



**การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานของการจัดบริการสุขภาพอย่างบูรณาการและยึดประชาชน
 เป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิ
 และหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง**
**ANEVALUATION ON OUTCOMES OF PRIMARY CARE IMPLEMENTATION WITH INTEGRATED
 PEOPLE-CENTRED OF CHRONIC ILLNESS PATIENTS REGISTERED WITH PRIMARY CARE
 CLUSTER AND NON-PRIMARY CARE CLUSTER IN MUEANG DISTRICT, TRANG PROVINCE**

กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ¹, ไพบุญย์ ชาวสวนศรีเจริญ¹,
 ฉัตรชัย ขวัญแก้ว¹, พุทธิพงษ์ บุญชู¹
Kannika Ruangdej Chaosuansreecharoen¹, Paiboon Chaosuansreecharoen¹,
Chatchai Kwankaew¹, Puttipong Boonchu¹

Received: January 03, 2022

Revised: April 21, 2022

Accepted: April 24, 2022

บทคัดย่อ

บริการสุขภาพปฐมภูมิ ถือเป็นเป็นกลยุทธ์และแนวคิดที่สำคัญที่จะสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพและช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน วิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานของการจัดบริการสุขภาพอย่างบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและรับบริการรักษาเป็นประจำจากหน่วยบริการทั้ง 2 ประเภทๆ ละ 100 คน เครื่องมือเก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเครมอร์วี การทดสอบไคสแควร์ และ Independent t-test

ผลการศึกษา ปฏิสัมพันธ์ผู้ให้บริการระหว่างหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิตราบชื่อเจ้าหน้าที่ผู้เป็นหมอครอบครัว และได้รับการดูแลจากหมอสาธารณสุข หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวคนเดิมทุกครั้งสูงกว่าหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับบริการจากหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิรับรู้คุณภาพการดูแลจากผู้ให้บริการสูงกว่าผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง



ดังนั้น ควรพัฒนาหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ให้เป็นหน่วยบริการภายใต้
เครือข่ายบริการปฐมภูมิ

คำสำคัญ: การประเมินผลลัพธ์, การจัดบริการสุขภาพ, บริการปฐมภูมิ, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Abstract

Primary care service is a crucial strategy and concept that provides people for fairness and accessibility of health care service. This study aimed to evaluate on outcomes of primary care implementation with integrated people-centred of chronic illness patients registered with primary care cluster and non-primary care cluster in Mueang district, Trang province. Data were obtained from 100 patients who registered with primary care cluster and 100 patients who registered with non- primary care cluster. Research instrument was questionnaire. Data analysis were using descriptive statistics, Cramer' V, Chi-square test and Independent t-test.

The results showed that patient-provider interactions between primary care cluster and non-primary care cluster in Amphoe Mueang, Changwat Trang were significantly different at p-value 0.001. Chronic illness patients who registered with primary care cluster knew the name of family care provider and received services with the same family care provider and family doctor that were higher than those registered with non-primary care cluster. Chronic illness patients who registered with primary care cluster perceived health care quality that significantly higher than chronic illness patients who registered with non-primary care cluster at p-value 0.001

Thus, it should develop non- primary care cluster to be primary care cluster.

Keywords: Outcome evaluation, health care service, primary care, chronic illness patient

¹Sirindhorn College of Public Health, Trang

บทนำ

บริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) ถือเป็นกลยุทธ์และแนวคิดที่สำคัญที่จะสร้าง
ความเป็นธรรมด้านสุขภาพและช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน พร้อมทั้งเป็น
ปัจจัยที่สำคัญในการนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนตามคำประกาศฮัลมา อตา ของ
องค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2521^(1,2) ในระดับนานาชาติทั่วโลกยอมรับว่าประเทศที่ให้ความสำคัญต่อ
ระบบบริการปฐมภูมิ และจัดการในระดับบริการปฐมภูมิได้ดีจะมีผลให้ค่าใช้จ่ายโดยรวมของประเทศไม่สูง
และสถานะสุขภาพของประชาชนดีขึ้น อัตราการตายในทารกแรกเกิดลดลง⁽³⁾ เนื่องจากบริการสุขภาพ



