

## บทที่ 5

### บทสรุป

การวิจัยเรื่อง ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรโดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลลัพธ์การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์การจัดบริการของผู้ป่วยนอก และเปรียบเทียบการจัดบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ปี พ.ศ.2554 จำนวนทั้งหมด 1,059 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวนทั้งหมด 11 คน พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวนทั้งหมด 2 คน แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 14 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 290 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร โดยใช้การคำนวณตามตารางสำเร็จรูปของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ระดับ  $\pm 5\%$  (บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ, 2540, หน้า 71) ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 290 คน และเนื่องจากแพทย์และพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรมีจำนวนน้อยผู้วิจัยจึงใช้ประชากรในการศึกษา กำหนดตามสัดส่วนของประชากร ได้แก่ แพทย์/พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 คน

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามการให้บริการผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด (FBS และ HbA<sub>1c</sub>) 3) การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 ตามการรับรู้ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติโดยการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ผลลัพธ์การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มประชากร คือ 1.กลุ่มผู้ให้บริการ จะถูกวิเคราะห์ทั้งในส่วนของคุณภาพข้อมูลส่วนบุคคล และความพึงพอใจในการให้บริการ 2.กลุ่มผู้รับบริการ จะถูกวิเคราะห์ทั้งในส่วนของคุณภาพข้อมูลส่วนบุคคล การให้บริการผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการปฐมภูมิ และความพึงพอใจในการรับบริการ โดยข้อมูลทั้ง 3 กลุ่มประชากรจะถูกวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ เฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

นำข้อมูลระหว่าง รพ.สต.ด้านความพึงพอใจและผลลัพธ์การให้บริการผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้การวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 วิเคราะห์โดยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน แหล่งการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำการวิเคราะห์โดย แจกแจงข้อมูลเป็น ความถี่และร้อยละ ส่วนที่ 2 การให้บริการผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการปฐมภูมิและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทำการวิเคราะห์โดย แจกแจงข้อมูลเป็น ความถี่ ร้อยละ เฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ด้านการสนับสนุนตนเองตามการรับรู้ของผู้รับบริการ ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way analysis of variance) ส่วนด้านการออกแบบระบบบริการ ด้านระบบการสนับสนุนการตัดสินใจ ด้านระบบสารสนเทศทางคลินิก ด้านการเชื่อมโยงกับชุมชน และด้านนโยบายองค์กรสุขภาพ ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และแพทย์/พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปรากฏผลดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.55 มีอายุระหว่าง 40 – 60 ร้อยละ 47.93 มีรายได้ต่อเดือน 5,000 บาทและต่ำกว่า ร้อยละ 58.63 มีการศึกษาาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.97 และมีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน 6 – 10 ปี ร้อยละ 47.25

2. แพทย์/พยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36 – 40 ปี ร้อยละ 35.71 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 92.86 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ใน รพ.สต.ของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ร้อยละ 78.57

## ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์

1. การให้บริการผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.34 \pm 0.52$ ) เมื่อจำแนกแต่ละหน่วยบริการก็พบว่าทุกหน่วยบริการมีเกณฑ์อยู่ในระดับดี

2. ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด: FBS / HbA<sub>1c</sub> ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือด FBS ครั้งที่ 1 เท่ากับ ( $\bar{X} \pm S.D. = 130.56 \pm 32.64$ ) ระดับน้ำตาลในเลือด FBS ครั้งที่ 2 เท่ากับ ( $\bar{X} \pm S.D. = 114.97 \pm 31.04$ ) ระดับน้ำตาลในเลือด FBS ครั้งที่ 3 เท่ากับ ( $\bar{X} \pm S.D. = 108.56 \pm 31.45$ ) ระดับน้ำตาลในเลือด FBS เฉลี่ย 3 ครั้ง เท่ากับ ( $\bar{X} \pm S.D. = 118.03 \pm 23.35$ ) ระดับน้ำตาลในเลือด HbA<sub>1c</sub> เฉลี่ยเท่ากับ ( $\bar{X} \pm S.D. = 7.08 \pm 1.87$ )

3. ความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามการรับรู้ของผู้รับบริการ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ พบว่า ด้านการสนับสนุนการดูแลตนเอง มีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.90 \pm 0.63$ ) เมื่อจำแนกแต่ละหน่วยบริการพบว่า รพ.สต.ที่มีความพึงพอใจสูงสุดได้แก่ รพ.สต.4 ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.27 \pm 0.30$ ) รองลงมาเป็น รพ.สต.5 ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.14 \pm 0.35$ ) รพ.สต.3 ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.10 \pm 0.59$ ) รพ.สต. 1 ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.06 \pm 0.59$ ) รพ.สต. 2 ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.78 \pm 0.61$ ) มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และรพ.สต. 6 อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} \pm S.D. = 2.87 \pm 0.49$ )

4. ความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ ด้านการออกแบบระบบบริการ ด้านระบบการสนับสนุนการตัดสินใจ ด้านระบบสารสนเทศทางคลินิก ด้านการเชื่อมโยงแหล่งสนับสนุนในชุมชน และด้านนโยบายองค์กรสุขภาพ พบว่า

4.1 ด้านการออกแบบระบบบริการ พบว่า มีความพึงพอใจการจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.92 \pm 0.76$ )

4.2 ด้านระบบการสนับสนุนการตัดสินใจ พบว่า มีความพึงพอใจการจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.01 \pm 0.71$ )

4.3 ด้านระบบสารสนเทศทางคลินิก พบว่า มีความพึงพอใจการจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.56 \pm 0.81$ )

4.4 ด้านการเชื่อมโยงแหล่งสนับสนุนในชุมชน พบว่า มีความพึงพอใจการจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.63 \pm 0.61$ )

4.5 ด้านนโยบายองค์กรสุขภาพ พบว่า มีความพึงพอใจการจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.81 \pm 0.57$ )

**ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบผลลัพธ์การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ปรากฏผลดังนี้**

1. เปรียบเทียบผลลัพธ์การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผลลัพธ์การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบผู้ป่วยนอกจำแนกตามหน่วยบริการ ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดทั้ง FBS และ HbA<sub>1c</sub> ของผู้ป่วย จำแนกตามหน่วยบริการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. เปรียบเทียบความพึงพอใจการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามการรับรู้ของผู้รับบริการ ในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จำแนกตามหน่วยบริการ พบว่า ความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลด้านการสนับสนุนการดูแลตนเอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ ซึ่งมี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกแบบระบบบริการ ด้านระบบการสนับสนุนการตัดสินใจ ด้านระบบสารสนเทศทางคลินิก ด้านนโยบายองค์กรสุขภาพ และด้านการเชื่อมโยงกับชุมชน เมื่อจำแนกตามหน่วยบริการพบว่ามีความแตกต่างกันตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงมากที่สุดในทุกด้าน



## อภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีประเด็นในการอภิปราย ดังนี้

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6 – 10 ปี ร้อยละ 47.25 ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดภาวะแทรกซ้อนพบว่าระยะเวลาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะต่ออินซูลินและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงขึ้น (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, 2552)

