาในวันที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนควรให้การดูแลและส่งต่อได้อย่างถูกต้องเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ควรพัฒนาความรู้ในการดูแลควบคุมระบบคลังยาของศูนย์สุขภาพชุมชนเพิ่มเติมด้วย เนื่องจากต้องเบิกยาและควบคุมบริหารจัดการเพื่อป้องกันยาเสื่อมสภาพ ยาหมดอายุ

4. เทคโนโลยีที่ใช้ในการเชื่อมโยงข้อมูล ปัจจุบันยังคงพบปัญหาข้อมูลการรักษาของทั้ง 2 แห่งยังไม่เชื่อมโยงข้อมูลกัน บางครั้งผู้ป่วยที่ส่งตัวมาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนลี้มนำใบส่งตัวมาด้วย เจ้าหน้าที่ต้องประสานงานกลับไปยังโรงพยาบาลเพื่อดูประวัติการใช้ยาและข้อมูลต่าง ๆ ดังนั้นควรมีการพัฒนากระบวนการส่งต่อข้อมูล โดยเฉพาะทางด้านระบบคอมพิวเตอร์

5. ระบบการประสานงานที่ดีระหว่างสถานบริการ ควรมีระบบการประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยและระบบการนัดผู้ป่วยที่ส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล เนื่องจากระบบที่ได้ปฏิบัติอยู่คือผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาจากศูนย์สุขภาพชุมชน จะได้รับการตรวจก่อนเนื่องจากถือว่ามีความเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้แต่ก็ไม่ได้มีระบบคิวให้กับผู้ป่วย ควรมีการแยกช่องทางพิเศษให้กับผู้รับบริการที่ส่งตัวมาจากศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อเป็นแรงจูงใจให้ผู้รับบริการอื่น ๆ ออกไปรับบริการ และหากพบปัญหาจะได้รับการดูแลที่สะดวก รวดเร็ว รวมถึงการนัดติดตามอาการเมื่อรับยาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนครบแล้วแล้วต้องกลับมารับบริการที่โรงพยาบาลเช่นเดียวกัน และควรมีการประสานงานในการแจ้งข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยให้ทราบทั้งโรงพยาบาลแจ้งไปยังศูนย์สุขภาพชุมชน และศูนย์สุขภาพชุมชน แจ้งกลับมายังโรงพยาบาลกรณีผู้ป่วยไม่ไปรับบริการ เจ้าหน้าที่จะได้ติดตามผู้ป่วยเพื่อให้ทราบว่าเกิดปัญหาอะไรขึ้นจึงไม่ไปรับบริการ

6. นโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรผลักดันในส่วนของ

งบประมาณต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและศักยภาพของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน อาจต้องเพิ่มตำแหน่งพยาบาลเวชปฏิบัติ เกษัชกร แพทย์ที่ดูแลในรูปเครือข่ายที่สามารถปรึกษาในเวลาพบปัญหาการรักษาในวันที่ไม่มีแพทย์ และมีส่วนในการดูแลระบบการจัดสรรค่าตอบแทนของโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายให้เหมาะสมเนื่องจากการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างกัน รวมถึงการจัดสรรค่าตอบแทนกรณีผู้ป่วยมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนนอกเขตพื้นที่ เช่น ข้ามตำบล ควรจัดสรรค่าตอบแทนหน่วยที่ให้บริการให้ชัดเจน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ได้มีการติดตามผู้ป่วยแต่ละรายที่เข้าร่วมโครงการเป็นระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งในทางปฏิบัติภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอาจต้องใช้ระยะเวลาในการติดตามที่นานกว่านี้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรต้องมีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลาที่นานขึ้นและควรมีการกำหนดผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมในกรณีติดตามผู้ป่วยในระยะยาว เช่น การตรวจภาวะการดำเนินงานของตับ ไต เป็นต้น

บรรณานุกรม

- “การดำเนินการโรงพยาบาลสาขา กรณีศึกษาจังหวัดแพร่.” เอกสารเผยแพร่, 2552. (อัดสำเนา)
 กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานสารนิเทศและประชาสัมพันธ์, ตามจีแก้ปัญหาผู้ป่วยแน่น
โรงพยาบาล เนระดมความร่วมมือในพื้นที่หาแนวทางแก้ไข [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ
 24 พฤษภาคม 2550. เข้าถึงได้จาก http://www.moph.go.th/ops/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?id
- กระทรวงสาธารณสุข. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพฯ :
 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550.
- กระทรวงสาธารณสุข. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. Manual of Primary Health Care Unit
Standard Evaluation and Quality Assurance. กรุงเทพฯ : สำนักพัฒนาระบบบริการ
 สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548.
- ข้อมูลข่าว [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 18 มีนาคม 2552. เข้าถึงได้จาก <http://media.thaigov.go.th>
โครงการพัฒนาโรงพยาบาล บริการฉับไว ไร้ความแออัด [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 12 สิงหาคม 2552.
 เข้าถึงได้จาก [http://74.125.155.132/search?q=cache:DCw_YrAD2EoJ:korat.nhso](http://74.125.155.132/search?q=cache:DCw_YrAD2EoJ:korat.nhso.go.th)
 go.th
- นัตรเลิศ. มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2553. เข้าถึงได้
 จาก www.chatlert.workdmedic.com/docfile/pdm.doc
- ชูชัย สุภวงค์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และลัดดา คำริการเลิศ. คู่มือการให้บริการ ของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552.
- ณัฐธิญา คำพล และคณะ. “สถานการณ์การใช้ยาของประชาชน ข้อมูลเบื้องต้นในเขตภูมิภาค
 ตะวันตก.” วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร (พิเศษ คณะเภสัชศาสตร์), 21 (2544) : 74-93.
- ธิดา นิงสานนท์. “Medication Reconciliation.” ใน Medication Reconciliation, 1 – 26. ธิดา
 นิงสานนท์ ปรีชา มณฑกานติกุล และสุวิวัฒนา จุฬาวัฒนทล, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ :
 บริษัทประชาชนจำกัด, 2551.
- นีนาดา เจ๊ะยอ และอนุชิต วังทอง. “ผลการปรับเปลี่ยนการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่ถือศีลอดใน
 เดือนรอมฎอน.” วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล, 1(มกราคม – เมษายน 2552) : 9-16.

ยศกร เนตรแสงทิพย์. “ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายบริการสุขภาพ
โรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง.” วารสารวิชาการสาธารณสุข 2, 1
(มกราคม - มีนาคม 2551) : 709-715.

ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ และวิชัย สันติมาลีวรกุล. “การศึกษาเปรียบเทียบ
ระบบบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลกับที่ร้านยา
คุณภาพ.” วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 1, 3-4 (ตุลาคม – ธันวาคม 2550) : 249-261.

ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ และวิชัย สันติมาลีวรกุล. “การศึกษาเปรียบเทียบการ
ให้บริการปฐมภูมิระหว่างร้านยาเอกชนกับหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า : กรณีการให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์ในผู้ป่วยโรค
เรื้อรัง.” เอกสารเผยแพร่ (อัดสำเนา) อ้างถึงใน ญัตติฐาน คำผล และคณะ. “สถานการณ์
การใช้ยาของประชาชน : ข้อมูลเบื้องต้นในเขตภูมิภาคตะวันตก.” วารสารมหาวิทยาลัย
ศิลปากร 21, พิเศษ คณะเภสัชศาสตร์ (2544) : 74 – 93.

โรคเบาหวาน สาเหตุเบาหวาน อาการเบาหวาน อาหารเบาหวาน [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 20

พฤศจิกายน 2553. เข้าถึงได้จาก <http://thaidiabetes.blogspot.com>

โรงพยาบาลโพธาราม. ข้อมูลของโรงพยาบาลโพธาราม [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน

2553. เข้าถึงได้จาก <http://www.photharam.com>

โรงพยาบาลสกลนคร. การพัฒนาระบบงานเบาหวาน โรงพยาบาลสกลนคร [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ

มกราคม 2552. เข้าถึงได้จาก <http://dm-skn.blogspot.com>

วัลลา ตันตโยทัย. “การศึกษาติดตามความรู้เรื่องโรค และภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้ใหญ่ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี หลังจากรับการสอน และติดตามช่วยเหลืออย่างมี

ระบบ.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิต

วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.

วิรัช ม่วงช่วง. “การวิจัยและพัฒนายุทธศาสตร์การประชาสัมพันธ์เพื่อเพิ่มจำนวนประชากรที่มารับ

บริการของศูนย์สุขภาพ ชุมชนวังไคร้ ตำบลวังไคร้ อำเภอยาง จังหวัดเพชรบุรี.”

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ

เพชรบุรี, 2549.

สมรสไตร [นามแฝง], จุดประสงค์ของการแบ่งการดูแลสุขภาพเป็นรูปเครือข่ายสามระดับ

[ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2549. เข้าถึงได้จาก [http://www.bloggang.com/](http://www.bloggang.com/viewdiary.php?id)

[viewdiary.php?id](http://www.bloggang.com/viewdiary.php?id)

- สัมฤทธิ์ ชำรงสวัสดิ์ และวีระศักดิ์ พุทธาศรี. “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย จังหวัดร้อยเอ็ด.” สรุปการตรวจเยี่ยมโครงการพัฒนาโรงพยาบาล, 18 มิถุนายน 2551. (อัดสำเนา)
- สัมฤทธิ์ ชำรงสวัสดิ์. “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย จังหวัดราชบุรี.” สรุปการติดตามประเมินโครงการลดความแออัด, 16 กรกฎาคม 2551. (อัดสำเนา)
- สัมฤทธิ์ ศรีธรรมรงค์สวัสดิ์. แนวคิด กระบวนการพัฒนา สัมฤทธิ์ผลและผลกระทบนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทช่วยคนไทยห่างไกลโรค). กรุงเทพฯ : สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2551.
- สารัช สุขทรโยชิน และวิทยา ศรีดามา. การประเมินผลการควบคุมเบาหวาน ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- สายชล สมจิตร และศิริพร สมบูรณ์. “การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU).” รายงานการไปประชุม ฐาน อบรม สัมมนาของศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เสนอผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ, 1 ตุลาคม 2551. (อัดสำเนา)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2552 (1 ตุลาคม 2551-31 มีนาคม 2552) [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2552. เข้าถึงได้จาก <http://www.ryt9.com/s/cabt/597890>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2552 [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2553. เข้าถึงได้จาก <http://www.nhso.go.th/NHSOFront/SearchIndexAction.do>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเอเบคโพลล์. ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(พ.ศ. 2549) : กรณีศึกษา ตัวอย่างประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) จาก 34 จังหวัดทั่วประเทศ, กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. “การพัฒนาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล.” วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 1, 3-4 (ตุลาคม – ธันวาคม 2550) : 216-223.

สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ และคณะกรรมการเครือข่ายปฐมภูมิเมืองย่า, นวัตกรรมการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองย่า [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 24 กรกฎาคม 2552. เข้าถึงได้จาก <http://korat.nhso.go.th/workpress/?p=63>

อังกูร ภาวสุทธิไพศิฐ และคณะ. “การบูรณาการแบบจำลองการอธิบายโรคสำหรับดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยเภสัชกรคลินิก.” วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 19 (มกราคม – เมษายน 2552) : 28-42.

เอเบคโพลล์. ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พ.ศ. 2549) : กรณีศึกษาตัวอย่างประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) จาก 34 จังหวัดทั่วประเทศ, กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549.

Kotler, P. Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation, and Control. 7th ed. London: Prentice-Hall International, Inc. 1991.

Nash DB, Koenig JB., Chatterton ML. “Why the elderly need individualized pharmaceutical care.” Thomas Jefferson University, PA 2000.

William A. Alto et al. “Assuring the Accuracy of Home Glucose Monitoring.” J Am Board Fam Pract 15, 1 (2002) : 1-6.

ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก ก

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

โครงการพัฒนาเครือข่ายบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลโพธาราม

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการ

ผู้ป่วยที่เข้าโครงการลดความแออัดในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธารามต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีระดับน้ำตาลในเลือดไม่เกิน 200 มก./ดล ติดต่อกัน 2 ครั้งที่มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและภาวะที่ต้องดูแลโดยแพทย์อย่างใกล้ชิด
3. ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโครงการและแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยยินยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

2. การส่งต่อการดูแลผู้ป่วยระหว่าง โรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิ

1. ครั้งแรกผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการทุกคนจะได้รับการเจาะเลือดที่โรงพยาบาลตามที่แพทย์ผู้ทำการรักษาสั่งไว้ เมื่อผ่านการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ แพทย์อนุญาตและผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยจะได้รับใบนัดให้รับยาครั้งต่อไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิกลับบ้านโดยรับยาทุก 1 เดือน

2. เมื่อครบระยะเวลา 6 เดือน แพทย์ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ/เจ้าหน้าที่อนามัยสรุปผลในรูปแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยและส่งข้อมูลพร้อมผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

3. หากสภาวะผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์ส่งผู้ป่วยกลับไปรับยาที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป

3. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน

การดูแลผู้ป่วยที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

1. ควบคุมระดับน้ำตาล ระดับไขมัน Body mass index และความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม (ตามตารางที่ 1)
2. ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงและลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคแทรกซ้อนเร็วขึ้น เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ระดับไขมันในเลือดสูง
3. ดำเนินการประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง
4. ส่งผู้ป่วยพบแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ (ตามเกณฑ์การส่งต่อพบแพทย์)

ตารางที่ 1 เป้าหมายการควบคุมโรคเบาหวานโดยอาศัยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นเกณฑ์

การตรวจห้องปฏิบัติการ	หน่วย	ดี	ยังต้องปรับปรุง
Fasting plasma glucose	มก/ดล.	90-130*	>140
Postprandial glucose	มก/ดล.	<180*	>200
HbA1C	%	<7**	>8
Total cholesterol	มก/ดล.	<200	>250
LDL-cholesterol	มก/ดล.	<100**	>100
HDL-cholesterol	มก/ดล.	>40***	<35
Fasting triglycerides	มก/ดล.	<150	>200
Body mass index	กก./ม ²	20-25(ชาย) 19-24(หญิง)	>27 >26
ความดันโลหิตสูง	มิลลิเมตรปรอท	≤130/80**	>140/90***

*Evidence-Base Clinical Practice Guideline. ตำราอายุรศาสตร์ 1 โรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**American diabetes association

***Detection Evaluation and Treatment of high Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III)

ขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วย

1. ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบขั้นตอนการดำเนินงาน
2. ชักประวัติ บันทึกในแบบฟอร์มสำหรับผู้ป่วย
3. ประวัติที่เกี่ยวข้องกับโรค ได้แก่
 - 3.1 ระดับน้ำตาลในเลือด
 - 3.2 ประวัติอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ทั้งชนิด

เจ็บป่วยและชนิดเรื้อรัง

- 3.3 โรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคระบบหลอดเลือดหัวใจ โรคตา โรคไต

- 3.4 อาชีพ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ อุปนิสัยการกิน
4. เก็บข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป
 - 4.1 ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณ Body mass index
 - 4.2 ความดันโลหิต
 - 4.3 ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

- 4.4 อาชีพ
- 4.5 การออกกำลังกาย
- 4.6 การดูแลผู้ป่วย
- 4.7 สอบถามอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน โรคเบาหวาน ทั้งแบบเฉียบพลัน และเรื้อรัง ความรุนแรง และความถี่ที่เกิด
- 4.8 ซักถามอาการตามระบบ และดูแลเท้าของผู้ป่วยในรายที่มีปัญหา
- 4.9 ประเมินความร่วมมือในการรักษา

5. ตรวจสอบแบบแผนการใช้จ่ายและขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับ ทั้งที่ใช้สำหรับรักษา โรคเบาหวานและโรคอื่น ๆ และค้นหาปัญหาการใช้จ่ายและหาแนวทางการแก้ไข

6. ประเมินภาวะโรค ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยและปัญหาจากข้อมูลข้างต้น กรณีผู้ป่วย มีปัญหาด้านยาหรืออื่น ๆ ที่สามารถแก้ไขได้ให้แนะนำผู้ป่วย สำหรับปัญหาที่มีความซับซ้อนให้ ประสานไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา กรณีผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การ ส่งต่อให้ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาล

7. สรุปผลการรักษา และสภาวะของผู้ป่วยเมื่อครบระยะเวลา 6 เดือน เพื่อให้ผู้ป่วย

กลับไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือมาส่งตัว

เกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยให้กลับมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

กรณีที่สถานบริการปฐมภูมิพบว่าผู้ป่วยมีอาการหรือสภาวะดังต่อไปนี้ ให้ส่งตัวผู้ป่วย พร้อมประวัติการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อพบแพทย์ที่โรงพยาบาลโดยเร็ว โดยใบส่งตัวจะติด บัตรแถบสีแดงและเมื่อผู้ป่วยมาถึง โรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการตรวจรักษาในช่องทางด่วน เนื่องจากถือว่าเป็นกรณีฉุกเฉิน

1. FBS < 80 mg%
2. ผู้ป่วยมีอาการ Hypoglycemia บ่อย โดยไม่ทราบสาเหตุ
3. FBS > 200 mg% ติดต่อกันมากกว่า 2 ครั้งที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
4. FBS > 300 mg% ร่วมกับมีอาการ Hyperglycemia
5. มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก
6. มีอาการหน้ามืดเป็นลม โดยไม่ทราบสาเหตุ
7. มี Tachycardia (ชีพจร > 100 ครั้ง/นาที) และ/หรือ Orthostatic hypotension
8. ปวดขาเวลาเดิน โดยเฉพาะที่น่อง หรืออาจจะปวดมากขณะพักร่วมด้วย หรือปวดใน เวลากลางคืน อาการจะทุเลาเมื่อห้อยเท้าลง

9. ความดันโลหิต Systolic BP>140 mmHg และ/หรือ Diastolic BP>85 mmHg ติดต่อกันมากกว่า 3 เดือน ในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคความดันมาก่อน หรือ BP>180/110 ในผู้ป่วยทุกรายให้ส่งต่อพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทันที

10. มีแผลเรื้อรังที่ขาหรือที่เท้า หรือภาวะอื่น ๆ ที่ไม่สามารถดูแลความปลอดภัยของเท้าได้

11. สายตามัวผิดปกติทันที

12. ภาวะตั้งครรภ์

13. มีอาการบ่งบอกว่าอาจเกิดการติดเชื้อ เช่น มีไข้ และมีอาการที่บ่งบอกว่ามีภาวะ Hyperglycemia หรือ Hypoglycemia ร่วมด้วย

14. อาการผิดปกติอื่น ๆ ที่แพทย์ ๓ หน่วยบริการปฐมภูมิพิจารณาว่าไม่สามารถดูแลได้ เช่น Stroke หรือ Chronic renal failure

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก ข

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
โครงการพัฒนาเครือข่ายบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลโพธาราม

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการ

ผู้ป่วยที่เข้าโครงการลดความแออัดในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธารามต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีระดับความดันโลหิตไม่เกิน 159/99 มิลลิเมตรปรอท
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและภาวะที่ต้องดูแลโดยแพทย์อย่างใกล้ชิด
3. ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโครงการและแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยยินยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

2. การส่งต่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิ

1. ครั้งแรกผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการทุกคน เมื่อผ่านการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ แพทย์อนุญาตและผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยจะได้รับใบนัดให้รับยาครั้งต่อไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านโดยรับยาทุก 1 เดือน

2. เมื่อครบระยะเวลา 6 เดือน แพทย์ที่หน่วยบริการปฐมภูมิเจ้าหน้าที่อนามัยสรุปผลในแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยและส่งข้อมูลพร้อมผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

3. หากสภาวะผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์ส่งผู้ป่วยกลับไปรับยาที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป

3. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การดูแลผู้ป่วยที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

1. ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม
2. หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคแทรกซ้อนเร็วขึ้น เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ น้ำหนักตัวที่มาก และจำกัดการบริโภคเกลือ
3. ติดตามประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง
4. ส่งพบแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ (ตามเกณฑ์การส่งพบแพทย์)

ตารางที่ 1 เป้าหมายการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

การตรวจห้องปฏิบัติการ	หน่วย	ดี	ยังต้องปรับปรุง
ความดันโลหิต	มิลลิเมตรปรอท	$\leq 130/85^*$	$> 140/90^*$

*JNC VII

ขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วย

1. ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบขั้นตอนการดำเนินงาน
2. ชักประวัติ บันทึกในแบบฟอร์มสำหรับผู้ป่วย
3. ประวัติที่เกี่ยวข้องกับโรค ได้แก่
 - 3.1 ประวัติที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง
 - 3.2 ประวัติอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนของโรค ทั้งชนิดเฉียบพลันและ

ชนิดเรื้อรัง

- 3.3 ประวัติของการได้รับการรักษาหรือการควบคุมน้ำหนักสูงสุดและต่ำสุด
- 3.4 ยาที่ได้รับ หรือยาอื่น ๆ เช่น ยาขับปัสสาวะ และอื่น ๆ
- 3.5 โรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง
- 3.6 อาชีพ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ อุปนิสัยการกิน
- 3.7 ประวัติครอบครัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง, Cerebrovascular accident,

Coronary artery disease

4. เก็บข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป
 - 4.1 ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณ Body mass index
 - 4.2 ความดันโลหิต
 - 4.3 ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน
 - 4.4 อาชีพ
 - 4.5 การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร
 - 4.6 การดูแลผู้ป่วย
 - 4.7 สอบถามอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ความรุนแรง และความถี่ที่เกิด
 - 4.8 ชักถามอาการตามระบบ
 - 4.9 ประเมินความร่วมมือในการรักษา

5. ตรวจสอบแบบแผนการใช้จ่ายและขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับ และค้นหาปัญหาการใช้จ่าย และหาแนวทางการแก้ไข

6. ประเมินภาวะโรค ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยและปัญหาจากข้อมูลข้างต้น กรณีผู้ป่วย มีปัญหาด้านยาหรืออื่น ๆ ที่สามารถแก้ไขได้ให้แนะนำผู้ป่วย สำหรับปัญหาที่มีความซับซ้อนให้ ประสานไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา กรณีผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การ ส่งต่อให้ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาล

7. ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้จ่ายแก่ผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง ที่ ครอบคลุมหัวข้อ ดังนี้

7.1 ความรู้ทั่วไปของโรคความดันโลหิตสูง

7.2 ผลแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

7.3 การควบคุมอาหาร

7.4 ยารักษาโรค

7.5 การออกกำลังกาย

7.6 การดูแลตนเอง

8. สรุปผลการรักษาและสภาวะของผู้ป่วยเมื่อครบระยะเวลา 6 เดือน เพื่อให้ผู้ป่วย กลับไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลพร้อมใบส่งตัว

ตารางที่ 2 การปรับการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันและการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง

	ภาวะที่แนะนำ	ช่วงประมาณ Systolic BP ที่ สามารถลดได้
น้ำหนัก	ควบคุม Body weight ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5-24.9 kg/m ²)	5 – 20 mmHg/10kg
ลดปริมาณ Sodium ที่รับประทาน	รับประทาน Sodium ได้ไม่เกิน 100 mmol ต่อวัน (2.4g sodium or 6 g sodium chloride)	2 – 8 mmHg
การออกกำลังกาย	เช่น เดินเร็ว อย่างน้อย 30 นาที ต่อวัน 3 วันต่ออาทิตย์	4 – 9 mmHg
การดื่มแอลกอฮอล์	จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 แก้วต่อวันในผู้ชาย และไม่เกิน 1 แก้วต่อวันในผู้หญิง (เบียร์ 720cc, ไวน์ 300 cc)	2 – 4 mmHg

JNC VII

เกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยให้กลับมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

กรณีที่สถานบริการปฐมภูมิพบว่าผู้ป่วยมีอาการหรือสภาวะดังต่อไปนี้ ให้ส่งตัวผู้ป่วยพร้อมประวัติการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อพบแพทย์ที่โรงพยาบาลโดยเร็ว โดยใบส่งตัวจะติดบัตรแถบสีแดงและเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการตรวจรักษาในช่องทางด่วน เนื่องจากถือว่าเป็นกรณีฉุกเฉิน

1. ความดันโลหิต >180/110 mmHg (Stage 2 ;JNC VII)
2. ความดันโลหิต >140/90 mmHg (Stage1; JNC VII) ติดต่อกันมากกว่า 2 ครั้ง
3. มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก
4. ปวดศีรษะโดยไม่ทราบสาเหตุ
5. มีอาการหน้ามืดเป็นลม โดยไม่ทราบสาเหตุ
6. มี Tachycardia (ชีพจร >100 ครั้ง/นาที) และ/หรือ Orthostatic hypotension
7. ภาวะตั้งครรภ์
8. Stroke เช่น Hemiplegia, hemiparesis, facial palsy
9. Chronic renal failure เช่น Anemia, edema, uncontrol HT
10. Suspected DM, เช่น Polyuria, polydipsia, weight loss
11. อาการผิดปกติอื่น ๆ ที่หน่วยบริการปฐมภูมิพิจารณาว่าไม่สามารถดูแลได้

ภาคผนวก ค

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แนวทางการดูแลผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง
โครงการพัฒนาเครือข่ายบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลโพธาราม

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการ

มีคุณสมบัติดังนี้

1. มีระดับ Triglyceride ไม่เกิน 200 มก./ดล. และระดับ Cholesterol ไม่เกิน 200 มก./

ดล.

2. ไม่มีภาวะของโรคแทรกซ้อนที่อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ซึ่งต้องดูแลโดยแพทย์อย่าง

ใกล้ชิด

3. ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโครงการและแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยยินยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

2. การส่งต่อการดูแลผู้ป่วยระหว่าง โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ

1. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการได้รับการเจาะเลือดเพื่อวัดระดับ lipid profile ที่โรงพยาบาล ตามที่แพทย์ผู้ทำการรักษาเห็นสมควร เมื่อผ่านการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์จะได้รับใบนัดให้ไปรับ ยาลดระดับไขมันในเลือดที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อกัน 6 เดือน โดยนัดผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง

2. เมื่อครบระยะเวลา 6 เดือน เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะสรุปผลการดูแลผู้ป่วย แล้วส่งข้อมูลพร้อมทั้งผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

3. หากสภาวะผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติให้แพทย์ส่งผู้ป่วยกลับไปรับยาที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป

3. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย

1. การดูแลผู้ป่วยที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

2. ควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม (ตามตารางที่ 1)

3. หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคแทรกซ้อนเร็วขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ จำกัดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง

4. ติดตามประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

5. ส่งพบแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ (ตามเกณฑ์การส่งต่อพบแพทย์)

ตารางที่ 1 เป้าหมายการควบคุมโรคไขมันในเลือดสูง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	หน่วย	ดี	ต้องปรับปรุง	สูง
Total cholesterol	มก./ดล.	<200	200-239	>240
HDL-cholesterol	มก./ดล.	>60	<40	
Triglyceride	มก./ดล.	<150	150-199	>200

Evidence-Base Clinical Practice Guideline. ตำราอายุรศาสตร์ 1 โรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม
จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย

ขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วย

1. ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบขั้นตอนการดำเนินงาน
2. ชักประวัติ บันทึกในแบบฟอร์มสำหรับผู้ป่วย
 - 2.1 ประวัติที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคไขมันในเลือดสูง
 - 2.2 อายุที่เริ่มเป็น/ระยะเวลาที่เป็น
 - 2.3 ประวัติอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนของโรค ทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง
 - 2.4 ประวัติของการได้รับการรักษาหรือการควบคุมน้ำหนักสูงสุดและต่ำสุด
 - 2.5 ยาที่ได้รับหรือยาอื่น ๆ
 - 2.6 โรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคไขมันในเลือดสูง เช่น ความดันโลหิตสูง
 - 2.7 อาชีพ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ อุปนิสัยการกินอาหาร
 - 2.8 ประวัติครอบครัวเกี่ยวกับโรคไขมันในเลือดสูง, Cerebrovascular accident,

Coronary artery disease

3. เก็บข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป
 - 3.1 ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณ Body mass index
 - 3.2 ความดันโลหิต
 - 3.3 ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน
 - 3.4 อาชีพ
 - 3.5 การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร
 - 3.6 การดูแลผู้ป่วย
 - 3.7 สอบถามอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน

3.8 ซักถามอาการตามระบบ

3.9 ประเมินความร่วมมือในการรักษา

4. ตรวจสอบแบบแผนการใช้ยาและขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับ ค้นหาปัญหาการใช้ยาและหาแนวทางการแก้ไข

5. ประเมินภาวะโรค ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยและปัญหาจากข้อมูลข้างต้น กรณีผู้ป่วยมีปัญหาด้านยาหรืออื่น ๆ ที่สามารถแก้ไขได้ให้แนะนำผู้ป่วย สำหรับปัญหาที่มีความซับซ้อนให้ประสานไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา กรณีผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การส่งต่อให้ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาล

6. ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก่ผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับโรคไขมันในเลือดสูง ที่ครอบคลุมหัวข้อ ดังนี้