ปฐมภูมิจัดเป็นบริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข ทำหน้าที่รับผิดชอบ การดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งการป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ ด้วยแนวคิดแบบองค์รวมให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับ โรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ของ ประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตน และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมคูล⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ของการจัดบริการปฐมภูมิที่ผ่านมาของประเทศไทย พบว่า ประเทศไทยมี นโยบายและแผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ เพิ่มขึ้น แต่ในด้านคุณภาพของการจัดบริการปฐมภูมียังมีข้อจำกัด และมีการให้บริการที่มีความแตกต่างกันตามระดับพื้นที่ ซึ่งมีจุดเด่นที่แตกต่างกัน ได้แก่ พื้นที่ในเขตเมืองมีการจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชนหรือ ศูนย์สาธารณสุขชุมชน (ศสม.) ซึ่งหลายแห่งมีการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกัน โรค ซึ่งส่วนใหญ่มุ่งเน้นการจัดบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นในกลุ่มโรคพื้นฐาน (Primary medical care) และพบว่า ยังมีปัญหาของการขาดความครอบคลุมในบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ความเชื่อมโยง กับบริการในชุมชน ขณะที่พื้นที่ในชนบทมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นฐานการ ให้บริการ ซึ่งเน้นบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค การทำงานเชิงรุกในชุมชนมากกว่า การรักษาพยาบาล นอกจากนี้ ระบบการบริหารจัดการและการสนับสนุนให้เกิดบริการแบบเป็นองค์รวม ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวยังขาดความชัดเจน นอกเหนือจากด้านการให้บริการยังพบว่าในหลายพื้นที่ ยังมีปัญหาการดำเนินการของระบบงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น การเชื่อมต่อบริการกับ โรงพยาบาลแม่ข่าย ระบบการส่งต่อ ระบบสนับสนุนต่างๆ เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพแบบบูรณาการในการพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ⁽³⁾

ในปี พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อดูแลสุขภาพ ประชาชนทุกครัวเรือนครอบคลุมทุกพื้นที่ด้วย “ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)” ลักษณะของ การให้บริการสุขภาพคือ แบ่งหมู่บ้านให้บุคลากรสาธารณสุขจาก รพ.สต. แต่ละคนเป็นผู้ดูแลให้ คำปรึกษาประชาชนถึงบ้านทุกครัวเรือน และประสานงานส่งต่อโดยมีแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนเป็น ที่ปรึกษา ในปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขเริ่มนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิภายใต้ นโยบาย “คลินิกหมอครอบครัว” ซึ่งต่อ ยอดจากนโยบายทีมหมอครอบครัว⁽⁵⁾ คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่นๆ รวมกันเป็น ทีมหมอครอบครัว หรือ Family Medical Care Team ร่วมกันดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ (Catchment Population) ในสัดส่วนที่เหมาะสม ทำหน้าที่ดูแลประชาชนแบบญาติมิตรใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นหัวใจในการดำเนินงาน⁽⁶⁾ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆ และมาตรการดำเนินงานที่มี ประสิทธิภาพ ให้เกิดเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีการจัดบริการที่เชื่อมโยงบูรณาการ โดยมีระบบ



การเงินที่เอื้อและสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการอย่างบูรณาการและเน้นผลลัพธ์เป็นสำคัญตามแนวคิดระบบบริการที่เน้นคุณค่า (Value-based Health Care) ได้แก่ ผลลัพธ์สุขภาพและสภาวะ (Health and Well Being) ที่ดีขึ้น ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการและการให้การดูแล (Quality of Care and Service) และการลงทุนที่คุ้มค่าในสัดส่วนต่อประชากร (Cost per Capital)⁽⁷⁾ แนวคิดหลักคือ ประชาชนได้รับการขึ้นทะเบียนกับแพทย์และทีมสุขภาพประจำตัว (First Contact) มุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuous Care) และการบริการอย่างบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People Center Care) โดยการดูแลสุขภาพครบถ้วนทุกด้าน ตั้งแต่การรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้หายจากโรค การป้องกันโรคไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพให้มีสุขภาพแข็งแรง และการฟื้นฟูสภาพไม่ให้เสื่อมถอยหรือพิการ การให้คำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัว การพึ่งตนเองด้านสุขภาพให้เหมาะสมเพื่อประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค⁽⁸⁾ ปัจจุบันได้มีกฎหมายเกี่ยวกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ คือ “พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ” ซึ่งได้รับการประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 30 เมษายน พ.ศ 2562 ได้เปลี่ยนชื่อเรียกอย่างเป็นทางการจากเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัวเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่ง 1 หน่วย ให้การดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ 8,000 - 12,000 คน⁽⁹⁾

สำหรับอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ได้ดำเนินการจัดตั้งเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 โดยแบ่งเป็น 2 เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Cluster) ได้แก่ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลตรัง จำนวน 2 Cluster หรือ 6 ทีม รับผิดชอบการดูแลสุขภาพในพื้นที่ตำบลทับเที่ยง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง หรือครอบคลุมเขตพื้นที่ของเทศบาลนครตรังทั้งหมด และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิศรีตรัง จำนวน 1 Cluster หรือ 3 ทีม ประกอบด้วย ทีมที่ 1 รพ.สต. โคนท้อ ทีมที่ 2 รพ.สต. นาบินหลารพ.สต. บ้านควน และ รพ.สต. นาโยงใต้ ทีมที่ 3 รพ.สต. น้ำผุด และ รพ.สต. บ้านน้ำผุด โดยมีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจากโรงพยาบาลตรัง มาตรฐานผู้ป่วยนอกพื้นที่ละ 2-3 วัน และลงเยี่ยมบ้าน 1 วัน ช่วงบ่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อติดตามผู้ป่วยที่ภาวะพึ่งพิงและโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต⁽¹⁰⁾ การดำเนินงานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ได้ดำเนินการมาระยะหนึ่ง ซึ่งยังไม่มีประเมินผลลัพธ์ของการจัดบริการสุขภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกประเมินผลลัพธ์ในผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นกรณีศึกษา เนื่องจากบริบทของสังคมไทยหรือทั่วโลก เปลี่ยนไปเป็นสังคมผู้สูงอายุ ภาวะโรคเปลี่ยนไปเป็นโรคเรื้อรัง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นภาวะโรคสำคัญ และทวีความรุนแรงทั้งในระดับโลก ระดับประเทศ และระดับพื้นที่ การวิจัยครั้งนี้ เป็นการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานของการจัดบริการสุขภาพอย่างบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อผลการศึกษานำไปพัฒนาปรับปรุงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical Research) โดยศึกษาในลักษณะภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study Design) เลือกรandom sampling ในการศึกษาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลจากพื้นที่ในการศึกษาแบบกลุ่มนาน ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม 2562 – มกราคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นและรับบริการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการเครือข่ายบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลตรังและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่ตรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง จำนวน 100 คน และผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและรับบริการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ จำนวน 100 คน การกำหนดขนาดตัวอย่างตามที่ Hatcher and O'Rourke⁽¹¹⁾ ที่เสนอแนะขนาดกลุ่มตัวอย่างต้องมีจำนวน 5 เท่าของจำนวนตัวแปร หรือขนาดตัวอย่างขั้นต่ำคือ 100 คน เพื่อเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติพารามิเตอร์ ข้อมูลมีการแจกแจงเป็น โคนormal การศึกษานี้จึงได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากัน กลุ่มละ 100 คน เพื่อเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีความแปรปรวนเท่ากัน⁽¹²⁾ เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและรับบริการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ของพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดตรัง มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป 2) ยินดีให้ข้อมูล และ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และพูดคุยได้รู้เรื่อง ไม่หลงลืม ประเมินโดยผู้วิจัยขณะเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยลงไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างด้วยการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมคำตอบให้สมบูรณ์ ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทของโรคเรื้อรัง ระยะเวลาการป่วยโรคเรื้อรัง ผลการดูแลโรคเรื้อรัง และสิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ทราบชื่อเจ้าหน้าที่ผู้เป็นหมอรอบครัว ได้รับการและการดูแลจากแพทย์ครอบครัวคนเดิมทุกครั้ง