### 2. ผลลัพธ์การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนี้

2.1 การจัดบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.34 \pm 0.52$ ) เมื่อจำแนกแต่ละหน่วยบริการก็พบว่าทุกหน่วยบริการมีเกณฑ์อยู่ในระดับดี ทุก รพ.สต. แม้โดยภาพรวมระดับของผลลัพธ์ของการจัดบริการจะอยู่เกณฑ์ดี แต่จะพบว่ามีประเด็นในด้านที่เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ เช่น การให้การต้อนรับ การให้บริการโดยแพทย์ การซักถามอาการและความรู้สึก การตอบข้อกังวลต่าง ๆ อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.88) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังให้ความสำคัญกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ ผู้ทำการต้อนรับซึ่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาลประจำ รพ.สต. ที่จะพบผู้ป่วยเป็นคนแรก จนถึงแพทย์ผู้ให้บริการใน รพ. สต. ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อมรรัตน์ รัตนศิริ (2543) กล่าวถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยในการสื่อสารระหว่างแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขพบว่ามีความสำคัญ เพราะหากผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อการรักษาอาจนำไปสู่การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาได้ อันจะทำให้เกิดผลเสียกับผู้ป่วยได้และงานวิจัยของ ปรีชา อุบโยคิน (2538) ได้สรุปเหตุผลในการเลือกแหล่งรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในพฤติกรรมแสวงหาการรักษา ระหว่างโรคเรื้อรังและโรคที่มีอาการเฉียบพลันไว้ว่าแม้ว่าการรักษาจะมีประสิทธิภาพเท่า ๆ กัน แต่ผู้รักษาที่มีอภัยภัยดีพูดกันรู้เรื่อง ก็เลือกมารักษา และใกล้เคียงกับการศึกษาของวสุ ธีระวานิช (2551) ที่พบว่า ความพึงพอใจด้านระบบการให้บริการ ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก และมีข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการซึ่งต้องการให้มีศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีสถานที่ออกกำลังกายและพักผ่อน ควรมีเจ้าหน้าที่บริการทางด้านสุขภาพจิตของประชาชนให้ผู้ให้บริการ มีเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย มีเจ้าหน้าที่ นายแพทย์ รักษาโรคเฉพาะทาง บริการข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ ให้ผู้รับบริการอย่างทั่วถึง

สำหรับประเด็นด้านระยะเวลาที่ทำการเปิดเพิ่มเติมและประเด็นด้านการทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้นั้น ได้คะแนนสูงสุด แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่รับบริการใน รพ.สต.

มีความต้องการในการดูแลสุขภาพของตนเองซึ่งเป็นไปตามหลักการของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่วนด้านการระยะเวลาการเปิดเพิ่มเติมแสดงให้เห็นว่า รพ.สต.อาจมีความจำเป็นต้องปรับระยะเวลาการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งจะเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการเข้ารับบริการได้มากขึ้น ซึ่งตามแนวคิดของ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขกล่าวว่า องค์ประกอบที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการ คือ ผลลัพธ์บริการที่มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนซึ่งปัจจุบันระบบของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดให้มีมาตรฐานต่างๆ เพื่อเป็นเครื่องมือในการกำกับและประกันคุณภาพของระบบ (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2552. หน้า 7)

2.2 ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือด FBS ครั้งที่ 1-3 เท่ากับ  $130.56 \pm 32.64$ ,  $114.97 \pm 31.04$  และ  $108.56 \pm 31.45$  ตามลำดับ ระดับน้ำตาลในเลือด FBS เฉลี่ย 3 ครั้ง เท่ากับ  $118.03 \pm 23.35$  และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม  $HbA_{1c}$  เฉลี่ยเท่ากับ  $7.08 \pm 1.87$  แสดงว่าการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นลำดับอย่างไรก็ตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และ ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ( $HbA_{1c}$ )ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีปัจจัยเกี่ยวข้องได้แก่ การควบคุมอาหารซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน การให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างละเอียดเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ถูกต้องเป็นผลให้สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ดี นอกจากนั้นออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวานรองลงมาจากควบคุมอาหาร ทั้งนี้การออกกำลังกายนอกจากจะช่วยให้น้ำหนักลดลงเนื่องจากการใช้พลังงานไปแล้วยังช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดความต้องการอินซูลินของร่างกาย ช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547, หน้า 3) และจากแนวคิดของ Karen (2007) ที่กล่าวว่า การใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และงานวิจัยของ Bernstein (2008) ที่พบว่า Chronic care model เป็นรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังที่สามารถเปลี่ยนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ดีมีประสิทธิภาพ เกิดความร่วมมือในกระบวนการรักษากันมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Coleman, Austin, Brach, and Wagner (2009) ที่พบว่า Chronic care model ได้มีการพัฒนาปรับปรุงให้เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีคุณภาพ

และและถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในอเมริกาและทั่วโลกและได้มีการรวบรวม ออกแบบให้เป็นคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ตีพิมพ์ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

### 3. การจัดการบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า

3.1 ด้านการสนับสนุนการดูแลตนเอง พบว่า ในภาพรวมผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการสนับสนุนการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับผลลัพธ์การจัดการบริการที่ได้อยู่ในเกณฑ์ดี โดยเฉพาะประเด็นด้านการให้คำแนะนำด้านตัวโรค การรับประทานยา การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจสูงที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Heisler and others (2006) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง HbA<sub>1c</sub> ในผู้ป่วยโรคเบาหวานกับความเข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับการจัดการด้วยตนเอง ซึ่งได้ข้อสรุปว่า ความเข้าใจในเรื่องระดับของน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยมีความสำคัญมาก และให้คำแนะนำว่าอย่างน้อยผู้ป่วยก็ควรจำค่าดังกล่าวครั้งล่าสุดได้ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้มีสุขภาพดีขึ้นเป็นลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของพรรณงาม ประสารชัยมนตรี (2546) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโครงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ผลการวิจัยพบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานจากการทำแบบประเมินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาจึงเป็นการสนับสนุนแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังของวากเนอร์ในประเด็นด้านการสนับสนุนการดูแลตนเอง

3.2 ด้านการออกแบบระบบบริการ ผู้ให้บริการ ระบุว่าออกแบบระบบบริการของเครือข่ายในภาพรวมอยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตามยังมีอีก 2 รพ.สต. ที่มีความเห็นว่าการออกแบบระบบบริการอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ระบบการติดตามผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่า ซึ่งการจัดระบบการให้บริการ มีข้อมูลที่ต่อเนื่อง รวมถึงมีระบบที่ใช้เตือนในกรณีที่ขาดบริการ และมีการประสาน ส่งต่อข้อมูลจะทำให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2552. หน้า 49) และโดยเฉพาะด้านระบบการคัดกรองจะมีระดับความพอใจสูงที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการบริการอย่างเป็นองค์รวมของ สำเร็จ แหงงกระโทก (2544) ที่ให้แนวคิดว่า ต้องเอื้อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานโดยทั่วหน้า เอื้อต่อการจัดบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง ต้องเอื้อให้เกิดระบบที่ผสมผสานดูแลด้วยแนวคิดแบบองค์รวมบูรณาการดูแลทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและการฟื้นฟูสภาพอย่างสอดคล้องกับสภาพความต้องการของประชาชน

3.3 ด้านระบบการสนับสนุนการตัดสินใจ ผู้ให้บริการรับรู้การสนับสนุนการตัดสินใจอยู่ในภาพรวมอยู่ระดับมาก โดยมี 2 รพ.สต.มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด และ 4 รพ.สต.อยู่ในระดับมาก และ 1 รพ.สต.อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพบว่าประเด็นในเรื่องของการติดตามเยี่ยมบ้านและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มี 2 รพ.สต.มีความพึงพอใจในระดับปานกลางแสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการให้ความสำคัญกับ ประเด็นในเรื่องของการติดตามเยี่ยมบ้าน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ กระทรวงสาธารณสุข ที่กล่าวว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นกระบวนการเพิ่มคุณภาพ และประสิทธิภาพในการดูแลประชาชน รพ.สต.จึงมีหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยซึ่งการดูแลสุขภาพที่บ้านถือเป็นเครื่องมือสำคัญ เป็นจุดแข็ง และเอกลักษณ์บริการในการดูแลระดับปฐมภูมิ (กระทรวงสาธารณสุข, 2552. หน้า 180)