6.1 ความรู้ทั่วไปของโรคไขมันในเลือดสูง

6.2 ผลแทรกซ้อนจากโรคไขมันในเลือดสูง

6.3 การควบคุมอาหาร

6.4 ยารักษาโรค

6.5 การออกกำลังกาย

6.6 การดูแลตนเอง

7. สรุปผลการรักษา และสถานะของผู้ป่วยเมื่อครบระยะเวลา 6 เดือน เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลพร้อมใบส่งตัว

ตารางที่ 2 การปรับการดำเนินชีวิตเพื่อการป้องกันและการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง

	ภาวะที่แนะนำ
น้ำหนัก	ควบคุม Body mass index ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ(18.5-24.9 kg/m ²)
ไขมันอิ่มตัว	รับประทานอาหารไขมันอิ่มตัว <7%ของปริมาณพลังงานทั้งหมด
คอเลสเตอรอล	<200 กรัม/วัน
การออกกำลังกาย	ออกกำลังกาย เช่น เดินเร็ว อย่างน้อย 30 นาที/วัน 3 วัน/อาทิตย์
รับประทานอาหารที่มีกากใย	20-30 กรัม/วัน

ATP III

เกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยให้กลับมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

กรณีที่สถานบริการปฐมภูมิพบว่าผู้ป่วยมีอาการหรือสภาวะดังต่อไปนี้ ให้ส่งตัวผู้ป่วยพร้อมประวัติการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อพบแพทย์ที่โรงพยาบาลโดยเร็ว โดยใบส่งตัวจะติดบัตรแถบสีแดงและเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการตรวจรักษาในช่องทางด่วน เนื่องจากถือว่าเป็นกรณีฉุกเฉิน

1. มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก
2. ปวดศีรษะโดยไม่ทราบสาเหตุ
3. มีอาการหน้ามืดเป็นลมโดยไม่ทราบสาเหตุ
4. มีอาการปวดขาโดยไม่ทราบสาเหตุ
5. มีอาการปวดกล้ามเนื้อโดยไม่ทราบสาเหตุ
6. มีอาการตาเหลือง ตัวเหลือง ปัสสาวะมีสีเหลืองเข้มผิดปกติ
7. ภาวะตั้งครรภ์
8. อาการผิดปกติอื่น ๆ ที่แพทย์หน่วยบริการปฐมภูมิพิจารณาว่าไม่สามารถดูแลได้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก ง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แบบฟอร์มสรุปผลการรักษา

โครงการพัฒนาเครือข่ายบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลโพธาราม

ชื่อ-สกุล..... HN..... อายุ.....ปี

- โรคประจำตัว เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง
 ความดันโลหิตสูง อื่น ๆ ได้แก่.....

ผลการรักษา

ครั้งที่	FBS(มก./ดล)	BP(มิลลิเมตรปรอท)	น้ำหนัก (กิโลกรัม)	รอบเอว (นิ้ว)
1				
2				
3				
4				
5				

อาการแทรกซ้อน/ปัญหาที่พบ และการแก้ไข

.....

ยาที่ผู้ป่วยได้รับปัจจุบัน

มหาวิทยาลัยศิลปากร ส่วนวนลิขสิทธิ์

ยาที่ผู้ป่วยได้รับร่วมที่จ่าย ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ

.....

.....
 (.....)

เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
 วันที่.....

ความเห็นในการรักษาของแพทย์

- สามารถกลับไปรับการรักษาที่ PCU ได้ และนัดกลับมา F/U ในคลินิกเบาหวานวันที่.....
 เห็นควรเข้ารับการรักษาในคลินิกของโรงพยาบาลโพธาราม เนื่องจาก

.....

.....
 แพทย์ผู้ทำการรักษา

ภาคผนวก จ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ใบส่งตัวรักษาต่อเนื่องไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ

โครงการพัฒนาเครือข่ายบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลโพธาราม

ประวัติผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล..... HN.....อายุ.....ปี

ส่วนสูง.....เซนติเมตร น้ำหนัก.....กิโลกรัม รอบเอว.....นิ้ว

ประวัติการเจ็บป่วย

- เบาหวาน
- ความดันโลหิตสูง
- ไขมันในเลือดสูง
- อื่น ๆ ได้แก่

ประวัติการแพ้ยา

ประวัติการรับยา

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการวันที่.....

โรคที่ได้รับการวินิจฉัย.....แพทย์ผู้ส่ง.....

นำกลับมารับการตรวจจากแพทย์อายุรกรรมที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธาราม วันที่.....

ภาคผนวก จ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แบบส่งกลับตามเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วย

โครงการพัฒนาเครือข่ายบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลโพธาราม

เรียน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโพธาราม

ตามทีผู้ป่วยชื่อ-สกุล..... HN.....

มีโรคประจำตัว

- เบาหวาน
- ความดันโลหิตสูง
- ไขมันในเลือดสูง
- อื่น ๆ ได้แก่

ได้รับบริการ ณ.สถานบริการปฐมภูมิครั้งล่าสุดเมื่อวันที่.....

ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิได้ประเมินแล้วว่าผู้ป่วยมีอาการหรือสภาวะดังต่อไปนี้

- พบอาการแทรกซ้อนได้แก่
- ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยวัน FBS ล่าสุดเมื่อ..... ได้.....
- ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยวัดล่าสุดเมื่อ ได้.....
- อื่น ๆ ได้แก่.....

ประวัติการรักษา ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ

ซึ่งเป็นอาการหรือสภาวะตามเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยพร้อมประวัติการรักษาเพื่อส่งต่อผู้ป่วยรายนี้
พบแพทย์โดยเร็วที่สุด จึงขอส่งตัวผู้ป่วยมารับการตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียดกับแพทย์ที่โรงพยาบาล
โพธาราม เพื่อหาแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)

ผู้ประเมิน

วันที่.....

ภาคผนวก ข

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ
โครงการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพชุมชนสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลโพธาราม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย X ในช่อง หน้าคำตอบ และ/หรือ กรอกรหัสความในช่องว่าง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ให้ วงกลมข้อที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. เพศ ชาย¹ หญิง²
2. อายุ ปี
3. โรคประจำตัว (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)

<input type="checkbox"/> เบาหวาน ¹	<input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง ²
<input type="checkbox"/> ไ้มันในเลือดสูง ³	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ)
4. อาชีพหลัก

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ ¹	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ²
<input type="checkbox"/> รับจ้าง ³	<input type="checkbox"/> ค้าขาย ⁴
<input type="checkbox"/> เกษตรกร ⁵	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ)
5. รายได้ที่ท่านได้รับ (โปรดระบุ).....บาทต่อเดือน
6. การศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่าประถมศึกษา ¹	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา ²
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา / ปวช. ³	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา / ปวส. ⁴
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี ⁵	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี ⁶
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ)	
7. ท่านเคยใช้บริการที่สถานเอนามัยแห่งนี้มาก่อนเข้าโครงการนี้หรือไม่

<input type="checkbox"/> ไม่เคย ¹	<input type="checkbox"/> เคย ²
--	---
8. เหตุใดท่านจึงตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนี้

<input type="checkbox"/> อยากทดลองรูปแบบบริการใหม่ ¹	<input type="checkbox"/> แพทย์ พยาบาลแนะนำ ²
<input type="checkbox"/> เกสัชกรแนะนำ ³	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วย / ญาติแนะนำ ⁴
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ)	

โปรดพลิก



เลขที่แบบสอบถาม.....

ตอนที่ 2 ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรับบริการ**2.1 การรับบริการที่โรงพยาบาลโพธาราม**

2.1.1 ท่านเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการ เท่ากับ..... บาทต่อครั้ง

2.1.2 ท่านใช้เวลาในการรับบริการ ประมาณ..... ชั่วโมงต่อครั้ง

2.1.3 ท่านต้องขาดงาน / สูญเสียรายได้เพื่อรับบริการหรือไม่

 ไม่ขาดงาน / ไม่สูญเสียรายได้

เนื่องจาก.....

 ต้องขาดงาน / ต้องสูญเสียรายได้ โปรцентระบุจำนวน..... บาทต่อครั้ง

เนื่องจาก.....

2.2 การรับบริการที่สถานเอนามัย

2.2.1 ท่านเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการ เท่ากับ..... บาทต่อครั้ง

2.2.2 ท่านใช้เวลาในการรับบริการ ประมาณ..... ชั่วโมงต่อครั้ง

2.2.3 ท่านต้องขาดงาน / สูญเสียรายได้เพื่อรับบริการหรือไม่

 ไม่ขาดงาน / ไม่สูญเสียรายได้

เนื่องจาก.....

 ต้องขาดงาน / ต้องสูญเสียรายได้ โปรцентระบุจำนวน..... บาทต่อครั้ง

เนื่องจาก.....

ตอนที่ 3 ความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการที่ได้รับ

ท่านมีความพึงพอใจต่อบริการในระดับใด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ประเมินไม่ได้
1. การบริการในภาพรวม						
2. ความสะดวกในการรับบริการ						
3. ความรวดเร็วในการรับบริการ						
4. ความสะดวกในการเดินทาง						
5. การให้บริการของเจ้าหน้าที่						
6. การบริการวัดระดับน้ำตาลในเลือด / ความดัน						
7. การประสานงานกับทางโรงพยาบาล (กรณีมีการส่งต่อผู้ป่วย)						

โปรดพลิก



เลขที่แบบสอบถาม.....

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบบริการที่ได้รับที่สถานี่อนามัยกับโรงพยาบาลโพธาราม

	สถานี่อนามัย ดีกว่า	ไม่แตกต่างกัน	โรงพยาบาล ดีกว่า	ประเมินไม่ได้
1. ความรวดเร็วในการรับบริการ				
2. ความสะดวกในการรับบริการ				
3. ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ				
4. การให้บริการของเจ้าหน้าที่				
5. การบริการที่ได้รับในภาพรวม				
6. การควบคุมสภาวะของโรค				

ตอนที่ 5 ความคิดเห็นต่อโครงการและการรับบริการต่อเนื่อง

5.1 ภายหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการรับยาต่อเนื่องที่สถานี่อนามัยเมื่อครบกำหนด 6 เดือนแล้ว หากภาวะโรคของท่านควบคุมได้และแพทย์ยินดีส่งตัวมารับยาที่สถานี่อนามัยอีก

ท่านยินดีเข้าร่วมโครงการต่อหรือไม่

ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการ¹

ยินดีเข้าร่วมโครงการต่อ²

เนื่องจาก.....

