

ผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วย

สถานการณ์พิเศษ (COVID-19): กรณีศึกษา โรงพยาบาลบ้านลาด

สมณัฐ บุญเลิศ, พย.ม.

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) 2. ศึกษาปัญหาความต้องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และ 3. พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวิธีใหม่ กลุ่มตัวอย่างสำหรับวิธีการเชิงปริมาณ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 45 คน และวิธีการเชิงคุณภาพ คือ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในคลินิกเบาหวาน จำนวน 8 คน และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสำรวจภาวะสุขภาพ ประเด็นคำถามสำหรับการอภิปรายกลุ่มและแนวคำถามปลายเปิดสำหรับสัมภาษณ์เจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ก่อนและหลังได้รับบริการด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม หลังรับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) ต่ำกว่าก่อนรับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=3.52, p=.001$)

2. ปัญหาและความต้องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พบ คือผู้ป่วยบางรายได้รับยาซ้ำ และระบบฐานข้อมูลส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไม่เป็นปัจจุบัน เจ้าหน้าที่ที่มีข้อเสนอให้พัฒนาระบบฐานข้อมูลและระบบ Telemedicine จัดให้มีระบบให้คำปรึกษาผ่านไลน์ หรือโทรศัพท์รวมทั้งส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยพึงพอใจต่อระบบส่งยาที่บ้านอย่างต่อเนื่อง แต่ต้องการทราบผลระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อให้สามารถจัดการตนเองได้ถูกต้อง และผู้ป่วยสูงอายุต้องการให้มีการติดตามเยี่ยมหรือมีระบบให้คำปรึกษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพใกล้บ้าน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวิธีใหม่ คือ ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยและการรักษาเพื่อให้สามารถส่งต่อข้อมูลและติดตามผลการรักษา รวมถึงการให้คำปรึกษาได้ต่อเนื่อง พัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิธีใหม่ โดยสร้างเครือข่ายความร่วมมือของทีมสุขภาพตามนโยบาย 3 หมอของกระทรวงสาธารณสุข และสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น ได้แก่ เครื่องเจาะน้ำตาล แผ่นตรวจระดับน้ำตาลในชุมชน

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม แนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19)

Glycemic Control Level among Patients with Type 2 Diabetes Receiving Service according to the Service Guideline during the COVID-19 Pandemic Situation: A Case Study of Banlat Hospital

Samanut Boonlert, M.N.S.

Abstract

This mixed-methods research aimed to 1) compare the glycemic control among patients with type 2 diabetes receiving service according to the service guidelines during the COVID-19 pandemic situation, 2) study the considering problems, needs, and 3) develop a policy recommendation for developing a new way of health services of type 2 diabetes patients. The sample group for the quantitative method was forty-five type 2 diabetes patients. While the sample group for the qualitative method was twenty-five type 2 diabetes patients and eight diabetic health care providers. The research instruments included health status surveys, a set of questions for a group discussion, and open-ended questions for an in-depth interview. The data were analysed using descriptive statistics: frequency, mean, percentage, and standard deviation, paired t-test and content analysis.

The results show that:

1. By comparing the differences in HbA1C before and after receiving the service with paired t-test statistics, HbA1C level after receiving the service were significantly lower than before at the .05 level ($t=3.52, p=0.001$)
2. Problems and needs for health service system development for patients with diabetes found is that some patients received the drug delayed and the database system transmits patient information out of date. The staff has a proposal to develop a database system and telemedicine system, provide a consultation system through Line application, including the patient's self-management plan to control blood sugar levels. The diabetes patients were satisfied with the home-delivery medicines system; however, they would like to be informed of their blood sugar levels to manage themselves properly. Furthermore, the elderly wanted to have a home visit or a consulting system at the health centre near their homes.

Policy recommendations to the new way development of health service system for patients with type 2 diabetes were the development of database system and the cooperative network of health teams based on the policy of three health care providers of the Ministry of Public Health. This policy would help to provide care and support of the necessary equipment for patients at home including self- monitoring of blood glucose meter and glucose strips for each district.

Key words: type 2 diabetes haemoglobin A1C service guideline for COVID-19 pandemic situation

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases [NCDs]) ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก และเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะไตวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตาบอด เป็นแผลเรื้อรังที่เท้า (Galiccia-Garcia et al., 2020; Yamazaki, Hitomi, & Nishiyama, 2018) ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ส่งผลกระทบทั้งทางร่างกาย และจิตใจ และอาจเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนสุภาฯสยามบรมราชกุมารี, 2560; Raghavan et al., 2019) จากการสำรวจความชุกของโรคเบาหวานของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation) ในปี พ.ศ.2562 พบว่าประชากรทั่วโลกที่มีอายุระหว่าง 20-79 ปี มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 463 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 8.8 ของประชากรทั้งหมด และอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยคาดการณ์ว่า ภายในปี พ.ศ.2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกสูงถึง 629 ล้านคน (International Diabetes Federation, 2019) นอกจากนี้คาดว่าภายในปี พ.ศ.2573 โรคเบาหวานจะมีอัตราการตายของประชากรโลกเพิ่มขึ้น (Wong-Rieger & Rieger, 2013)

สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.2 ล้านคน ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรคเบาหวานทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี และหากมีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ภาครัฐสูญเสียงบประมาณในการรักษาสูงถึง 302,367 ล้านบาทต่อปี (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564ก) กล่าวได้ว่าโรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่า ร้อยละ 80 ของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถป้องกัน และควบคุมได้ หากมีระบบการจัดการที่ดี (American Diabetes Association, 2022) จากการศึกษาวิจัยของรัชชัย สัตยสมบูรณ์ และยุวณัฐ สัตยสมบูรณ์ (2563) พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพดีต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยในการลดระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นและการศึกษาของ นวพร คำแสงสวัสดิ์, พันธ์ยา วรณวิไล, อภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง และมาลี คำคง (2563) พบว่าการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้เพิ่มมากขึ้น