3.4 ด้านระบบสารสนเทศทางคลินิก ผู้ให้บริการรับรู้ระบบสารสนเทศทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ระดับมาก โดยมี 4 รพ.สต.อยู่ในระดับมาก และ 2 รพ.สต.อยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะในประเด็นความสมบูรณ์ของฐานข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เพราะนอกจากจะช่วยอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยแล้ว ความสมบูรณ์ของฐานข้อมูล ยังมีประโยชน์สำหรับนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาระบบบริการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554) และจากการศึกษาของ Bernstein (2008) ศึกษารูปแบบใหม่ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ให้ความสำคัญกับฐานข้อมูล โดยระบุว่า การมีฐานข้อมูลที่ดีในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย จะเกิดความเป็นระบบในการติดตามผลการรักษาระหว่างผู้ป่วยและทีมดูแลสุขภาพ และเป็นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเชิงรุก

3.5 ด้านการเชื่อมโยงแหล่งสนับสนุนในชุมชน ผู้ให้บริการรับรู้การเชื่อมโยงแหล่งสนับสนุนในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับมาก แต่ยังมี 3 รพ.สต.ที่ได้ระดับมากและ 4 รพ.สต.อยู่ในระดับปานกลางซึ่งแหล่งสนับสนุนในชุมชนมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานดังงานวิจัยของ ชนิษฐา นันทบุตร (2550) ที่ได้ถอดบทเรียนการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชนซึ่งเป็นกรณีศึกษาในวัดกรรมกรดูแลสุขภาพชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงทั้งสองเรื่องมีกระบวนการพัฒนา โดยปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานเป็นตัวตั้งพบว่าการหาและใช้ทุนทางสังคมในพื้นที่ ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จนเกิดเป็นแนวทางของการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิต และเป็นแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่สำคัญ

3.6 นโยบายองค์กรสุขภาพ ผู้ให้บริการรับรู้นโยบายองค์กรสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก แต่ยังมี 3 หน่วยบริการที่รับรู้ด้านนโยบายองค์กรสุขภาพในระดับปานกลาง ซึ่งพบว่า

ประเด็นในเรื่องของการมีแผนการปฏิบัติงานในระยะสั้นและระยะยาวในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเน้นชุมชนมีส่วนร่วม และ ประเด็นในเรื่องของการมีวิสัยทัศน์ และพันธกิจขององค์กรที่ชัดเจนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างเป็นองค์รวม มีความพึงพอใจในระดับมาก และมีคะแนนมากที่สุดในทุกประเด็นตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการให้ความสำคัญกับประเด็นดังกล่าวซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสำนักพัฒนากระบวนการสุขภาพ ในส่วนของมาตรฐานคุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ด้านการวางแผนเชิงกลยุทธ์ โดยองค์กรควรมีการวางแผนเชิงกลยุทธ์ โดยใช้ข้อมูลสถานการณ์องค์กร ร่วมกับสภาพปัจจัยภายนอก ในการกำหนดยุทธศาสตร์ระยะสั้น ระยะยาว และ กลยุทธ์การดำเนินงานให้เป็นไปตามพันธกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กร รวมทั้งการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ และมีการวัดผลความก้าวหน้า รวมทั้งการยกระดับความสามารถในการดำเนินงานขององค์กร ซึ่งตอบสนองต่อความท้าทายขององค์กร และกำหนดเป้าหมายผลการดำเนินงาน ตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่ต้องการในอนาคตให้บรรลุเป้าหมายต่อไปซึ่งการจัดทำยุทธศาสตร์และกลยุทธ์มีข้อกำหนดโดยรวมเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จของเครือข่ายบริการปฐมภูมิทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่ แผนปฏิบัติงาน 4 ปี แผนปฏิบัติงาน 1 ปี รวมถึงกรอบเวลาที่ใช้ในการวางแผน ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดในการจัดทำแผน(สำนักพัฒนากระบวนการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2552. หน้า 20) และสอดคล้องกับแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุขที่กล่าวว่า นโยบายด้านการพัฒนา รพ.สต. เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการปฏิรูประบบสาธารณสุขหรือระบบสุขภาพ และเป็นยุทธศาสตร์ที่เน้นงานรักษาพยาบาล แบบตั้งรับมาเป็นการดำเนินงานเชิงรุกโดยเน้นการส่งเสริมให้มีการสร้างสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งมีผลทำให้ระบบบริการสุขภาพในภาพรวมมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552.บทนำ)

4. ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์การจัดการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์

4.1 ผลลัพธ์การจัดการจัดบริการดูแลผู้ป่วยนอก พบว่า แต่ละ รพ.สต.ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงว่าการจัดบริการทั้ง 6 รพ.สต. มีการให้บริการที่คล้ายคลึงกันซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์การจัดการจัดบริการพบว่าในภาพรวมการให้บริการไม่มีความแตกต่างกันซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 แสดงให้เห็นว่าการจัดบริการดูแลผู้ป่วยนอก ในแต่ละ รพ.สต.ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีมาตรฐานการจัดการจัดบริการใกล้เคียงตามมาตรฐานเดียวกันซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสำนักพัฒนากระบวนการสุขภาพ ในการจัดเกณฑ์คุณภาพเครือข่าย

บริการปฐมภูมิ (Primary Care Award : PCA) ในส่วนของระบบงานและกระบวนการสำคัญของ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ หมวด 6 ด้านระบบบริการ โดยมีการกำหนดเกณฑ์การการจัดระบบ บริการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่ายอย่างเท่าเทียม (Accessibility) เพื่อให้ประชาชนทุก กลุ่มเข้าถึงบริการได้ง่าย และครอบคลุมการบริการที่สร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วน เสีย (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2552. หน้า 48)

4.2 ระดับน้ำตาลในเลือด ทั้ง FBS และ HbA<sub>1c</sub> ของแต่ละ รพ.สต. มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานที่ 1 ที่พบว่ามีค่าสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย เล็กน้อย ที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข จากการศึกษาของ Karen (2007) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ขึ้นอยู่กับอายุ น้ำหนัก อัตราการสูบบุหรี่ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวานในผู้ป่วยแต่ละคน ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทั้ง FBS และ HbA<sub>1c</sub> ของ ผู้ป่วยแต่ละ รพ.สต. ไม่ได้ขึ้นอยู่กับบริการเพียงด้านเดียว แต่ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย แต่ละคนด้วยจึงทำให้ FBS และ HbA<sub>1c</sub> ของผู้ป่วยในแต่ละ รพ.สต. ต่างกัน

4.3 เปรียบเทียบการรับรู้การจัดการบริการตามการรับรู้ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

4.3.1 การจัดการบริการในด้านการสนับสนุนการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้รับบริการ ของแต่ละ รพ.สต. พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่ง ปฏิเสธสมมติฐานที่ 2 แสดงว่าผู้รับบริการได้รับการดูแลด้านนี้ยังไม่เท่าเทียมกันซึ่งควรจัดระบบ บริการปฐมภูมิเครือข่ายเดียวกัน ให้มีความเท่าเทียมกัน

4.3.2 การจัดการบริการด้านการออกแบบระบบบริการตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ มีความแตกต่างกัน โดยการจัดการบริการด้านการออกแบบระบบบริการตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ ของรพ.สต.6 อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.54 \pm 0.68$ ) รพ.สต. 4 ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.46 \pm 0.89$ ) รพ.สต.2 ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.21 \pm 0.75$ ) รพ.สต.1 ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.12 \pm 0.83$ ) และรพ.สต. 3 ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.01 \pm 0.77$ ) อยู่ในระดับมาก ส่วนหน่วยบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.37 \pm 0.59$ ) และรพ.สต. 5 ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.38 \pm 0.61$ ) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งปฏิเสธ สมมติฐานที่ 3 พบว่าการออกแบบระบบบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังมีประเด็นในเรื่อง ของระบบการติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ และผู้ป่วยรายเก่าอย่างเป็น องค์กรรวม รวมถึงประเด็นเรื่องการสื่อสาร และให้ข้อมูล ในผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่า ตลอดจนความ รวดเร็วในการให้บริการ พบว่าควรมีการทำหน้าที่เชิงรุกเข้าไปในครอบครัวและชุมชน รวมถึงการ

ดูแลครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นองค์รวม อีกทั้งควรพัฒนาการออกแบบระบบการบริการสุขภาพ ให้สนับสนุนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองให้ได้อย่างเท่าเทียมกัน (ลำเรียง แหียงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, 2544)