5.2 ท่านคิดว่าท่านจะแนะนำผู้ป่วยอื่นให้เข้าร่วมโครงการนี้หรือไม่

ไม่แนะนำผู้ป่วยอื่น¹

แนะนำผู้ป่วยอื่น²

เนื่องจาก.....

ขอขอบคุณ

ที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

ผู้วิจัย

ภาคผนวก ข

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

คำถามในการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ
โครงการพัฒนาเครือข่ายบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลโพธาราม

สำหรับเจ้าหน้าที่ในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล

ส่วนความพึงพอใจต่อโครงการ

1. ท่านมีความพึงพอใจต่อโครงการนี้ในภาพรวมอย่างไร เช่น

- การบริการในภาพรวม
- การให้บริการกับผู้ป่วย

(คำถามในส่วนนี้ใช้ข้อความใกล้เคียงกับของผู้ป่วย)

ส่วนความคิดเห็นต่อโครงการ

1. ท่านคิดว่าการคัดเลือกหรือการกำหนดเกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการเหมาะสมหรือไม่อย่างไร

2. จากการดำเนินโครงการที่ผ่านมา ท่านคิดว่าจุดใดบ้างที่เป็นปัญหาหรือไม่สะดวกในการปฏิบัติ ด้านกำลังคน วัสดุ อุปกรณ์ ด้านอื่นๆ เช่น ระบบการปฏิบัติงาน ตัวอย่างเช่น ช่วงเวลาการนัดผู้ป่วยในแต่ละPCUไม่เท่ากัน

3. ท่านคิดว่าโครงการนี้มีประโยชน์อย่างไร

- ต่อผู้ป่วย
- ต่อผู้ปฏิบัติงาน
- ต่อโรงพยาบาล

4. ท่านคิดว่าโครงการนี้มีข้อเสียอย่างไรบ้าง

- ต่อผู้ป่วย
- ต่อผู้ปฏิบัติงาน
- ต่อโรงพยาบาล

5. ท่านคิดว่าโครงการนี้ควรดำเนินการต่อไปหรือไม่ อย่างไร

6. ท่านคิดว่าโครงการนี้จะสามารถลดความแออัดของผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานได้หรือไม่ อย่างไร

สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ไปให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

ใช้แบบสอบถามเดียวกับ สำหรับเจ้าหน้าที่ในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล

สำหรับหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ

ใช้แบบสอบถามเดียวกับ สำหรับเจ้าหน้าที่ในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล
ประเด็นที่เพิ่ม ได้แก่

1. ปัจจุบันผู้ป่วยสามารถใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ทุกแห่งในจังหวัด ท่านมี
ความคิดเห็นอย่างไรหากผู้ป่วยนอกเขตพื้นที่ใกล้เคียงที่เป็นโรคเรื้อรังจะมาขอใช้บริการในหน่วย
บริการของท่าน

2. ท่านคิดว่าโครงการนี้มีผลกระทบต่อรายรับรายจ่ายของหน่วยบริการของท่านมาก
น้อยเพียงใด และควรมีแนวทางในการแก้ไขอย่างไร

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก ๓

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ระเบียบปฏิบัติระบบการปฏิบัติงานในภาพรวม

โครงการพัฒนาเครือข่ายบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลโพธาราม

จากปัญหาแนวโน้มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาความแออัดในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลโพธาราม ส่งผลให้แพทย์อายุรกรรมและเจ้าหน้าที่ที่ต้องมีภาระงานหนัก ดังนั้นฝ่ายเภสัชกรรมจึงมีโครงการลดความแออัดในคลินิกเบาหวาน พัฒนารูปแบบบริการที่สร้างทางเลือกให้กับผู้รับบริการ โดยมีหลักการคือผู้ป่วยที่มีภาวะโรคซับซ้อนควรได้รับการดูแลจากแพทย์เฉพาะทาง ผู้ป่วยที่ควบคุมภาวะโรคได้ควรกระจายการดูแลสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นการเพิ่มคุณภาพบริการเฉพาะทาง และสร้างเกณฑ์เพื่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิโดยมีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

1. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง และเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งผ่านการพิจารณาปรับแก้ไขให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน โดยองค์กรแพทย์ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่

1.1 เกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล

1.2 ใบส่งตัวรักษาไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.3 แบบส่งกลับตามเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วย

1.4 แบบฟอร์มสรุปผลการรักษา

1.5 แนวทางการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ดังเอกสารที่แนบ

2. นำร่อง ณ.อนามัยนางแก้ว หนองโพ โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีภาวะโรคที่ควบคุมได้ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วม โครงการ ติด sticker เหลืองที่หน้าปก OPD Card เป็นผู้ป่วยโครงการพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยเรื้อรัง

3. เจ้าหน้าที่ ณ จุดซักประวัติผู้ป่วยอธิบายถึงการเข้าโครงการว่าหากแพทย์อนุญาตให้เข้าร่วมโครงการได้ผู้ป่วยจะได้รับยาที่โรงพยาบาล 1 เดือน และไปรับที่สถานอนามัยนางแก้วเดือนละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 5 ครั้ง ทุกครั้งผู้ป่วยจะได้รับการเจาะเลือด วัดความดัน ชั่งน้ำหนักตามปกติ แต่หากพบความผิดปกติเจ้าหน้าที่ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิจะมีใบส่งตัวให้ผู้ป่วยกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุดโดยใช้ แบบฟอร์ม แบบส่งกลับตามเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยต้องสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการด้วย กรณีผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการแต่เข้าเกณฑ์ในการคัดเลือกจะใช้เป็นกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาทางคลินิก sticker เหลืองหน้าปกจะเขียนว่า **Controll**

5. ส่งผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ พร้อม ใบส่งตัวรักษาไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ แพทย์ตรวจผู้ป่วยหากพบว่าผู้ป่วยสามารถไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้ แพทย์เซ็นชื่อในส่วน แพทย์ผู้ส่ง และสั่งยาให้ผู้ป่วยรับที่โรงพยาบาลเพียง 1 เดือน เมื่อผู้ป่วยรับยาที่หน่วยบริการปฐมภูมิครบ 5 ครั้ง เจ้าหน้าที่ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิจะทำการสรุปการให้การดูแลผู้ป่วย และส่งผู้ป่วยกลับเข้ามารับการตรวจกับแพทย์ในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยจะกลับมาพร้อมแบบฟอร์มสรุปผลการรักษา แพทย์ตรวจดูอาการผู้ป่วยและลงความเห็นการรักษาในแบบฟอร์มว่าสามารถกลับไปรับยา ณ หน่วยบริการปฐมภูมิได้และนัดกลับมา F/U อีกก็เดือน แต่ต้องไม่เกิน 1 ปี เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจผลทางห้องปฏิบัติการครบชุดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือต้องกลับเข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล และให้เหตุผล พร้อมลงชื่อแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา

แนวทางปฏิบัติงานของเภสัชกร

1. คัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ที่กำหนดตามเขตพื้นที่ ติด sticker เหลืองที่หน้าปก OPD Card เป็นผู้ป่วยโครงการพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยเรื้อรัง
2. ตรวจสอบผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกกว่าเข้าเกณฑ์การคัดเลือกทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองว่าถูกต้องตามเกณฑ์อีกครั้ง โดยพยาบาลจัดส่งผู้ป่วยมาพร้อมกับ OPD Card เพื่อรับยา
3. สร้างแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ และทำการเก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ
4. วิเคราะห์ข้อมูลผลการปฏิบัติงาน โดย
 - 4.1 ใช้สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics) หาความสัมพันธ์ระหว่างระบบบริการที่ส่งผลต่อผลการรักษาทางคลินิก โดยใช้สถิติ paired t-test, Independent t – test โดยใช้โปรแกรม SPSS
 - 4.2 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังการวางระบบด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ จำนวนปัญหาจากการให้บริบาลเภสัชกรรม
5. นำข้อมูลเสนอต่อที่ประชุมถึงความก้าวหน้า และผลที่ได้จากการพัฒนาระบบ การพัฒนาปัญหาและการแก้ไข

แนวทางปฏิบัติของแพทย์ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลโพธาราม

1. ตรวจรักษาผู้ป่วย หากอนุญาตให้ผู้ป่วยไปรับยา ณ หน่วยบริการปฐมภูมิได้ให้สั่งยาเพียง 1 เดือน พร้อมทั้งระบุการตรวจทางห้องปฏิบัติการในการ F/U ครั้งต่อไป คืออีก 6 เดือนใน OPD Card และเซนต์ชื่อในส่วนแพทย์ผู้ส่งในแบบฟอร์ม **ใบส่งตัวรักษาไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ**
2. ตรวจรักษาเมื่อผู้ป่วยถูกส่งตัวกลับมาหากพบความผิดปกติตามเกณฑ์ที่กำหนด และตรวจรักษาเมื่อผู้ป่วยกลับมาพร้อม **ใบสรุปผลการรักษา** เมื่อครบระยะเวลา 6 เดือนและตัดสินใจในการส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือให้เข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลพร้อมทั้งระบุเหตุผล และลงชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา

แนวทางปฏิบัติของแพทย์ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ

1. ตรวจรักษาผู้ป่วยโดยมีประวัติยาเดิมจากโรงพยาบาลที่แพทย์อายุรกรรมได้ส่งจ่ายปรับยาตามความเหมาะสม
2. เมื่อพิจารณาว่าไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ หรือผู้ป่วยพบความผิดปกติตามเกณฑ์การส่งต่อ ให้รีบส่งต่อผู้ป่วย พร้อมกับ **แบบส่งกลับตามเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วย** กลับมายังโรงพยาบาลและลงชื่อให้ส่วนผู้ประเมิน

แนวทางปฏิบัติของพยาบาลในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลโพธาราม

1. ทำหน้าที่ซักประวัติผู้ป่วย วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ตรวจวัด vital sing เบื้องต้น ตรวจสอบผู้ป่วยว่าผ่านเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย แนะนำโครงการเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นถึงประโยชน์และความสะดวกในการเข้ารับบริการรวมถึงยังคงคุณภาพของการรักษา ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเหมือนเดิมเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ
2. แนบ **ใบส่งตัวรักษาต่อเนื่องไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ** ไว้ใน OPD Card และส่งผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ โดยกรอกเอกสารในใบส่งตัวให้ครบถ้วน ยกเว้น ในส่วนประวัติการรับยา โรคที่ได้รับการวินิจฉัย แพทย์ผู้ส่ง
3. เมื่อผู้ป่วยตรวจรักษากับแพทย์แล้ว ให้**ลงข้อมูล**ในส่วนประวัติการรับยา ณ วันที่ตรวจ และนัดกลับมารับการตรวจจากแพทย์อายุรกรรมที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธาราม วันที่เท่าไรโดยนัด 6 เดือน ให้ระบุวันที่ให้ชัดเจนพร้อมทั้งเขียนใบนัด ระบุการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจให้ผู้ป่วย

4. มอบ ใบส่งตัวรักษาต่อเนื่องไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้กับผู้ป่วยชี้แจงให้ผู้ป่วยไปรับยาที่หน่วยบริการปฐมภูมิพร้อมทั้งเขียนใบนัด ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ ระบุวันที่นัดให้ชัดเจนให้กับผู้ป่วย

5. ส่งผู้ป่วยไปรับยา ณ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกพร้อม OPD Card ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

**หมายเหตุ กรณีผู้ป่วยกลับมาบริการ F/U เมื่อครบ 6 เดือนให้แนบใบสรุปผลการรักษาที่ผู้ป่วยถือมากับใบส่งตัวรักษาต่อเนื่องไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้แพทย์ก่อนส่งผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ด้วย เมื่อตรวจเสร็จแล้วให้เก็บใบสรุปผลการรักษานี้ไว้ใน OPD Card ของผู้ป่วย

แนวทางปฏิบัติของพยาบาลเวชกรรม ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ

1. รับเอกสารใบส่งตัวรักษาต่อเนื่องจากผู้ป่วย และแนบใบเวชระเบียนของผู้ป่วย ชักประวัติ ชั่งน้ำหนัก ตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการเจาะเลือดเพื่อค่า FBS วัดความดันโลหิต ตรวจวัด Vital sign เบื้องต้น

2. ค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วย

3. กรณีพบความผิดปกติตามเกณฑ์การส่งต่อให้บันทึกในเวชระเบียนและแจ้งแพทย์ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิให้ส่งผู้ป่วยกลับมาบริการรักษาในโรงพยาบาล ตาม แบบส่งกลับตามเกณฑ์

การส่งต่อผู้ป่วย

4. กรณีไม่พบความผิดปกติ ส่งผู้ป่วยเข้าพบแพทย์

5. เมื่อแพทย์ตรวจเสร็จ ผู้ป่วยรับยา ให้ออกบัตรนัดให้กับผู้ป่วยให้มารับยาครั้งต่อไปอีก 1 เดือน

6. เมื่อผู้ป่วยมารับยาครบ 5 ครั้ง ให้เขียนใบสรุปผลการรักษาใน แบบฟอร์มสรุปผลการรักษา และส่งมอบให้ผู้ป่วยกลับไปรับการตรวจกับแพทย์อายุรกรรมที่โรงพยาบาลตามวันที่ระบุในบัตรนัดของโรงพยาบาล และเน้นย้ำผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อเข้ารับตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล

แนวทางการปฏิบัติของเภสัชกร ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ

1. สืบค้นปัญหาจากการใช้ยาและการปฏิบัติตนของผู้ป่วย หากพบปัญหาให้ระบุในเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อให้พยาบาลเวชกรรมลงข้อมูลในส่วนแบบฟอร์มสรุปผลการรักษาด้วย

2. แนะนำการใช้ยา การรับประทานอาหารและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมกับภาวะโรคให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและควบคุมภาวะโรคได้

3. ช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย กรณีพบปัญหาในการใช้ยาหรือการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง
เหมาะสม

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก ๓

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย

ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

ลำดับที่	ก่อนเริ่มโครงการ								หลังสิ้นสุดโครงการ							
	Systolic	Diastolic	FBS	HbA1c	Choles	Tri	LDL	HDL	Systolic	Diastolic	FBS	HbA1c	Choles	Tri	LDL	HDL
1	127	124	144	7.7	n/a	n/a	n/a	n/a	124	80	158	6.8	n/a	n/a	n/a	n/a
2	149	110	156	8.6	n/a	n/a	n/a	n/a	110	70	135	8.2	n/a	n/a	n/a	n/a
3	121	134	158	7.0	n/a	n/a	n/a	n/a	134	73	193	6.5	146	84	80	44
4	130	120	133	7.5	200	163	142	25	120	70	193	7.8	190	275	108	27
5	142	117	160	8.5	n/a	n/a	n/a	n/a	117	73	130	9.0	125	185	61	27
6	140	110	176	7.3	152	288	58	36	110	70	81	6.1	162	151	97	35
7	129	104	188	8.9	234	225	142	47	104	84	130	8.5	154	213	72	39
8	126	120	155	7.6	155	65	90	52	120	70	146	7.7	143	181	70	37
9	138	126	167	7.2	n/a	n/a	n/a	n/a	126	64	203	7.5	n/a	n/a	n/a	n/a
10	100	125	164	8.1	n/a	n/a	n/a	n/a	125	77	206	7.9	163	83	98	48
11	123	104	138	7.5	n/a	n/a	n/a	n/a	104	69	135	7.0	n/a	n/a	n/a	n/a
12	156	123	193	9.5	156	141	74	54	123	81	136	7.2	151	140	78	45
13	142	112	175	6.7	167	131	78	63	112	74	152	5.7	n/a	n/a	n/a	n/a
14	120	122	159	8.1	149	189	69	42	122	60	144	7.3	158	121	89	45

ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ลำดับที่	ก่อนเริ่มโครงการ								หลังสิ้นสุดโครงการ							
	Systolic	Diastolic	FBS	HbA1c	Choles	Tri	LDL	HDL	Systolic	Diastolic	FBS	HbA1c	Choles	Tri	LDL	HDL
15	149	91	152	8.8	n/a	n/a	n/a	n/a	137	87	167	8.4	n/a	n/a	n/a	n/a
16	150	80	136	6.3	264	347	156	39	124	79	130	6.3	181	109	129	30
17	140	70	123	9.0	124	218	46	34	122	79	144	8.4	152	291	60	34
18	120	96	158	7.5	n/a	n/a	n/a	n/a	123	98	129	6.9	n/a	n/a	n/a	n/a
19	136	70	132	7.5	148	143	80	39	153	74	130	6.8	n/a	n/a	n/a	n/a
20	139	90	91	6.5	n/a	n/a	n/a	n/a	132	87	105	6.0	n/a	n/a	n/a	n/a
21	132	87	152	8.6	n/a	n/a	n/a	n/a	141	78	142	8.3	n/a	n/a	n/a	n/a
22	142	68	94	7.3	n/a	n/a	n/a	n/a	146	78	118	6.5	n/a	n/a	n/a	n/a
23	134	82	111	8.6	173	248	76	47	133	65	163	8.8	170	168	89	47
24	108	54	160	8.2	173	159	91	50	103	71	200	8.5	143	147	67	47
25	130	81	142	8.8	163	178	78	49	125	67	158	10.3	207	201	113	54
26	110	60	135	6.6	189	306	84	44	100	60	120	6.3	159	105	94	44
27	127	66	158	6.1	n/a	n/a	n/a	n/a	134	64	123	5.5	n/a	n/a	n/a	n/a
28	137	75	81	6.7	179	363	72	34	136	86	99	6.9	160	277	71	34
29	130	80	145	9.0	n/a	n/a	n/a	n/a	120	88	139	8.9	176	139	113	35

ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ลำดับที่	ก่อนเริ่มโครงการ								หลังสิ้นสุดโครงการ							
	Systolic	Diastolic	FBS	HbA1c	Choles	Tri	LDL	HDL	Systolic	Diastolic	FBS	HbA1c	Choles	Tri	LDL	HDL
30	145	80	137	9.5	n/a	n/a	n/a	n/a	131	87	121	9.3	131	92	64	49
31	110	74	200	8.1	142	88	57	67	111	60	135	6.9	141	79	69	56
32	123	69	122	7.4	177	113	110	44	127	72	89	6.3	175	81	120	39
33	150	90	150	7.2	n/a	n/a	n/a	n/a	156	88	107	6.5	n/a	n/a	n/a	n/a
34	158	75	123	6.2	n/a	n/a	n/a	n/a	136	92	123	6.6	n/a	n/a	n/a	n/a
35	139	85	129	8.4	210	267	106	51	120	88	131	9.2	223	223	128	50
36	133	88	147	9.9	n/a	n/a	n/a	n/a	120	70	121	8.5	n/a	n/a	n/a	n/a
37	126	85	134	7.4	127	70	47	66	131	68	173	9.0	136	98	57	59
38	140	70	154	10.3	161	85	94	50	132	74	205	10.7	165	269	63	48
39	150	90	128	9.3	n/a	n/a	n/a	n/a	160	88	92	8.9	n/a	n/a	n/a	n/a
40	150	70	153	4.8	137	71	74	49	130	70	119	4.3	147	76	80	52
41	149	82	151	7.4	157	109	90	45	134	72	120	7.4	221	121	144	53
42	141	75	148	8.7	n/a	n/a	n/a	n/a	139	71	144	9.4	n/a	n/a	n/a	n/a
43	120	70	127	6.7	n/a	n/a	n/a	n/a	113	89	115	6.1	137	126	71	41
44	130	90	169	7.2	187	256	98	38	120	70	183	8.8	141	142	72	41

ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ลำดับที่	ก่อนเริ่มโครงการ								หลังสิ้นสุดโครงการ							
	Systolic	Diastolic	FBS	HbA1c	Choles	Tri	LDL	HDL	Systolic	Diastolic	FBS	HbA1c	Choles	Tri	LDL	HDL
45	120	70	95	7.0	135	116	69	43	111	72	114	6.6	219	198	143	36
46	130	80	155	8.2	186	159	94	60	126	83	106	7.5	132	96	66	47
47	149	73	162	5.7	n/a	n/a	n/a	n/a	117	79	129	5.6	113	77	52	46
48	147	80	166	7.1	n/a	n/a	n/a	n/a	136	80	198	10.1	n/a	n/a	n/a	n/a

ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

ลำดับที่	ก่อนเริ่มโครงการ								หลังสิ้นสุดโครงการ							
	Systolic	Diastolic	FBS	HbA1c	Choles	Tri	LDL	HDL	Systolic	Diastolic	FBS	HbA1c	Choles	Tri	LDL	HDL
1	139	78	150	7.6	n/a	n/a	n/a	n/a	159	83	160	7.6	n/a	n/a	n/a	n/a
2	138	87	150	7.0	n/a	n/a	n/a	n/a	127	82	136	6.2	n/a	n/a	n/a	n/a
3	127	79	125	7.1	n/a	n/a	n/a	n/a	130	80	301	11.9	n/a	n/a	n/a	n/a
4	118	78	109	7.1	n/a	n/a	n/a	n/a	117	81	96	6.7	n/a	n/a	n/a	n/a
5	123	63	159	6.5	139	111	62	55	130	63	114	5.8	104	83	42	45
6	141	87	128	8.2	152	179	74	42	140	88	160	8.4	197	275	97	45
7	119	73	121	7.0	116	188	50	28	129	83	122	6.7	182	402	n/a	27

ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ลำดับที่	ก่อนเริ่มโครงการ								หลังสิ้นสุดโครงการ							
	Systolic	Diastolic	FBS	HbA1c	Choles	Tri	LDL	HDL	Systolic	Diastolic	FBS	HbA1c	Choles	Tri	LDL	HDL
8	120	70	102	7.2	n/a	n/a	n/a	n/a	118	93	109	7.4	n/a	n/a	n/a	n/a
9	128	88	116	7.2	n/a	n/a	n/a	n/a	116	83	104	6.6	n/a	n/a	n/a	n/a
10	120	92	93	7.6	153	116	77	53	130	70	104	7.6	111	90	59	34
11	144	91	147	7.4	185	135	119	39	147	98	164	8.4	177	157	106	40
12	126	70	185	7.7	115	84	61	37	146	68	133	6.9	108	79	51	41
13	151	76	175	10.1	126	130	71	29	126	62	88	8.0	137	90	84	35
14	122	71	123	7.0	138	110	73	43	135	66	142	6.7	150	130	77	47
15	119	83	187	8.7	n/a	n/a	n/a	n/a	119	86	164	10.8	n/a	n/a	n/a	n/a
16	129	72	135	7.9	158	258	68	38	120	70	115	7.4	137	66	69	55
17	144	80	170	8.4	133	144	71	33	147	86	169	8.2	141	207	65	35
18	139	84	122	7.1	170	192	87	45	135	67	85	8.4	117	121	45	48
19	152	86	119	7.9	169	175	89	45	151	78	104	7.4	135	85	76	42
20	118	88	195	8.3	208	106	118	69	140	85	158	7.8	228	86	136	75
21	112	79	128	9.2	291	166	216	42	103	73	183	13.2	192	117	121	48
22	140	70	153	8.8	189	247	103	37	119	61	107	9.6	181	304	86	34

ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ลำดับที่	ก่อนเริ่มโครงการ								หลังสิ้นสุดโครงการ							
	Systolic	Diastolic	FBS	HbA1c	Choles	Tri	LDL	HDL	Systolic	Diastolic	FBS	HbA1c	Choles	Tri	LDL	HDL
23	120	70	104	7.2	216	257	120	45	113	60	100	7.3	186	228	99	41
24	141	75	130	8.4	203	165	114	56	136	66	119	8.1	258	146	169	60
25	135	85	125	8.9	163	140	82	53	113	77	154	9.3	150	98	77	53
26	135	93	173	8.5	n/a	n/a	n/a	n/a	121	91	273	13.8	n/a	n/a	n/a	n/a
27	128	76	80	10.7	163	65	95	55	136	74	153	10.3	253	123	173	57
28	138	94	134	5.6	n/a	n/a	n/a	n/a	121	71	89	5.7	n/a	n/a	n/a	n/a
29	135	74	137	6.9	n/a	n/a	n/a	n/a	144	83	137	7.0	n/a	n/a	n/a	n/a
30	110	70	103	5.4	n/a	n/a	n/a	n/a	120	60	115	5.4	n/a	n/a	n/a	n/a
31	137	86	114	6.9	n/a	n/a	n/a	n/a	143	57	110	6.9	n/a	n/a	n/a	n/a
32	133	86	145	6.4	n/a	n/a	n/a	n/a	118	74	129	5.8	n/a	n/a	n/a	n/a
33	100	53	150	7.2	155	87	83	55	119	76	131	7.2	167	102	96	51
34	154	77	124	9.5	144	151	76	38	162	80	181	10.1	161	161	77	52
35	100	76	164	7.1	190	123	110	55	130	70	90	6.2	185	79	105	64
36	149	85	126	6.3	n/a	n/a	n/a	n/a	162	69	109	6.4	n/a	n/a	n/a	n/a
37	138	86	174	8.7	182	436	45	50	140	90	170	9.2	136	248	36	50

ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ลำดับที่	ก่อนเริ่มโครงการ								หลังสิ้นสุดโครงการ							
	Systolic	Diastolic	FBS	HbA1c	Choles	Tri	LDL	HDL	Systolic	Diastolic	FBS	HbA1c	Choles	Tri	LDL	HDL
38	130	80	165	7.7	n/a	n/a	n/a	n/a	124	72	130	7.7	n/a	n/a	n/a	n/a
39	145	70	82	6.3	153	192	64	51	120	70	138	5.7	146	220	55	47
40	151	89	147	7.4	n/a	n/a	n/a	n/a	150	85	153	7.0	n/a	n/a	n/a	n/a
41	132	75	166	7.0	145	146	82	34	126	77	149	5.6	129	247	51	29
42	110	65	148	7.8	n/a	n/a	n/a	n/a	120	68	141	7.6	n/a	n/a	n/a	n/a
43	128	70	138	7.5	153	119	87	42	115	55	131	7.4	155	177	84	36
44	140	80	164	7.8	n/a	n/a	n/a	n/a	121	66	145	7.0	n/a	n/a	n/a	n/a
45	140	70	101	6.6	n/a	n/a	n/a	n/a	112	43	118	6.8	n/a	n/a	n/a	n/a
46	130	70	166	8.7	n/a	n/a	n/a	n/a	120	70	126	7.3	n/a	n/a	n/a	n/a
47	124	71	151	11.5	n/a	n/a	n/a	n/a	131	72	134	11.6	n/a	n/a	n/a	n/a
48	128	77	146	6.8	n/a	n/a	n/a	n/a	112	78	187	7.6	n/a	n/a	n/a	n/a
49	125	65	112	6.8	n/a	n/a	n/a	n/a	118	77	180	7.3	n/a	n/a	n/a	n/a
50	123	88	149	7.0	n/a	n/a	n/a	n/a	144	85	131	6.5	n/a	n/a	n/a	n/a

ภาคผนวก ก
มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ข้อมูลการบริหารทางเภสัชกรรม และการแก้ไขปัญหา

ลำดับ	ปัญหา	Type of Problem	อาการแทรกซ้อน/ปัญหาที่พบ	การแก้ไข
1	รับประทานยาผิด	Medical problem with DRP	ไปถือศีล กินยาบ้าง ไม่กินบ้าง	อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการทานยา และผลที่ตามมาหากไม่ควบคุมโรค
2		Medical problem with DRP	ทานยา Nifedipine SR ผิด แพทย์สั่ง 1*1pc ทาน 0.5 * 1 pc	ทบทวนการทานยาให้กับผู้ป่วย
3		Medical problem with DRP	ทานยา Nifedipine SR ผิด แพทย์สั่ง 2*1pc ผู้ป่วย ทาน 1*1pc	ทบทวนการทานยาให้กับผู้ป่วย
4		Medical problem with DRP	ลืมทานยา Metformin, Glibenclamide มีปัญหาเวลาเข้าเวร	อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการทานยา แนะนำให้แบ่งยาไว้ที่ทำงานบางส่วน
5		Medical problem with DRP	แพทย์เพิ่ม dose Metformin แต่ผู้ป่วยกลัวเลยไม่กล้าเพิ่มยาตามแพทย์สั่ง	อธิบายถึงหลักการปรับยาของแพทย์ ให้ผู้ป่วยเข้าใจ และแจ้งให้เภสัชกรแจ้งอาการไม่พึงประสงค์จากยา
6		Medical problem with DRP	ทานยา Metformin ผิดวิธี	อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการทานยา และผลที่ตามมาหากไม่ควบคุมโรค

ข้อมูลการบริหารทางเภสัชกรรม และการแก้ไขปัญหา (ต่อ)

ลำดับ	ปัญหา	Type of Problem	อาการแทรกซ้อน/ปัญหาที่พบ	การแก้ไข
7	รับประทานยาผิด	Medical problem with DRP	ไปถือศีล กินยาบ้าง ไม่กินบ้าง	อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการทานยา และผลที่ตามมาหากไม่ควบคุมโรค
8	ไม่ได้รับประทานยา	Medical problem with DRP	ขาดยา Glibenclamide 2 วัน	ระบุน้ำวันนัดกับผู้ป่วย และหากยาหมดก่อนให้มารับได้ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและแจ้งว่าเป็นยาเดิม ทบทวนการทานยาให้กับผู้ป่วย
9		Medical problem with DRP	ขาดยา Enalapril(20) 2 วัน	ระบุน้ำวันนัดกับผู้ป่วย และหากยาหมดก่อนให้มารับได้ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและแจ้งว่าเป็นยาเดิม ทบทวนการทานยาให้กับผู้ป่วย
10		Medical problem with DRP	ขาดยา Lopid 3 วัน	ระบุน้ำวันนัดกับผู้ป่วย และหากยาหมดก่อนให้มารับได้ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและแจ้งว่าเป็นยาเดิม ทบทวนการทานยาให้กับผู้ป่วย
11		Medical problem with DRP	ไม่ทานยา baby aspirin	อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการทานยา
12		Medical problem	ผู้ป่วยขาดยา ความดัน 3 อาทิตย์ เนื่องจากพยาบาลลืมนัดผู้ป่วย	ระบุน้ำวันนัดกับผู้ป่วย และหากยาหมดก่อนให้มารับได้ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและแจ้งว่าเป็นยาเดิม

ข้อมูลการบริหารทางเภสัชกรรม และการแก้ไขปัญหา (ต่อ)

ลำดับ	ปัญหา	Type of Problem	อาการแทรกซ้อน/ปัญหาที่พบ	การแก้ไข
13	ไม่ได้รับประทานยา	Medical problem with DRP	ไม่ทานยา Metformin มื้อกลางวัน	อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการทานยา
14		Medical problem with DRP	ทานยา Glibenclamide 2 - 3 วันครั้ง	อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการทานยา และผลที่ตามมาหากไม่ควบคุมโรค
15		Medical problem with DRP	ขาดยาเบาหวาน 2 วัน	ระบุน้ำวันนัดกับผู้ป่วย และหากยาหมดก่อนให้มารับได้ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและแจ้งว่าเป็นยาเดิม ทบทวนการทานยาให้กับผู้ป่วย
16		Medical problem with DRP	ขาดไขมันในเลือดทานบ้าง ไม่ทานบ้าง	อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการทานยา และผลที่ตามมาหากไม่ควบคุมโรค
17	เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา	Medical problem	มีอาการใจสั่น บางครั้ง	แนะนำเรื่องอาหารและการรับประทานยา เนื่องจากผู้ป่วยทานอาหารไม่เป็นเวลา
18		Medical problem with DRP	ก่อนมาเจาะเลือดช่วงเย็นงดยา Glibenclamide เนื่องจากมีใจสั่น อาเจียน	แนะนำการปฏิบัติตนเมื่อเกิดภาวะ Hypoglycemia

ข้อมูลการบริหารทางเภสัชกรรม และการแก้ไขปัญหา (ต่อ)

ลำดับ	ปัญหา	Type of Problem	อาการแทรกซ้อน/ปัญหาที่พบ	การแก้ไข
19	เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา	Medical problem with DRP	ทานยา Bco แล้วใจสั่น	แจ้งแพทย์ให้เปลี่ยนยา
20	แพทย์ไม่ได้สั่งยา/สั่งยาผิดจำนวน	Medical problem with DRP	แพทย์ลืมสั่งยา Enalapril(20) ให้ผู้ป่วย	แจ้งแพทย์เนื่องจากผู้ป่วยมียาเดิมครั้งที่แล้ว แพทย์ไม่ได้ย้อนกลับไปดูประวัติเดิม
21		Medical problem	สั่ง Lopid ผิดจำนวน	แก้ไขให้เพียงพอกับวันนัด
22		Medical problem with DRP	แพทย์ส่งตัวผู้ป่วยให้ Metformin2*2 pc แพทย์ศูนย์สุขภาพชุมชนให้ 1*2 pc	แจ้งแพทย์ให้ปรับวิธีใช้ตามใบส่งตัว
23	ผลจากอาหาร	Medical problem	ผู้ป่วยไปบวช ซีพราหมณ์ กินแต่น้ำหวาน	อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะน้ำตาลที่สูง เน้นให้ควบคุมเครื่องดื่ม
24		Medical problem	ระดับน้ำตาลในเลือดสูง	แนะนำผู้ป่วยเรื่องการควบคุมอาหาร
25		Medical problem	รับประทานมะม่วงมาก น้ำตาลขึ้น	แนะนำเรื่องอาหาร
26		Medical problem	ทานอาหารเค็ม	แนะนำเรื่องอาหารและผลกระทบจากการรับประทานเค็ม

ข้อมูลการบริหารทางเภสัชกรรม และการแก้ไข้ปัญหา (ต่อ)

ลำดับ	ปัญหา	Type of Problem	อาการแทรกซ้อน/ปัญหาที่พบ	การแก้ไข
27	ผลจากอาหาร	Medical problem	ชอบทานยาคุลย์ น้ำส้มขวด	แนะนำเรื่องอาหาร
28		Medical problem	ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น	แนะนำเรื่องอาหาร ผู้ป่วยทานอาหารเค็ม
29		Medical problem	ผู้ป่วยดื่มน้ำเบียร์ 5 ครั้ง/สัปดาห์	แนะนำเรื่องอาหาร แนะนำงดแอลกอฮอล์และอธิบายถึงผลของแอลกอฮอล์
30		Medical problem	ผู้ป่วยทานข้าวเหนียวแทนข้าวมากน้ำตาลในเลือดขึ้นสูง	แนะนำเรื่องอาหาร
31		Medical problem	ผู้ป่วยกินข้าวเหนียวมะม่วง	แนะนำเรื่องอาหาร
32		Medical problem	ผู้ป่วยกินกาแฟทุกเช้า	แนะนำเรื่องอาหารและการปฏิบัติตัว
33		Medical problem	ผู้ป่วยดื่มน้ำ M- 150 3 - 4 วัน/สัปดาห์	แนะนำเรื่องอาหาร
34		Medical problem	ดื่มน้ำเครื่องดื่มน้ำทุกชนิด	แนะนำเรื่องอาหารและการปฏิบัติตัว
35		Medical problem	ผู้ป่วยทานเค็ม	แนะนำเรื่องอาหาร และผลจากการทานเค็ม
36		Medical problem	ทานข้าวกับน้ำพริกทุกวัน รสเค็ม	แนะนำเรื่องอาหาร

ข้อมูลการบริหารทางเภสัชกรรม และการแก้ไข้ปัญหา (ต่อ)

ลำดับ	ปัญหา	Type of Problem	อาการแทรกซ้อน/ปัญหาที่พบ	การแก้ไข
37	ผลจากอาหาร	Medical problem	ผู้ป่วยกินข้าวเหนียวมะม่วง	แนะนำเรื่องอาหาร
38		Medical problem	ผู้ป่วยกินข้าวเหนียวมะม่วง	แนะนำเรื่องอาหาร
39		Medical problem	ทานขนมแข็ง	แนะนำเรื่องอาหาร
40		Medical problem	เวียนศีรษะตอนเช้า อ่อนนอน	แนะนำการปฏิบัติตน
41		Medical problem	ทานอาหารเค็ม	แนะนำเรื่องอาหาร
42		Medical problem	ทานขนม ข้าวเหนียวมะม่วง	แนะนำเรื่องอาหาร
43		Medical problem	ทานอาหารเค็ม	แนะนำเรื่องอาหาร
44		Medical problem	ผู้ป่วยออกงานเลี้ยงบ่อย น้ำตาลในเลือดคดขึ้น	แนะนำเรื่องการควบคุมอาหาร
45		Medical problem	ผู้ป่วยรับประทานมะม่วงมาก	แนะนำเรื่องอาหาร
46		Medical problem	ดื่มเครื่องดื่มและน้ำอัดลม	แนะนำเรื่องอาหาร และผลจากการไม่ควบคุมภาวะโรค

ข้อมูลการบริหารทางเภสัชกรรม และการแก้ไขปัญหา (ต่อ)

ลำดับ	ปัญหา	Type of Problem	อาการแทรกซ้อน/ปัญหาที่พบ	การแก้ไข
47	ผลทางด้านจิตใจ	Medical problem with DRP	นอนไม่หลับ	แจ้งแพทย์เพิ่มยานอนหลับให้กับผู้ป่วย
48		Medical problem	มีภาวะเครียดขโมยขึ้นบ้าน	แนะนำให้ทำจิตใจให้สบาย และแจ้งถึงผลกระทบจากภาวะเครียด
49		Medical problem with DRP	นอนไม่หลับ	แจ้งแพทย์เพิ่มยานอนหลับให้กับผู้ป่วย
50		Medical problem	ผู้ป่วยนอนไม่หลับ	แนะนำให้ออกกำลังกายเบา ๆ ในช่วงเย็น ทำจิตใจให้สบาย
51	อื่น ๆ	Medical problem	มีอาการเวียนศีรษะ	แจ้งผู้ป่วยให้เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาดนน้ำตาลในเลือด
52		Medical problem	มีเวียนศีรษะเวลาเปลี่ยนท่า	แนะนำการปฏิบัติตนเวลาเปลี่ยนท่าให้เปลี่ยนช้า ๆ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางชวนชม ภักดิ์ธนา
ที่อยู่	82/1 หมู่ 1 ตำบลวังเย็น อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี 70160
ที่ทำงาน	โรงพยาบาลโพธาราม เลขที่ 29 ถนนขนานทางรถไฟ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี 70120 โทรศัพท์ (032) 355300 ต่อ160
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2543	สำเร็จการศึกษาเภสัชศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยศิลปากร พระราชวังสนามจันทร์ นครปฐม
พ.ศ. 2551	ศึกษาต่อระดับปริญญาโท สาขาวิชา การจัดการทางเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2543-ปัจจุบัน	เภสัชกร โรงพยาบาลโพธาราม

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์