โรงพยาบาลบ้านลาด เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในจังหวัดเพชรบุรี มีการจัดตั้งคลินิกโรคเบาหวาน แยกจากผู้ป่วยนอกทั่วไป ให้บริการทุกวันพุธ เริ่มดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จำนวน 1,385 ราย (ร้อยละ 71.2) จำนวนผู้ป่วย

โรคเบาหวานที่มาตรวจคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาล จำนวนเฉลี่ย 60-80 ราย/วัน จัดระบบบริการในคลินิก โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ พบเภสัชกรประเมิน และให้ความรู้ในการใช้ยา พบนักโภชนาการ ประเมิน และให้ความรู้เกี่ยวกับ การเลือกรับประทานอาหาร พบพยาบาลจัดการเฉพาะโรคให้ความรู้เป็นรายกรณี และตรวจรักษา โดยแพทย์ แต่ผลลัพธ์การให้บริการในปีงบประมาณพ.ศ.2561-พ.ศ.2563 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้ดีเพียงร้อยละ 56.51, 54.09 และ 42.18 ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน 180-200 คน/วัน (โรงพยาบาลบ้านลาด, 2564) ระยะเวลารอคอยการตรวจรักษานาน แพทย์มีเวลาตรวจและให้คำปรึกษา ผู้ป่วยแต่ละรายน้อย ทำให้ไม่สามารถค้นหาปัญหาเฉพาะบุคคล หรือวางแผนการรักษาได้เหมาะสมในผู้ป่วย ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

จากสถานการณ์การระบาด ของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (COVID-19) กระทรวงสาธารณสุข (2563) ได้ประกาศให้เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 จำเป็นต้องมีมาตรการลดการมา โรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่ไม่มีความรุนแรงด่วน เพื่อลดความแออัด ลดโอกาสรับและแพร่เชื้อในโรงพยาบาล และเตรียมความพร้อมทรัพยากรต่างๆ ให้รองรับสถานการณ์ที่การระบาดอาจกลับมารุนแรงขึ้น คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านลาดจึงปรับระบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2563 โดยกำหนดแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ ซึ่งหมายถึงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) โดยกำหนดให้มีแนวทางจัดส่งยาดังนี้ 1) คัดเลือกผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ไม่มีอาการผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน หรือมีโรคร่วม คือ โรคไตเรื้อรัง โดยแพทย์ เภสัชกรประเมินคัดกรองผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ ประจำคลินิก 2) จัดส่งยาให้ผู้ป่วยผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) นำไปยังบ้านผู้ป่วย 3) มีระบบติดตามตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว โดยเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียงบ้าน 4) มีระบบการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ตามปัญหาสุขภาพที่พบ การประเมินดำเนินงานตามมาตรการใหม่เบื้องต้นพบว่า ระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลลดลง และสามารถลดความแออัดของผู้รับบริการลงได้ แต่ยังไม่ได้อิงตามประเมินผลลัพธ์ ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และปัญหาความต้องการในการรับบริการดังกล่าวอย่างเป็นระบบ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จึงได้ศึกษาวิจัยในรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อติดตามประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับบริการจัดส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน และให้คำปรึกษาผ่านโทรศัพท์ หรือไลน์ ตามแนวทางการให้บริการสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) โดยศึกษาเชิงปริมาณเพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) และนำไปสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานวิถีใหม่ของโรงพยาบาลบ้านลาด เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19)
2. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการ ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19)
3. เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวิถีใหม่ (New normal)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยผสมผสาน แบบสำรวจเป็นลำดับ (Explanatory Sequential Mixed Methods Approach) ตามแนวคิดของ Creswel & Clark (2017) โดยดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณก่อนแล้วนำผลการวิจัยมาประกอบการกำหนดแนวทางการอภิปรายกลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) ในกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ร่วมกับนำผลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ มาสังเคราะห์ และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการให้บริการคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาล ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1. การวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการสำรวจข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective survey) จากฐานข้อมูลผู้ป่วย HOSxP (Hospital & Experience) โรงพยาบาลบ้านลาด ซึ่งเป็นฐานข้อมูลผู้ป่วย ของกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้น โดยศึกษาข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) ในที่นี้หมายถึงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอบ้านลาด เข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลบ้านลาด ซึ่งเคยได้รับการบริการตามระบบเดิม และได้รับการบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 – มีนาคม 2565 รวมทั้งสิ้น 342 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเชิงปริมาณใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) โดยการจับสลาก คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* power version 3.1.9.7 (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007) เลือกใช้สถิติ Paired t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) เท่ากับ .05 จำนวนจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 45 คน

เกณฑ์การรับเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อย่างน้อย 6 เดือน อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในช่วงระยะเวลาของการศึกษา และมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมก่อนเข้ารับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) มากกว่าร้อยละ 7 และได้รับการบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษอย่างน้อย 2 ครั้ง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีโรคร่วมทางระบบหัวใจ และระบบไหลเวียนโลหิต ได้แก่ หัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ และโรคหลอดเลือดสมอง 2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชตามคู่มือวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM) ฉบับที่ 5 โดยแพทย์เป็นผู้ลงความเห็น 3) ผู้ป่วยที่ใช้อินซูลินในการรักษา 4) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (CKD stage 3 ขึ้นไป) และเท้า 5) ผู้ป่วยติดเตียง หรือรักษาแบบประคับประคองระยะสุดท้าย (Palliative care)