4.3.3 การจัดบริการในด้านการสนับสนุนการตัดสินใจ ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการมีความแตกต่างกัน โดยการจัดบริการด้านการสนับสนุนการตัดสินใจ ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการของรพ.สต. 6 ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.67 \pm 0.80$ ) และรพ.สต. 1 ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.50 \pm 0.73$ ) อยู่ในระดับมากที่สุด รพ.สต. 4 ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.22 \pm 0.85$ ) รพ.สต. 3 ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.14 \pm 0.72$ ) รพ.สต. 2 ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.93 \pm 0.88$ ) และหน่วยบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.60 \pm 0.65$ ) อยู่ในระดับมาก และรพ.สต. 3 ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.31 \pm 0.48$ ) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 3 พบว่าในแต่ละรพ.สต. มีการจัดบริการในด้านการสนับสนุนการตัดสินใจเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ แต่พบว่าประเด็นระบบการเยี่ยมบ้าน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่าง สหสาขาวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แม้ในภาพรวมจะอยู่ในระดับมาก แต่พบว่าได้คะแนนเฉลี่ย (3.79) และ (3.71) ซึ่งน้อยกว่าในประเด็นด้านอื่นๆตามลำดับ อย่างไรก็ตามพบว่าการสนับสนุนดังกล่าวทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ ชุมชน เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ตอบสนองความต้องการ ความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และนำไปสู่การมีสุขภาพดี ชุมชนพึ่งตนเองได้ อย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2552)

4.3.4 การจัดบริการในด้านระบบสารสนเทศทางคลินิกตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ พบว่ามีความแตกต่างกันโดยการจัดบริการด้านระบบสารสนเทศทางคลินิกตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ รพ.สต. 4 ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.12 \pm 0.99$ ) รพ.สต. 3 ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.99 \pm 1.13$ ) รพ.สต. 2 ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.83 \pm 0.78$ ) และรพ.สต. 6 ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.85 \pm 0.85$ ) อยู่ในระดับมาก ส่วนหน่วยบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.49 \pm 0.66$ ) รพ.สต. 5 ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.08 \pm 0.63$ ) และรพ.สต. 1 ( $\bar{X} \pm S.D. = 2.77 \pm 1.75$ ) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานที่ 3 ซึ่งพบว่าในแต่ละ รพ.สต. มีการจัดบริการในด้านระบบสารสนเทศทางคลินิกเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังมีประเด็นในเรื่องของการพัฒนาฐานข้อมูล ตลอดจนความสะดวกในการให้บริการฐานข้อมูล ให้มีประสิทธิภาพ และเกิดความร่วมมือในกระบวนการรักษาร่วมกันมากขึ้นระหว่างผู้ป่วย กับทีมผู้ดูแล เกิดความเป็นระบบในการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีฐานข้อมูลที่ดีในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย (Bernstein, 2008) ทำให้เกิดความเป็นระบบในการติดตามผลการรักษาระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้ดูแลสุขภาพ และเป็นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเชิงรุก ทำ

ให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจในการจัดการกับโรคของตนเอง รวมถึงมีการวิเคราะห์และจัดการข้อมูลสารสนเทศ เพื่อผลักดันให้เกิดการประเมินผล ทบทวนผลการดำเนินงาน และนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนาการจัดการ และกระบวนการดำเนินงานขององค์กรให้มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดการปรับปรุงและเพิ่มขีดความสามารถของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

4.3.5 การจัดการบริการในด้านนโยบายขององค์กรสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ให้บริการพบว่ามีความแตกต่างกันให้บริการ โดยการจัดการบริการด้านนโยบายขององค์กรสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ รพ.สต. 2 ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.29 \pm 0.38$ ) รพ.สต. 3 ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.14 \pm 0.38$ ) รพ.สต. 4 ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.14 \pm 0.54$ ) และรพ.สต. 6 ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.14 \pm 0.54$ ) อยู่ในระดับมาก ส่วนหน่วยบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.33 \pm 0.58$ ) รพ.สต. 5 ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.29 \pm 0.37$ ) และรพ.สต. 1 ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.21 \pm 0.30$ ) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 3 ซึ่งพบว่าในแต่ละ รพ.สต. มีการจัดการบริการในด้านนโยบายขององค์กรสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ควรมีการจัดการบริการทั้งใน รพ.สต. และการบริการในชุมชน ตลอดจนการบริการในบ้านเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน แบบครบวงจรต่อเนื่องและเป็นองค์รวม (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