(แพทย์ครอบครัวหมายถึงแพทย์ที่ให้บริการประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ) และได้รับบริการและการดูแลจากหมอครอบครัวคนเดิมทุกครั้ง (หมอครอบครัว หมายถึง ทีมบุคลากรสาธารณสุขทุกสาขา ของหน่วยบริการปฐมภูมิ) และส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) ฉบับภาษาไทย⁽¹³⁾ จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ 1) ด้านปัจจัยสุขภาพ (จำนวน 3 ข้อ) 2) ด้านแผนการรักษา (จำนวน 7 ข้อ) 3) ด้านเป้าหมายการรักษา (จำนวน 3 ข้อ) 4) ด้านการปฏิบัติตน (จำนวน 8 ข้อ) 5) ด้านผลของการรักษา (จำนวน 2 ข้อ) และ 6) ด้านความพึงพอใจ (จำนวน 1 ข้อ) แต่ละข้อคำถามเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยประเมินคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจากหน่วยบริการที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนและรับบริการรักษาเป็นประจำในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 1 แทบจะไม่เคย, 2 โดยทั่วไปไม่, 3 บางครั้ง, 4 ส่วนใหญ่ และ 5 แทบจะทุกครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม PACIC ฉบับภาษาไทย จากการวิจัยที่ผ่านมา มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach อยู่ระหว่าง 0.89 – 0.91 เป็นแบบสอบถามที่ยอมรับและเชื่อถือได้ในการประเมินการรับรู้คุณภาพการดูแลของโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยได้รับจากหน่วยบริการรักษา⁽¹⁴⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ด้วยสถิติครีเมอร์วี (Cramer's V) การวิเคราะห์เปรียบเทียบปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการระหว่างหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการวิเคราะห์เปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ด้วย Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หมายเลขโครงการ COA,MURA2019/1018 รับรองเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2562



ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมืองมีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นส่วนใหญ่ โดยส่วนใหญ่สามารถควบคุมโรคได้ดี และส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลประเภทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างของทั้ง 2 หน่วยบริการ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ยกเว้นตัวแปรเพศ โดยกลุ่มตัวอย่างจากหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าอีกหน่วยบริการ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างจากหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าอีกหน่วยบริการ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ โรคเรื้อรังระหว่างหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง

ตัวแปร	หน่วยบริการ		p-value
	เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (n= 100) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้อยู่ในเครือข่าย บริการปฐมภูมิ (n= 100) จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			0.04 ^a
ชาย	26 (53.10)	23 (46.90)	
หญิง	74 (49.00)	77 (51.00)	
อายุ (ปี)			0.18 ^a
21-40	0 (0.00)	2 (100.00)	
41-60	36 (62.10)	22 (37.90)	
> 60	64 (45.70)	76 (54.30)	
\bar{X} = 67.12 ปี (SD = 10.74), Max = 90 ปี, Min = 29 ปี			
โรคเรื้อรัง			0.66 ^a
เบาหวาน	10 (45.50)	12 (54.50)	
ความดันโลหิตสูง	52 (48.10)	56 (51.90)	
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	38 (54.30)	32 (45.70)	



ตัวแปร	หน่วยบริการ		p-value
	เครือข่ายบริการปฐมภูมิ	ไม่ได้อยู่ในเครือข่าย	
	(n= 100) จำนวน (ร้อยละ)	บริการปฐมภูมิ (n= 100) จำนวน (ร้อยละ)	
ระยะเวลาที่ป่วย (ปี)	$\bar{X} = 8.96$ (SD = 7.08)	$\bar{X} = 7.94$ (SD = 7.52)	0.32 ^b
ผลการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง			0.05 ^a
ควบคุมได้ดี	82 (51.90)	76 (48.10)	
ควบคุมไม่ได้	15 (55.60)	12 (44.40)	
มีภาวะแทรกซ้อน	3 (20.00)	12 (80.00)	
สิทธิหลักประกันสุขภาพหลัก			0.12 ^a
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	88 (52.10)	81 (47.90)	
ประกันสังคม	0 (0.00)	4 (100.00)	
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ท้องถิ่น	10 (40.00)	15 (60.00)	
ไม่มีสิทธิใด ๆ	1 (100.00)	0 (0.00)	
ประกันสุขภาพเอกชน	1 (100.00)	0 (0.00)	

หมายเหตุ: \bar{X} = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ^a วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติครอสเท็บ (Cramer's V)

^b = วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Independent t-test

การเปรียบเทียบปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ในตารางที่ 2 พบว่าปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการระหว่างหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.001 คือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิทราบชื่อเจ้าหน้าที่ผู้เป็นหมอครอบครัว และได้รับบริการและการดูแลจากหมอสาธารณสุขคนเดิมทุกครั้งสูงกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ขณะที่การได้รับบริการและการดูแลจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวคนเดิมทุกครั้ง พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิได้รับบริการและการดูแลจากแพทย์ครอบครัวคนเดิมทุกครั้งสูงกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ แต่ไม่มี ความแตกต่างกันทางสถิติ



ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบปฏิสัมพันธ์ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ โรคเรื้อรังระหว่างหน่วยบริการภายใต้
 เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง

ตัวแปร	หน่วยบริการ		p-value ^a
	เครือข่ายบริการปฐมภูมิ	ไม่ได้อยู่ในเครือข่าย	
	(n= 100) จำนวน (ร้อยละ)	บริการปฐมภูมิ (n= 100) จำนวน (ร้อยละ)	
*ทราบชื่อเจ้าหน้าที่ผู้เป็นหมอ			
ครอบครั้ว			0.001
ไม่ทราบ	31 (28.40)	78 (71.60)	
ทราบ	69 (75.80)	22 (24.20)	
**ได้รับการรักษาจากแพทย์			
ครอบครั้วคนเดิมทุกครั้ง			0.09
ไม่ใช่	24 (40.70)	35 (59.30)	
ใช่	76 (53.90)	65 (46.10)	
*ได้รับการบริการและการดูแลจากหมอ			
ครอบครั้วคนเดิมทุกครั้ง			0.001
ไม่ใช่	14 (25.00)	42 (75.00)	
ใช่	86 (59.70)	58 (40.30)	

หมายเหตุ: ^a วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบไคสแควร์, *หมอครอบครั้ว หมายถึง ทีมบุคลากรสาธารณสุข
 ทุกสาขาของหน่วยบริการปฐมภูมิ, **แพทย์ครอบครั้ว หมายถึง แพทย์ที่ให้บริการประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ

การเปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการ
 ปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ดังตารางที่ 3
 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการ
 ภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิมิค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการดูแลด้านปัจจัยสุขภาพ ด้านแผนการรักษา
 ด้านเป้าหมายการรักษา ด้านการปฏิบัติตน ด้านผลของการรักษา และด้านความพึงพอใจสูงกว่าผู้ป่วย
 โรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง

การรับรู้คุณภาพการดูแล	n	\bar{X}	SD	df	t	p-value ^a
ด้านปัจจัยสุขภาพ						
เครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	4.15	0.83	198	6.20	0.001
ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	3.33	1.03	198		
ด้านแผนการรักษา						
เครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	4.21	0.70	198	6.62	0.001
ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	3.42	0.97	198		
ด้านเป้าหมายการรักษา						
เครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	4.36	0.69	198	7.60	0.001
ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	3.44	0.99	198		
ด้านการปฏิบัติตน						
เครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	4.03	0.78	198	9.53	0.001
ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	2.95	0.81	198		
ด้านผลของการรักษา						
เครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	4.15	0.93	198	7.52	0.001
ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	3.08	1.08	198		
ด้านความพึงพอใจ						
เครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	4.79	0.46	198	4.14	0.001
ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	100	4.39	0.85	198		

หมายเหตุ: ^a วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Independent t-test

อภิปรายผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองของจังหวัดตรัง ทราบชื่อเจ้าหน้าที่ผู้เป็นหมอครอบครัว และได้รับการบริการและการดูแลจากหมอครอบครัวคนเดิมทุกครั้งสูงกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ขณะที่การได้รับการบริการและการดูแลจากแพทย์



ครอบครัวคนเดิมทุกครั้ง พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิได้รับบริการและการดูแลจากแพทย์ครอบครัวคนเดิมทุกครั้งสูงกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ เหตุผลที่สามารถนำมาอธิบายคือ แนวคิดหลักในการออกแบบบริการของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิ คือการบริการอย่างบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People Center Care)⁽⁸⁾ โดยมีระบบการขึ้นทะเบียน (Registration) และการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่า แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือบุคลากรสุขภาพคนใดที่จะเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือหมอประจำครอบครัวของตนเอง (Engagement) หรืออีกความหมายหนึ่งคือ “ฉันเป็นผู้ดูแลเธอ เธอเป็นผู้ให้ฉันดูแล” สำหรับระบบการขึ้นทะเบียน และช่องทางการสื่อสารว่าใครคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำครอบครัวและแพทย์ประจำครอบครัวที่ผู้ป่วยจะติดต่อลำดับแรก (First Contact) เมื่อมีปัญหาการเจ็บป่วยของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ข้อมูลกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน⁽¹⁵⁾ พบว่า มีสติ๊กเกอร์รายชื่อแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัวติดที่บ้านผู้ป่วย สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง⁽¹⁰⁾ “เราก็เลยใช้ช่องทางที่ว่า เราทำเป็นสติ๊กเกอร์ติดที่บ้านมีทั้งหมด 6 สี หมอละ 1 สี อย่างผมสีเหลือง ช่างบน ก็จะเป็นชื่อชุมชน มีชื่อหมอของชุมชนนี้ มีรูป ชื่อหมอ มีชื่อทีมแล้วก็เบอร์โทรติดต่อทีมแล้วก็นำไปติดตามบ้าน” นอกจากนี้ เครือข่ายบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลตรัง ในเขตเทศบาลนครตรังจะมีการสื่อสารผ่านประธานชุมชน สถานีวิทยุของเทศบาล และวารสารของเทศบาล เมื่อมีการเปลี่ยนแพทย์ประจำครอบครัวหรือหมอครอบครัว มีระบบการส่งต่อการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง พร้อมทั้งสร้างความมั่นใจและไว้วางใจแก่ผู้ป่วย ในเบื้องต้นสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองจังหวัดตรัง มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการมากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

2. การเปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง มีการรับรู้คุณภาพการดูแลจากผู้ให้บริการสูงกว่าผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการสำรวจการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในจังหวัดตาก⁽¹⁶⁾ ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้รับบริการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิในจังหวัดตาก 4 ประเภท



คือ ผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง ผู้พิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ผลการศึกษากระบวนการให้บริการผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางตามหลัก เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจหลัก ผลการดำเนินการอยู่ในเกณฑ์ร้อยละ 80 คือให้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างเพียงพอในเรื่องปัญหาความเจ็บป่วยและความกังวลของผู้ป่วย เคารพความคิดเห็นและความกังวลของผู้ป่วย รู้จักผู้ป่วยเป็นอย่างดี อธิบายและตอบคำถามให้ผู้ป่วยเข้าใจได้เป็นอย่างดี อธิบายถึงผลเสียและผลดีของวิธีการรักษาต่างๆ และให้ทางเลือกในการดูแลรักษา เมื่อพิจารณาเฉพาะการบริการ โรคเรื้อรังพบว่า ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยได้รับการข้อมูลเรื่องโรค การดูแลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากคลินิกหมอครอบครัว ได้รับการติดตามต่อเนื่อง และได้รับการสนับสนุนให้ทำกิจกรรมสร้างเสริมฟื้นฟูสุขภาพ โดยร้อยละ 95.30 ของผู้ป่วยมั่นใจและสามารถกลับไปดูแลตนเองหลังจากได้คำแนะนำจากคลินิกหมอครอบครัว ส่วนการบริการที่ยังดำเนินการได้ต่ำกว่าอย่างอื่น คือ ทีมคลินิกหมอครอบครัวมีการประเมินความเข้าใจโดยติดตามถึงบ้าน/โทรหลังให้คำแนะนำ (ร้อยละ 69.00)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง มีการรับรู้คุณภาพการดูแลจากผู้ให้บริการทุกด้านอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดต้นแบบในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Care Model)⁽¹⁷⁾ เหตุผลที่นำมาอภิปรายผลเพื่อสนับสนุนถึงผลลัพธ์ในการจัดบริการของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลตรัง เนื่องจากลักษณะการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะมีการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน เรียกว่า “บริการคุณภาพ ใกล้บ้าน กลางใจ” เพื่อลดความแออัดของคนไข้ที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตรัง สำหรับการตรวจรักษาแบ่งเป็นการตรวจผู้ป่วยที่ไม่ซับซ้อนโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนจะตรวจรักษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว โดยเน้นการให้บริการตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานเพื่อปรับยาเป็นหลัก ตลอดจนการตรวจรักษาโรคทั่วไป ปัจจุบันจะมีการทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร่วมด้วย ได้แก่ การตรวจตา และตรวจเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การให้บริการวัคซีน การตรวจคัดกรองโรคในชุมชน ให้บริการวัคซีนเด็กในโรงเรียน การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการจัดการอาหารปลอดภัย สำหรับสถานที่ให้บริการเชิงรุกใช้สถานที่ที่ประชาชนมาได้สะดวก ตลอดจนได้รับความร่วมมือจากพื้นที่เอกชนประกอบด้วย ที่ทำการชุมชน สนามกีฬา หอการค้าจังหวัด สวนสาธารณะ และวัด นอกจากนี้ มีการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยที่บ้าน (Homeward) โดยมีกิจกรรมตามการดำเนินงานของบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยมีแผนปฏิบัติการครอบครัวในพื้นที่บริการ ถึงแม้ลักษณะกิจกรรมจะเป็นการดูแลรักษาพยาบาล แต่การลงไปเยี่ยมบ้านจะมีกิจกรรมที่ส่งเสริมและป้องกันโรคควบคู่ไปด้วย ประกอบด้วย บริการทำหัตถการให้กับผู้ป่วยที่บ้าน เช่น การทำแผลกดทับ การเปลี่ยนสายให้อาหารทางจมูก และการสอนสุขศึกษาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้กับผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ การดูแลให้ออกซิเจนที่บ้าน บริการสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) และสนับสนุนให้ครอบครัวร่วมดูแลสุขภาพ



ผู้ป่วย โดยมีทีมพยาบาลที่ผ่านการอบรม มีการประสานงาน การจัดตั้งศูนย์รับส่งต่อ เพื่อประสานและติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องทั้งหมดนี้เรียกว่า Green channel (คือหน่วยของโรงพยาบาลตรง ที่ตั้งขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยที่ถูกส่งเข้ามาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) หรือโรงพยาบาลชุมชน โดยทำระบบนัดไว้ให้ล่วงหน้ากับหน่วยประสานงานส่งผู้ป่วยออกไปดูแลต่อเนื่องที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (ตำบลและชุมชน) จัดกลุ่มศูนย์ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย การเฝ้าระวังโรคควบคุมการเกิดโรค การสอบสวนโรค และการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังโรคในชุมชน การสร้างเครือข่ายจิตเวชชุมชน และการจัดการลดภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ โดยการจัดช่องทางรับคำปรึกษาหรือรับนัดหมายเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมได้ ได้แก่ การจัดทำช่องทางเฟสบุ๊ก แอปพลิเคชัน ระบบโทรศัพท์รับคำปรึกษา เทคโนโลยีการสื่อสารสนเทศ มาใช้ในการสนับสนุนการตัดสินใจให้กับทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การจัดตั้งไลน์กลุ่มสำหรับทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ มีการกำหนดแผนที่ครัวเรือน เพื่อสะดวกในการออกดำเนินงานในพื้นที่ชุมชน และการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย⁽¹⁰⁾ ผลลัพธ์การจัดบริการของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลตรง จากการสัมภาษณ์ นายแพทย์ไกรสร โดทับเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม พันธุ์เพ็งสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ให้ข้อมูลตั้งแต่ปี 2559-2562 จำนวนผู้ป่วย โรคเรื้อรังมารับบริการกับหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลตรง ที่เป็นลักษณะบริการเชิงรุกในชุมชนเพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังใช้บริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตรงมีแนวโน้มที่ลดลง ร้อยละของความครอบคลุมในการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้น มีผลดีทำให้เกิดการให้บริการทั้งการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบบูรณาการ เพราะการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคไม่สามารถแยกส่วนได้ เช่น “ผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ เมื่อทีมสหวิชาชีพของคลินิกหมอครอบครัวลงไปเยี่ยมที่บ้าน ดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการรับประทานอาหารและยาที่ดีขึ้น มีคนดูแลผู้ป่วยที่ต้องทำให้ผู้ป่วยไม่กลับมาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก”⁽¹⁰⁾

ในส่วนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิศรีตรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง จากการสัมภาษณ์ นายสุนันท์ แก่นอินทร์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ ให้ข้อมูลว่า “ผลลัพธ์และปัจจัยแห่งความสำเร็จของเครือข่ายบริการปฐมภูมิศรีตรัง คือ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจากโรงพยาบาลตรง ที่เป็นหัวหน้าทีมจะมีส่วนร่วมในการทำประชามกับพื้นที่มีทุกภาคส่วน เช่น กรรมการในพื้นที่ ผู้นำชุมชน เทศบาล ผู้ใหญ่ กำนัน ประธานองค์กรต่างๆ ในหมู่บ้าน เข้ามาร่วม เช่น ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประธานสภาตำบล แกนนำสตรี ตลอดจนการสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่นในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์สำหรับผู้พิการ”⁽¹⁰⁾ สรุปว่าการอภิบาลระบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้มีความยั่งยืนต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยบริการสุขภาพแม่ข่าย องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน



การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานของการจัดบริการสุขภาพของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ใน 2 ประเด็นหลัก คือ ปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ และการรับรู้คุณภาพการดูแลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาเป็นประจำกับหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิในอำเภอเมือง ของจังหวัดตรัง มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ และการรับรู้คุณภาพการดูแลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงกว่าหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิใช้แนวคิดหลักในการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือ ประชาชนได้รับการขึ้นทะเบียนกับแพทย์และทีมสุขภาพประจำตัว (First Contact) มุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuous Care) และการบริการอย่างบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-Centred Care) โดยการดูแลสุขภาพครบถ้วนทุกด้าน⁽¹⁸⁾ และแนวคิดต้นแบบในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Care Model)⁽¹⁷⁾ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในแง่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การศึกษาต้นทุนต่อราย และการลงทุนที่คุ้มค่าในสัดส่วนต่อประชากร (Cost per Capital)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. สำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข ควรพัฒนาหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ให้เป็นหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยแนวคิดบริการสุขภาพอย่างบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยการวางแผนองค์ประกอบที่สำคัญอยู่ 3 ด้านคือ ด้านบุคลากร (Staff) ด้านระบบบริการ (System) และด้านโครงสร้าง เครื่องมือ/ เครื่องใช้ (Structure)
2. การอภิบาลระบบของเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้มีความยั่งยืนต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยบริการสุขภาพแม่ข่าย องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน มีการเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพระดับตำบลและระดับอำเภอ

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยเรื่องนี้เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้รับงบประมาณสนับสนุนงบจากสำนักคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ และสำนักวิจัยระบบสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Health for All by the Year 2000. Geneva: World Health Organization; 1978.



2. World Health Organization. Primary Health Care: A Framework for Future Strategic Directions. Geneva: World Health Organization; 2003.
3. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, บำรุง ชลอเดช, พุกฤษา บุกบุญ. สถานการณ์การพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2547 – 2558. นนทบุรี: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ชุมชน (มสพช.); 2558.
4. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และประชาทิป กะทา. ปรัชญาสุขภาพปฐมภูมิ. นิตยสารสุขภาพ. 2015; 1(1): 42-47.
5. ไพบุญย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ. รายงานการติดตามโครงการติดตามประเมินผลนโยบายคลินิก หมอครอบครัว. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส); 2558.
6. โสภณ เมฆชน. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
7. Bervick D, et al. The triple aim: health, care, and cost. Health Affairs 27; 3: 759-769.
8. คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ. แนวทางการดำเนินงาน Primary care cluster สำหรับหน่วยบริการ. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
9. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนที่ 56 ก. (ลง วันที่ 30 เมษายน 2562).
10. กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ฉัตรชัย ขวัญแก้ว, เสาวลักษณ์ คงสนิท. วิจัยนำร่องการ ปฏิรูปการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. ตรัง: วิทยาลัยการ สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง; 2562.
11. Hatcher L, O' Rourke N. Minimal sample size requirement. In: A step-by-step approach to Using the SAS system for factor analysis and structural equation modeling. North Carolina: SAS Institute Inc; 2014. p. 9.
12. กัลยา วานิชย์บัญชา. สถิติสำหรับงานวิจัย พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ : หจก.สามลดา; 2561.
13. Gomutbutrab P, Aramrat A, Sattapansri W, Chutima S, Tooprakai D, Sakarinkul P, Sangkhasilapin Y. Reliability and validity of a Thai version of assessment of chronic illness care (ACIC). J Med Assoc Thailand. 2012; 95(8): 1105-13.
14. Zeugfang D, Wisetborisut A, Angkurawaranon C, Aramrattana C, Wensing M, Szecseny J, Krung K. Translation and validation of the PACIC+questionnaire: the Thai version. BMC Family Practice; 19: 123. Doi.org/10.1186/s12875-018-0801-y



15. กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, ฉัตรชัย ขวัญแก้ว, พุทธิพงษ์ บุญชู. รายงานการวิจัยประเมินและถอดบทเรียนการดำเนินงานของ PCC ตามแนวคิด เรื่อง การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางพร้อมสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ต่อกระบวนการจัดบริการที่ได้รับ อำเภอเมืองจังหวัดตรัง. ตรัง: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง; 2563.
16. วัฒนา ศรีวิชัย. การสำรวจการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในจังหวัดตาก: ความคาดหวังการได้รับบริการสุขภาพ และความพึงพอใจ ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายและผู้ดูแล. บุรพาเวชสาร. 2561; 5(1): 64-82.
17. วรสิทธิ์ ศรีศรีวิชัย (บรรณาธิการ). ถอดบทเรียน DHS South การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง. สงขลา: มูลนิธิสุขภาพภาคใต้; 2562.
18. World Health Organization. Framework on integrated, people-centered health services report by The secretary. Sixty-Ninth World Health Assembly, Provision agenda item 16.1; 2016.