เกณฑ์การยุติการศึกษา (Discontinuation criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างมีการใช้อินซูลินในการรักษาระหว่างช่วงเวลาที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสำรวจข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยรายการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพจำนวน 9 รายการ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และข้อมูลในประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดเมื่องดน้ำงดอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมจำนวนครั้งของการส่งมอบยาที่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบคุณภาพโดยพิจารณาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 3 ท่าน ให้คะแนนความสอดคล้องของรายการบันทึกกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .67-1.00 ผู้วิจัยจะปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

2. ขออนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านลาด เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูล HOSxP

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตรวจสอบความครบถ้วน ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ก่อนและหลังได้รับบริการ ตามแนวทางให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับความ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติที่กำหนด

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

เป็นกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาปัญหา และความต้องการของระบบบริการในผู้ป่วย โรคเบาหวาน และสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในวิถีใหม่ (New Normal) วิธีการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่มย่อยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในคลินิกโรคเบาหวาน และการสัมภาษณ์เจาะลึกในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์ พิเศษ (COVID-19) นำข้อมูลไปสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการให้บริการคลินิกโรคเบาหวาน ในวิถีใหม่ โรงพยาบาลบ้านลาด

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านลาด ประกอบด้วย แพทย์จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน และโภชนาการจำนวน 2 คน รวม 8 คน

เกณฑ์การรับเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างน้อย 2 ปี ทำหน้าที่ให้บริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) อย่างน้อย 6 เดือน และยินดี เข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือลาป่วยหรืออัมพาตระยะสั้นมากกว่า 1 เดือน

เกณฑ์การยุติการศึกษา (Discontinuation criteria) คือกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจขณะเก็บข้อมูล หรือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มได้ครบถ้วนตามเวลาที่เก็บข้อมูล

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี คือมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมน้อยกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 7 และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี คือมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่าร้อยละ 7 จำนวนกลุ่มละ 10-15 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

เกณฑ์การรับเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ถูกจัดเป็นกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอน การวิจัยเชิงปริมาณและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีโรคร่วมทางระบบหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต ได้แก่ หัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ และโรคหลอดเลือดสมอง 2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช ตามความเห็นของแพทย์

3) ผู้ป่วยที่ใช้อินซูลินในการรักษา 4) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ตา (CKD stage 3 ขึ้นไป) และเท้า 5) ผู้ป่วยติดเตียงหรือรักษาแบบประคับประคองระยะสุดท้าย (Palliative care)

เกณฑ์การยุติการศึกษา (Discontinuation criteria) คือรู้สึกไม่สบายใจขณะเก็บข้อมูล หรือไม่สามารรถให้สัมภาษณ์ได้ครบถ้วนตามเวลาที่เก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ชุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยชุดที่ 1 เป็นแนวทางในการอภิปรายกลุ่มย่อย ใช้กับผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในคลินิกโรคเบาหวาน ประกอบด้วยประเด็นอภิปรายกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ 1) การปรับปรุงระบบการให้บริการของคลินิกเบาหวานในช่วงสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) 2) ปัญหาความต้องการในช่วงที่ให้บริการในช่วงสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) และ 3) แนวทางพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในบริการคลินิกโรคเบาหวานวิถีใหม่ของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยชุดที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์เจาะลึก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพ 4) อาชีพ 5) ระดับการศึกษา 6) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 7) ความต่อเนื่องในการเข้าคลินิกเบาหวานตามนัด และตอนที่ 2 เป็นแนวคำถามปลายเปิดจำนวน 5 ข้อ มีประเด็นคำถามเกี่ยวกับ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับบริการตามแนวทางให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) ปัญหาอุปสรรค และความต้องการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวาน

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและขออนุญาตในการบันทึกเสียง โดยใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที หรือจนกว่าจะได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แนวทางอภิปรายกลุ่มย่อย และแบบสัมภาษณ์เจาะลึกตรวจสอบคุณภาพโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และผู้วิจัยจะปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำแนวทางอภิปรายกลุ่มย่อยไปทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้บริการในคลินิกโรคเบาหวานที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 คน และนำแบบสัมภาษณ์เจาะลึกไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 2 คน ก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านลาดดังนี้

1. การอภิปรายกลุ่มย่อย ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ให้ข้อมูลในส่วนของผู้ให้ข้อมูลที่ให้บริการในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลบ้านลาด โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการในการอภิปรายกลุ่มย่อยด้วยตนเอง และขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการอภิปรายกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 45 นาที หรือจนกว่าจะได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์

2. การสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด และประสานงานกับผู้ให้ข้อมูลที่

ผู้ให้บริการที่คลินิกโรคเบาหวานในการนัดผู้ป่วยที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เจาะลึกตามวันเวลา และสถานที่ที่ผู้ป่วยสะดวก การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาการสัมภาษณ์ 30-45 นาที โดยขออนุญาตบันทึกเทปรหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำความเข้าใจเนื้อหา และตรวจสอบความถูกต้องร่วมด้วยขณะสัมภาษณ์ โดยจดบันทึกข้อมูลสำคัญขณะสัมภาษณ์ ตรวจสอบสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่ามีความหมายเหมือนเดิมหรือไม่ หากพบประเด็นที่ขัดแย้งหรือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยซักถามเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจตรงกัน สรุปประเด็นเนื้อหาก่อนยุติการสัมภาษณ์ และนำเทปการสัมภาษณ์ มาถอดเทปคำต่อคำและขออนุญาตโทรศัพท์กลับไปซักถามผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่มีข้อสงสัยจนได้ข้อมูลที่มีความอึดอัด คือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น จึงยุติการสัมภาษณ์ ข้อมูลเสี่ยงจากการสัมภาษณ์ทำลายทิ้งภายใน 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากการอภิปรายกลุ่มย่อยและการสัมภาษณ์เจาะลึก โดยใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำมาวิเคราะห์ใจความหลัก โดยการลงรหัส จัดหมวดหมู่รหัส แล้วนำมาหาแก่นของสาระเพื่อสังเคราะห์ ประเด็นหลักที่สำคัญ (Krippendorff, 2013) และนำข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาสังเคราะห์ และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในวิถีใหม่ (New normal)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์ และสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คมจ.พบ.037/2565 ผู้วิจัยดำเนินการหลังจากได้รับอนุมัติการพิจารณาโครงการวิจัยแล้ว โดยชี้แจงผู้ให้ข้อมูล ให้เข้าใจวัตถุประสงค์ และทุกขั้นตอนของการวิจัย และให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย โดยลงนามแสดงความยินยอมด้วยความสมัครใจ ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงานหรือการรับบริการใดๆ การรายงานผลการวิจัยจะไม่ระบุชื่อ และรายงานผลสรุปในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเชิงปริมาณ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการบริการตามแนวทางให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) จำนวน 45 คน มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.44) อายุ 40-84 ปี ($M=62.11$, $SD=9.47$) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด (ร้อยละ 35.56) รองลงมา คือ ทำนา (ร้อยละ 28.89) มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน 3-22 ปี ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมก่อนเข้ารับบริการตามแนวทางให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) เท่ากับร้อยละ 7.10-14.00 ($M=8.63$, $SD=1.60$) จำนวนครั้งที่ได้รับการส่งมอบยาที่บ้านอยู่ระหว่าง 2-3 ครั้ง โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับยาส่งมอบที่บ้านจำนวน 2 ครั้ง (ร้อยละ 57.78)

สำหรับผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการตามแนวทางให้บริการผู้ป่วย สถานการณ์พิเศษ (COVID-19) จำนวน 8 คน ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน และโภชนาการจำนวน 2 คน อายุระหว่าง 26-53 ปี ($M=52.29$, $SD=9.62$) การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 3-32 ปี ($M=24.86$, $SD=10.85$) ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3-20 ปี ($M=14.14$, $SD=5.21$) และ 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับให้บริการตามแนวทางให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) จำนวน 25 คน จำแนกเป็นกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี คือ มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 จำนวน 10 คน (ร้อยละ 40.00) และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี คือ มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 จำนวน 15 คน (ร้อยละ 60.00) มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์เจาะลึก เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.00) อายุ 47-83 ปี ($M=65.64$, $SD=8.39$) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด (ร้อยละ 40.00) รองลงมา คือ ทำนา (ร้อยละ 30.00) มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน 3-22 ปี ($M=9.16$, $SD=6.19$) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมก่อนรับบริการตามแนวทางให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) เท่ากับร้อยละ 7.20-12.70 ($M=8.72$, $SD=1.62$) และหลังรับบริการก่อนการรับบริการอยู่ระหว่างร้อยละ 6.10-10.00 ($M=7.58$, $SD=1.03$) จำนวนครั้งที่ได้รับการส่งมอบยาที่บ้านอยู่ระหว่าง 2-3 ครั้ง โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับยาส่งมอบที่บ้านจำนวน 2 ครั้ง (ร้อยละ 57.78)

1. ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังรับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19)

จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนเพื่อประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมก่อนรับบริการ ตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) ความถี่สูงสุด คือระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 8.00 (ร้อยละ 51.11) รองลงมา คือ ร้อยละ 7.51-8.00 (ร้อยละ 28.89) สำหรับค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหลังรับบริการ 6 เดือน พบว่าอยู่ระหว่างร้อยละ 6.30-10.00 ($M=7.87$, $SD=0.91$) ความถี่สูงสุด คือระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 8.00 (ร้อยละ 37.78) รองลงมา คือ ร้อยละ 7.51-8.00 (ร้อยละ 28.89) และพบว่าร้อยละ 15.56 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7.00รายละเอียดยังคงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วย
สถานการณ์พิเศษ (COVID-19) (n=45)

ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม	ก่อนรับบริการ		หลังรับบริการ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7.00	-	-	7	15.56
ร้อยละ 7.01-7.50	9	20.00	8	17.78
ร้อยละ 7.51-8.00	13	28.89	13	28.89
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 8.00	23	51.11	17	37.78
รวม	45	100.00	45	100.00

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมก่อนและหลังได้รับการบริการตามแนวทาง
ให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) เป็นระยะเวลา 6 เดือน ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าค่าระดับน้ำตาล
เฉลี่ยสะสมหลังรับบริการฯ ต่ำกว่าก่อนรับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=3.52, p=.001$) รายละเอียด
ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมก่อนและหลังได้รับการบริการตามแนวทางให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์
พิเศษ (COVID-19) เป็นเวลา 6 เดือน ด้วยสถิติ Paired t-test (n = 45)

ประเด็น	ก่อนรับบริการ		หลังรับบริการ		t	df	p
	M	SD	M	SD			
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม	8.63	1.60	7.87	.91	3.52	44	.001*

* $p<.05$

2. ปัญหาและความต้องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

จากผลการวิจัยเชิงปริมาณในวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 การติดตามผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) พบว่า
ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมอยู่ระหว่างร้อยละ 6.30-10.00 และพบว่าร้อยละ 15.56 ที่ควบคุม
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7.00 และร้อยละ 84.44 มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่าร้อยละ 7
ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำข้อมูลดังกล่าวมาประกอบการกำหนดประเด็นอภิปรายกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในคลินิก
เบาหวาน และสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการบริการตามแนวทางดังกล่าวทั้งกลุ่มที่ควบคุมระดับ
น้ำตาลเฉลี่ยสะสมได้ดีและคุมได้ไม่ดี โดยมุ่งค้นหาปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบบริการสำหรับ

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการอภิปรายกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการคลินิกโรคเบาหวาน ตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) และสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่าการพัฒนาระบบบริการโดยจัดส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน และการให้คำปรึกษาทางไลน์ หรือโทรศัพท์ร่วมด้วยเป็นสิ่งที่ดี มีความพึงพอใจ เพราะลดความแออัด มีความสะดวก และได้รับคำปรึกษาได้ทันที ดังคำกล่าวที่ว่า

“ในมุมมองของ.....คิดว่าในช่วงโควิดจำเป็นต้องส่งยาไปที่บ้าน เนื่องจากเราต้องมี *Social Distancing*การ *Key* ยาส่งไปบ้าน ไม่ได้ใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยมากเท่าไร ทำให้แพทย์สามารถออกตรวจที่ รพ.สนามได้” เจ้าหน้าที่รายที่ 1

“การส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้านดีค่ะ ช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยได้มากมาย ผู้ป่วยไม่ต้องนั่งรอตรวจและรอรับยา และผู้ป่วยไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคด้วย”เจ้าหน้าที่รายที่ 3

“การที่หมอส่งยามาให้ที่บ้าน ดีมาก สะดวก ไม่ต้องเสียเวลาไปโรงพยาบาลนานๆ อยากให้ทำต่อ” ผู้ป่วยรายที่ 1

“การมีระบบให้โทรศัพท์สอบถามและให้คำปรึกษาทางไลน์ดีค่ะ สะดวกดี” ผู้ป่วยรายที่ 3

อย่างไรก็ตามปัญหาอุปสรรคในการรับบริการที่พบ โดยผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ระบุปัญหาดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับยาล่าช้า เนื่องจากระบบส่งยาที่ส่งผ่าน อสม. ผู้ป่วยบางราย ให้ข้อมูลว่า อสม. ไม่สามารถนำไปให้ตามเวลาที่กำหนด หรือนำไปแขวนที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแผนการรักษาที่กำหนดไว้

“บางครั้ง อสม. ไปบ้าน ไม่เจอผู้ป่วย บ้านปิด อสม.ก็อาจไปแขวนไว้หน้าบ้านหรือเอากลับบ้าน อสม. แล้วลืมเอาไปให้ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยขาดยา”เจ้าหน้าที่รายที่ 3

“เวลา อสม. เอายามาให้อาจไม่เจอกัน แขนงไว้บ้าง เขาเอามาช้าบ้าง ทำให้ได้ยาช้าไม่ทันเวลา” ผู้ป่วยรายที่ 5

2. ผู้ป่วยไม่รับประทานยาที่ส่งมาที่บ้าน เนื่องจากเห็นว่าสีหรือขนาดยาต่างจากยาที่เคยรับประทาน โดยไม่เข้าใจว่ามีการปรับเปลี่ยนบริษัท ทำให้ยาที่ได้รับอาจมีลักษณะไม่เหมือนเดิม เลยไม่กล้ารับประทาน ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

“บางทียาเปลี่ยนบริษัท คนไข้ได้ยาแล้วเห็นเม็ดยาไม่เหมือนเดิม เลยไม่กิน” เจ้าหน้าที่รายที่ 4

3. ระบบฐานข้อมูลและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไม่ชัดเจน ข้อมูลผู้ป่วยไม่เป็นปัจจุบัน การบันทึกข้อมูลยาไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ตรงและบางรายได้รับยาเกินจำนวนวันที่ต้องได้รับ

“ผู้ป่วยได้ยาไปเกิน ผลจากการ บันทึก ยาเหลื่อมกัน เช่น ผู้ป่วยตามนัดคือ วันที่ 30 แต่การบันทึกข้อมูล Key ยาจะ Key 15 วันก่อนนัด เพราะฉะนั้นมีการจัดยาเกินไป 15 วัน ทำแบบนี้ 3 เดือนครั้ง ยาจะเกินไป 60 เม็ด ถ้ามียา 5 ตัว ก็ 300 เม็ด”เจ้าหน้าที่รายที่ 1

“ปัญหาที่เจอคือ คนไข้มียาเยอะเกินไป เวลาสิ้นโควิด ผู้ป่วยเอายามาคืนเป็นหอบๆ”
เจ้าหน้าที่รายที่ 5

4. ระบบติดตามประเมินระดับน้ำตาลในเลือด และการติดตามให้คำปรึกษาผู้ป่วยยังไม่ต่อเนื่อง

“ข้อเสีย คือ คนไข้เบาหวาน ไม่ได้ติดตามค่าน้ำตาล การที่คนไข้ไม่เจอบุคลากร สาธารณสุข ไม่ได้มีการพูดคุย ทำให้พฤติกรรมผู้ป่วยทำแบบเดิม ไม่มีการ re check ทำให้ค่าน้ำตาลสูงได้” เจ้าหน้าที่รายที่ 1

“เดิมมีระบบนัดมาให้คำปรึกษาด้านโภชนาการเป็นระยะ แต่พอโควิด ต้องปรับระบบเป็นส่งยาที่บ้าน มีการให้คำแนะนำในครั้งเดียว คนไข้ก็ลืม และวิถีใหม่ คนไข้สะดวกขึ้น สั่งอาหาร กินกับนอน ทำให้คุมเบาหวานไม่ได้” เจ้าหน้าที่รายที่ 7

“คุมน้ำตาลได้ไม่ดี เพราะไม่รู้ว่ตอนนี้น้ำตาลเท่าไร อยากให้หมอมาเจาะน้ำตาลที่บ้านหรือมีนัดไปเจาะที่ใกล้บ้าน” ผู้ป่วยรายที่ 10

5. การสื่อสารระบบการส่งยาที่บ้านยังไม่ชัดเจน ผู้ป่วยบางรายไม่ได้มารับยาที่โรงพยาบาลหลังจากเลิกระบบการส่งยา

“การที่ผู้ป่วยขาดยาเพราะผู้ป่วยบอกว่ารอส่งไปให้ โดยที่ทางโรงพยาบาลจะเลิกส่งยา แต่ผู้ป่วยไม่รู้ ผู้ป่วยจะรอการส่งยาไปให้ และผู้ป่วยยังกลัวโควิด เลยยังไม่มา ทำให้ขาดยา การสื่อสารไม่ชัดเจน”เจ้าหน้าที่รายที่ 3

สำหรับความต้องการต่อข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยมีความเห็นไปในทิศทางเดียวกัน สรุปได้ดังนี้

1. การพัฒนาระบบฐานข้อมูล และการให้คำปรึกษาผ่านระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัย ผ่าน Telemedicine ที่มีระบบให้คำปรึกษาผ่านไลน์ หรือโทรศัพท์ที่ชัดเจนที่ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงได้สะดวก

“อยากให้ผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี ไม่ต้องเข้ามา รพ. เช่นอาจจะตรวจ HbA1C ปีละครั้ง ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลแบบ Integrated System หรือครบวงจร เช่น ถ้า Tele Med มากี่สามารถเชื่อมกับระบบ HOSxP ได้ โดยไม่ต้องให้เจ้าหน้าที่ทำงานซ้ำซ้อนกัน หมายถึงการจ่ายยาไปบ้าน”
เจ้าหน้าที่รายที่ 1

2. พัฒนาระบบบริการคลินิกโรคเบาหวานวิถีใหม่ที่เชื่อมโยงกับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้นโยบาย 3 หมอของกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สามารถรับยาจากแหล่งบริการสุขภาพใกล้บ้าน ได้สะดวก และจัดให้มีระบบส่งมอบยาที่บ้านในรายที่ควบคุมน้ำตาล

ได้ดีหรือมีข้อจำกัดในการมาโรงพยาบาล โดยทบทวนเกณฑ์ การควบคุมการส่งมอบตามเวลา จำนวนและรายการยา ที่ครอบคลุมปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

“เราอาจให้สหสาขาวิชาเข้ามาช่วยดูแลผ่านช่องทาง Tele Med ให้คำแนะนำเรื่องอาหาร และการดำเนินการโดยใช้นโยบาย 3 หมอ ที่ให้คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน เข้ามามีบทบาทดูแล ” เจ้าหน้าที่รายที่ 3

“นอกจาก ระบบส่งยาที่ไปบ้านผู้ป่วย ด้วยวิธีส่ง โดย อสม. ตอนนี้มีวิธีการมากขึ้นและตอนนี้มีวิธีส่งผ่านไลน์แมน หรือส่งผ่านทางไปรษณีย์ เราคงต้องมาศึกษาเพื่อเป็นช่องทางที่หลากหลาย ช่วยลดภาระ อสม. และยายังส่งผู้ป่วยได้ทันตามกำหนดเวลา” เจ้าหน้าที่รายที่ 2

“ระบบการส่งยาไปที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ควรดำเนินการต่อไปให้ต่อเนื่อง แต่ควรเพิ่มประสิทธิภาพ โดยการคำนึง การทันเวลา การกำหนดรายการยาที่คำนึงถึงปัญหาความเจ็บป่วยอื่นๆ ของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาการนอนหลับ อาการปวดเมื่อยของกระดูก และกล้ามเนื้อ เป็นต้น” เจ้าหน้าที่รายที่ 3

ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อระบบส่งยาที่บ้าน และการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง แต่ต้องการทราบผลระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้สามารถจัดการตนเองได้ถูกต้อง

“ชอบที่มีการส่งยามาให้ที่บ้านในช่วงโควิด สะดวกและปลอดภัย แต่อยากให้มีการเจาะน้ำตาลบ้าง เพราะไม่รู้เท่าไร กลัวว่าน้ำตาลจะขึ้น” ผู้ป่วยรายที่ 10

3. จัดกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตามให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุหรือมีข้อจำกัดเรื่องการใช้เทคโนโลยี ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุบางรายต้องการให้มีการติดตามเยี่ยมหรือระบบให้คำปรึกษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพใกล้บ้าน

“ปัญหาของเรา คือผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ โทรศัพท์เป็นรุ่นเก่าไม่ใช่สมาร์ตโฟนที่บ้านไม่มีอินเทอร์เน็ต คงต้องบูรณาการนโยบาย 3 หมอเข้ามาในระบบการส่งยา ไปบ้านผู้ป่วย โดยให้หมอกันที่ 1 อสม.เข้ามาเป็นตัวเชื่อมระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาล” เจ้าหน้าที่รายที่ 8

4. ส่งเสริมการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองและสนับสนุนอุปกรณ์การตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเองในชุมชน ให้กับผู้ป่วยหรือ อสม. เพื่อให้บริการผู้ป่วยในแต่ละหมู่บ้านหรือตำบล

“ถ้าเราอยากจะลดความแออัดของผู้ป่วยที่มา รพ. ในกรณีผู้ป่วย Uncontrol เราอาจให้ผู้ป่วย ทำ SMBG (Self-monitoring of Blood Glucose: การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง) และติดต่อกลับเข้ามาและมีการพิจารณาปรับยาและอาหาร ” เจ้าหน้าที่รายที่ 3

“ตอนนี้แพทย์นิยมให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ไปติดต่อ รพ.สต.เพื่อขอให้ทำ SMBG ส่งให้ ซึ่งเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดยังมีไม่เพียงพอใน รพ.สต.บางแห่ง ถ้าเราบริหารใน

เครือข่ายของเราคือฯ และ พัฒนา อสม.ตามเกณฑ์ อสม.เชี่ยวชาญ น่าจะช่วยให้เราได้ในเรื่องนี้” เจ้าหน้าที่
รายที่ 6

3. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวิถีใหม่ (New normal)

จากผลการวิจัยในวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 และ 2 ผู้วิจัยได้นำมาสังเคราะห์ร่างข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวิถีใหม่ และนำเสนอข้อมูลต่อผู้บริหารโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ จำนวน 4 คน เพื่อพิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายร่วมกัน และสรุปเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายฯ ได้ดังนี้

1. ผู้บริหารควรสนับสนุนการพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยและเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้ระบบที่สามารถเชื่อมโยงกันได้ในระดับเครือข่ายสุขภาพเพื่อให้สามารถส่งต่อข้อมูล และติดตามผลการรักษารวมทั้งให้คำปรึกษาได้ต่อเนื่อง

2. หน่วยงานควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิถีใหม่ที่ลดความแออัดในการรับบริการ บูรณาการเชื่อมโยงกับนโยบาย 3 หมอ ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดย อสม.ในฐานะหมอประจำบ้าน หมออนามัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวหรือพยาบาลวิชาชีพที่รับรู้ข้อมูลร่วมกัน โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

3. ผู้บริหารควรสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในแนววิถีใหม่อย่างเพียงพอ ได้แก่ เครื่องเจาะน้ำตาล แผ่นตรวจระดับน้ำตาล เพื่อส่งเสริมการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยในชุมชน

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับบริการตามแนวทางให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID 19) เป็นระยะเวลา 6 เดือน มากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับการส่งมอบยาที่บ้านจำนวน 2 ครั้ง และก่อนเข้ารับบริการฯ มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่าร้อยละ 7 (ร้อยละ 100) และหลังรับบริการ ฯ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15.56 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมได้ดี คือ มีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7.00 และกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 84.44 ยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Felix et al. (2021) พบว่า ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้น้อยลง และเมื่อพิจารณาเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ผลการดำเนินงานยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด คือจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) แสดงให้เห็นว่าการดำเนินการส่งมอบยาที่บ้านประสบปัญหาในด้านผลลัพธ์ นับเป็นประเด็นเร่งด่วนที่ต้องเร่งปรับปรุงพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมก่อนและหลังได้รับการบริการตามแนวทางให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (COVID-19) เป็นระยะเวลา 6 เดือน ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหลังรับบริการฯ ต่ำกว่าก่อนรับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรุจิ สมัย สกุลพัฒนา (2565) ที่พบว่า ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับความรู้ ร่วมกับการเข้าร่วมกลุ่มไลน์สามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มไลน์ และ สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การใช้ระบบการติดตามสุขภาพทางไกลในผู้ป่วยโรคเบาหวานช่วยให้ผู้ป่วย มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลงได้ดี (ณัฐภัตสร เดิมขุนทด, รัชนิวรรณ ขวัญเจริญ, ชาญวัฒน์ ขวณตันติกมล, พิษณุ พหลภักย์ และสว่างจิต สุรอมรกุล, 2564; Borries et al., 2019)

ผลการอภิปรายกลุ่มย่อยเจ้าหน้าที่และการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ป่วยมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน คือต้องการให้มีระบบบริการสุขภาพที่ส่งมอบยาที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีหรือ ผู้ป่วยสูงอายุ โดยควรกำหนดเกณฑ์และแนวทางที่ชัดเจน และเจ้าหน้าที่มีข้อเสนอให้พัฒนาระบบฐานข้อมูล และ ระบบ Telemedicine จัดให้มีระบบให้คำปรึกษาผ่านไลน์หรือโทรศัพท์ รวมทั้งส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งพบว่า ผู้ป่วยพึงพอใจต่อ ระบบส่งยาที่บ้านและการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง และต้องการทราบผลระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้สามารถ จัดการตนเองได้ถูกต้อง และผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมีข้อจำกัดในการใช้เครื่องมือสื่อสารต้องการให้มีการติดตามเยี่ยมหรือ ระบบให้คำปรึกษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนระบบการดูแลให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในรูปแบบที่ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยี ดิจิทัลเพื่อเชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (The eHealth enhanced chronic care model) (Gee, Greenwood, Paterniti, Ward, & Miller, 2015) และตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ส่งเสริมการ ดำเนินงาน NCD Clinic Plus & Online ที่เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล และพัฒนาฐานข้อมูล รวมทั้งบันทึกผล การประเมินผ่านช่องทางออนไลน์ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ผลการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวิถีใหม่พบว่า มีข้อเสนอให้ผู้บริหารสนับสนุนการพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย และการรักษาเพื่อให้สามารถส่งต่อ ข้อมูล และติดตามผลการรักษาและให้คำปรึกษาได้ต่อเนื่อง ส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพวิถีใหม่ โดย ลดความแออัดและระยะเวลารอคอย โดยเพิ่มระบบการแพทย์ทางไกลและเชื่อมโยงแนวคิด 3 หมอของกระทรวง สาธารณสุขในการดูแลสุขภาพ และสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น ได้แก่ เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว แผ่นตรวจระดับ น้ำตาลสำหรับแต่ละตำบลหรือหมู่บ้าน การที่ในแต่ละตำบลหรือหมู่บ้านมีเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วจะช่วยให้ผู้ป่วย ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้ และตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการดูแลแบบเน้นคุณค่า (Value-based healthcare) และลด ความแออัดของบริการ ส่งเสริมการดูแลระบบทางไกล (Telehealth) (Smith et al., 2021) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า

การบริการในคลินิกเบาหวานในวิถีใหม่เป็นระบบที่จำเป็นและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 จึงไม่ควรมารับบริการที่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน การมีระบบส่งยาที่บ้านจึงช่วยลดความเสี่ยงดังกล่าวได้เพิ่มขึ้น และการสร้างความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตามนโยบาย 3 หมอ เป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถเชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

โรงพยาบาลควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานในวิถีใหม่ในรูปแบบการบริการส่งยาที่บ้านและสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาฐานข้อมูลและสนับสนุนอุปกรณ์อย่างเพียงพอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในรูปแบบวิจัยเชิงพัฒนาหรือเชิงทดลองเพื่อประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1)*. (เอกสารอัดสำเนา).
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2563*. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564ก). *กรมควบคุมโรค รมรณรงค์วันเบาหวานโรค ปี 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ให้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง*. สืบค้นเมื่อ 11 สิงหาคม 2565, จาก <https://ddc.moph.go.th>
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564ข). *คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus & Online*. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- รัชชัย สัตยสมบูรณ์ และยุวณัฐ สัตยสมบูรณ์. (2563). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ Hypertension and type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Systematic Review on the Chronic Care Model (CCM) and Self-Management Support (SMS). *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 7(2), 232-243.

- นwor คําแสงสวัสดิ์, พนัสยา วรรณวิไล, อภิสิทธิ์ เชื้อคําเพ็ง, มาลี คําคง. (2563). เปรียบเทียบการจัด บริการแบบ บูรณาการ และยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางแก่ผู้ ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามการรับรู้ของผู้ ให้บริการอำเภอหาดใหญ่ และอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา. *วารสารวิชาการ สาธารณสุขชุมชน*, 7(03), 17-17.
- ณัฐภัตสร เดิมขุนทด, รัชนิวรรณ ขวัญเจริญ, ชาญวัฒน์ ขวณัตติกรม, พิชญ์ พหลภักย์ และสว่างจิต สุรอมรกุล. (2564). ผลของการติดตามสุขภาพทางไกลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความสม่ำเสมอในการ รับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี. *วารสารเวชการและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 65(ฉบับ เพิ่มเติม), 1-16.
- โรงพยาบาลบ้านลาด. (2564). รายงานสถิติข้อมูลผู้ป่วย โรงพยาบาลบ้านลาด. (เอกสารอัดสำเนา)
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนสุตาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 : Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ปทุมธานี: รมเย็น มีเดีย จำกัด.
- อภิรุจี สมัย สกฤตพัฒนา. (2565). ผลการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากการได้รับ ความรู้ผ่าน แอปพลิเคชันไลน์ ณ โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดลพบุรี. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 5(2), 93-101.
- อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์. (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่ เกี่ยวข้อง พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2022). 1. Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care*, 45(Supplement_1), S8-S16.
- Borries, T. M., Dunbar, A., Bhukhen, A., Rismany, J., Kilham, J., Feinn, R., & Meehan Sr, T. P. (2019). The impact of telemedicine on patient self-management processes and clinical outcomes for patients with Types I or II Diabetes Mellitus in the United States: A scoping review. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 13(2), 1353-1357.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2017). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage publications.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175-191.
- Felix, H. C., Andersen, J. A., Willis, D. E., Malhis, J. R., Selig, J. P., & McElfish, P. A. (2021). Control of type 2 diabetes mellitus during the COVID-19 pandemic. *Primary care diabetes*, 15(5), 786-792.

- Galicía-García, U., Benito-Vicente, A., Jebari, S., Larrea-Sebal, A., Siddiqi, H., Uribe, K. B., ... & Martín, C. (2020). Pathophysiology of type 2 diabetes mellitus. *International journal of molecular sciences*, 21(17), 6275.
- Gee, P. M., Greenwood, D. A., Paterniti, D. A., Ward, D., & Miller, L. M. S. (2015). The eHealth enhanced chronic care model: a theory derivation approach. *Journal of medical Internet research*, 17(4), e4067.
- International Diabetes Federation. (2019). *Diabetes Atlas reports 463 million with diabetes*. Retrieved October 22, 2022, from <https://www.idf.org/news/169:diabetes-atlas-reports-463-million-with-diabetes.html>
- Krippendorff, K. (2013). *Content Analysis: An Introduction to its Methodology*. (3rd Edition). LA: SAGE Publication.
- Raghavan, S., Vassy, J. L., Ho, Y. L., Song, R. J., Gagnon, D. R., Cho, K., ... & Phillips, L. S. (2019). Diabetes mellitus-related all-cause and cardiovascular mortality in a national cohort of adults. *Journal of the American Heart Association*, 8(4), e011295.
- Smith, P. C., Sagan, A., Siciliani, L., Panteli, D., McKee, M., Soucat, A., & Figueras, J. (2021). Building on value-based health care: towards a health system perspective.
- Wong-Rieger, D., & Rieger, F. P. (2013). Health coaching in diabetes: empowering patients to self-manage. *Canadian Journal of Diabetes*, 37(1), 41-44.
- Yamazaki, D., Hitomi, H., & Nishiyama, A. (2018). Hypertension with diabetes mellitus complications. *Hypertension Research*, 41(3), 147-156.