4.3.6 การจัดการบริการในด้านการเชื่อมโยงกับชุมชนตามการรับรู้ของผู้ให้บริการมีความแตกต่างกัน โดยการจัดการบริการด้านการเชื่อมโยงกับชุมชนตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ รพ.สต. 4 ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.33 \pm 0.99$ ) รพ.สต. 2 ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.00 \pm 0.66$ ) และรพ.สต. 3 ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.90 \pm 1.06$ ) อยู่ในระดับมาก ส่วนรพ.สต. 1 ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.50 \pm 0.92$ ) รพ.สต. 6 ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.50 \pm 0.82$ ) ส่วนหน่วยบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.33 \pm 0.58$ ) และรพ.สต. 5 ( $\bar{X} \pm S.D. = 3.20 \pm 0.47$ ) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานที่ 3 พบว่าในแต่ละ รพ.สต. มีการจัดการบริการในด้านนโยบายขององค์กรสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพแต่ยังมีประเด็นการเชื่อมโยงกับชุมชน การดูแลบูรณาการโดยใช้เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ในด้านของกระบวนการสนับสนุนการให้บริการที่สร้างคุณค่าของระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งควรเป็นแนวทางเดียวกันทั้ง 6 รพ.สต. ในการให้บริการต่อเนื่อง ประสานเชื่อมโยงให้หน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการตามกระบวนการสร้างคุณค่าได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน และหน่วยงานต่างๆ (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2552. หน้า 57) รวมถึงมีการเปิดโอกาสให้ภาคส่วนต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการ พัฒนา

ระบบสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นการสนับสนุนให้เกิดบริการตามที่ชุมชนต้องการอย่างแท้จริง (กระทรวงสาธารณสุข, 2554. หน้า 25)

โดยสรุปคือ ผลลัพธ์การให้บริการในภาพรวมในมุมมองของผู้รับบริการอยู่ในเกณฑ์ดี และมีความแตกต่างกันของในแต่ละ รพ.สต. แต่เมื่อสอบถามความพึงพอใจในประเด็นด้านการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองกลับพบว่าใน รพ.สต. แม้มีระดับความพึงพอใจที่มากในแต่ละแห่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงควรจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้แต่ละ รพ.สต. ที่อยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร มีการจัดบริการเท่าเทียมและใกล้เคียงกัน

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การค้นพบความแตกต่าง ทั้ง 6 ด้านที่มีความแตกต่างกันของแต่ละ รพ.สต. ได้แก่ ด้านการสนับสนุนการดูแลตนเอง ด้านการออกแบบระบบบริการ ด้านการสนับสนุนการตัดสินใจ ด้านระบบสารสนเทศทางคลินิก ด้านนโยบายขององค์กรสุขภาพ และด้านการเชื่อมโยงกับชุมชน ดังนั้นจึงควรพัฒนาการบริการทั้ง 6 ด้านอย่างเท่าเทียมและใกล้เคียงกัน ในแต่ละ รพ.สต.

2. ระดับน้ำตาลในเลือด และ HbA<sub>1c</sub> ของผู้ป่วยแต่ละ รพ.สต.แตกต่างกัน ควรพัฒนาการจัดบริการดูแลให้ผู้ป่วยมีความสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ใกล้เคียงกัน และเท่าเทียมกันเนื่องจากอยู่ในเครือข่ายเดียวกัน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำ Chronic Care Model มาจัดทำเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยและประเมินประสิทธิผลตลอดจนมีการประยุกต์ใช้ Chronic Care Model โดยการวิจัยกึ่งทดลอง

2. ควรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ Chronic Care Model เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา