

ผลประเมินตนเองเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของคลินิกหมอครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พื้นที่เขตเทศบาลนคร

จินดา คำแก้ว, ส.ม.*^a

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ช่วงเวลาใด เวลาหนึ่ง ในกลุ่มบุคลากรสุขภาพปฏิบัติงาน คลินิกหมอครอบครัว เครือข่ายบริการสุขภาพยางกูร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 54 คน ด้วยเครื่องมือตามกรอบแนวคิดของ Primary Care และ Chronic Care Model (CCM) ที่ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ (IOC=0.8) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการประเมินด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงาน PCU ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 อายุเฉลี่ย 44.4 ปี (SD=9.85) มีประสบการณ์ทำงานปฐมภูมิเกิน 3 ปี ($\bar{X}=7.69$ SD=5.72) ทำหน้าที่ผู้ให้บริการ/ร่วมให้บริการ กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองตามแบบประเมินกระบวนการจัดบริการ 5 ด้านตามแนวคิดของ CCM โดยรวม ด้านคุณภาพของกระบวนการหลัก ระดับ B (79.6%) $\bar{X}=6.40$ (SD=1.44) ด้านคุณภาพของกระบวนการสนับสนุน ระดับ B (51.9%) $\bar{X}=7.18$ (SD=1.39) ปัญหาอุปสรรคในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือสหวิชาชีพมีภาระงานมากเมื่อเทียบอัตรากำลัง ตัวชี้วัดกระทรวงไม่ตอบรับของชุมชน ระบบการบริหารงบประมาณยังเกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลแม่ข่าย สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการทำงาน และข้อจำกัดของเครื่องมือทางการแพทย์ แต่บรรยากาศการทำงาน มีความอิสระ มีความร่วมมือกันเป็นอย่างดีของสหวิชาชีพ ส่วนพัฒนาของระบบสนับสนุนจากองค์กรแม่ข่าย คือทบทวนกระบวนการจัดการเรียนรู้ การสื่อสารร่วมกันอย่างต่อเนื่องและชัดเจน รวมทั้งออกแบบแนวปฏิบัติระบบการดูแลสุขภาพให้ชัดเจน

จากผลการศึกษา ควรยึดหลักออกแบบเพื่อจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคลินิกหมอครอบครัว ตามบริบทของกลุ่มเป้าหมายและศักยภาพทีมสหวิชาชีพ และมีการสื่อสารกันระหว่างสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และมีอิสระในการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว

คำสำคัญ: การประเมินตนเอง; การจัดบริการดูแลสุขภาพ; คลินิกหมอครอบครัว

*อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^a Corresponding author: จินดา คำแก้ว Email: jinda@scphub.ac.th

รับบทความ: 16 เม.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 15 พ.ค. 66; ตอปรับตีพิมพ์: 15 พ.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 11 มิ.ย. 66

Self-Assessment of Primary Healthcare Service Delivery System at Family Medicine Clinics for Managing Non-Communicable Chronic Diseases in Municipal Districts

Jinda Khumkaew, MPH^a

Abstract

This cross-sectional study was conducted with a group of 54 healthcare personnel working in family physician clinics of Chaityagun network of Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani province, who voluntarily participated in the study. Instruments used in this study were based on the Primary Care and Chronic Care Model (CCM) frameworks, which were content-validated by experts (IOC=0.8). Data were collected through self-assessment and analyzed using frequencies, percentages, means and standard deviations.

The study found that the majority of the Primary Care Unit (PCU) workforce samples were female (83.3%) with an average age of 44.4 years (SD=9.85) and had more than 3 years of experience working in primary care ($\bar{X}$ =7.69, SD=5.72). They served as service providers/care team members. The samples self-evaluated their performance in 5 domains of the CCM framework. Overall, the quality of the main care process was at level B (79.6%) with $\bar{X}$ =6.40 (SD=1.44), while the quality of the supporting care process was at level B (51.9%) with $\bar{X}$ =7.18 (SD=1.39). The obstacles to providing primary health care services were: high workload of health professionals compared to the available workforce, lack of fit between the Ministry of Public Health's indicators and the community's contexts, budget management system linked to the district hospital, unfavorable working environments, and limited medical tools. However, the work atmosphere was characterized by autonomy and good collaboration among health professionals. The development of the support system from the network organization involved reviewing the learning management process, continuous and clear communication, as well as designing a clear health care management system.

Therefore, the principle of designing family physician clinics to provide primary healthcare services should be based on the contexts of the target population and the potential of the interprofessional team. Regular communications among healthcare professionals should

* Instructor, Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Phraboromarajchanok Institute

^a Corresponding author: Jinda Khumkaew Email: jinda@scphub.ac.th

Received: Apr. 16, 23; Revised: May 15, 23; Accepted: May 15, 23; Published Online: Jun. 11, 23

be maintained to promote collaborative learning and ensure autonomy in the management of family physician clinics.

Keywords: Self-assessment; Healthcare delivery; Family physician clinic

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย กำหนดให้รัฐจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง อีกทั้งแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี ยังมุ่งลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงระบบสุขภาพ โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการให้บริการสุขภาพ⁽¹⁾ และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 มุ่งให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีมาตรฐาน ภายใต้นโยบาย “คลินิกหมอครอบครัว” และการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (พ.ศ.2560-2569) ดังนั้น การดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง จึงเป็นการดูแลรักษาที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ บนพื้นฐานความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยกับทีมรักษาพยาบาล ในการวางแผนการดูแล การให้การดูแล และการประเมิน⁽²⁻⁴⁾ ทำให้บริการสุขภาพโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางจึงเป็นคำตอบของระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำหรับออกแบบกระบวนการบริการสุขภาพ ที่คำนึงถึงวิถีชีวิตและบริบทรอบตัวของประชาชนให้การดูแลที่ตรงคน ตรงความจำเป็น ไม่ทำให้การดูแลทางคลินิกเป็นปัญหากับการใช้ชีวิต⁽⁵⁻⁶⁾ ระบบบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องช่วยให้ประชาชนเข้าถึงทีมสุขภาพประจำตัว และเชื่อมโยงถึงภาคีต่างๆ ได้มากที่สุดภายใต้บริบทที่เป็น และประชาชนต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีมีความศรัทธา จึงเป็นที่มาของการนำแนวคิดต่างๆ มารวมใช้ในการออกแบบการดูแลสำหรับระบบปฐมภูมินี้ ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนดีขึ้น (Better health outcomes) มีการใช้หลักคิดการจัดบริการแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based health care) มาใช้ในการออกแบบซึ่งตรงตามเป้าหมาย ในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ “Triple Aim” ได้แก่ Better service, Better outcome และ Cost per capita ที่มีองค์ประกอบ 5 ข้อปฏิบัติการ ได้แก่ 1) First contact with engagement, 2) Individual care plan, 3) Personal health record for self-monitoring program, 4) Health literacy & self-management program และ 5) Continuity & coordination ทั้งนี้ องค์ประกอบทั้ง 5 มีลักษณะที่สำคัญที่จะทำให้เกิดการดูแลที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง สามารถจัดให้เกิดกระบวนการที่เชื่อมโยงต่อเนื่อง และสามารถใช้ได้กับทุกชุดบริการไม่ว่าจะเป็น การรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค⁽⁷⁾ เพื่อพัฒนาระบบบริการที่เป็นการดูแลแบบองค์รวม และลดความเหลื่อมล้ำด้วยแนวคิดบริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี โดยทีมหมอครอบครัว การจะบรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าวได้จำเป็นต้องมีการออกแบบระบบและกระบวนการจัดการบริการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิใหม่

พื้นที่เขตเมืองใหญ่ของประเทศไทย พบปัญหาด้านการให้บริการสุขภาพ⁽⁸⁾ ได้แก่ ความซ้ำซ้อนของหน่วยงานสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่เท่าเทียม/ทั่วถึง การให้บริการสุขภาพเชิงรุกที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพ การออกแบบกระบวนการคุณภาพบริการที่เด่นชัด

กับภาวะโรค ภาวะเจ็บป่วยของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ คือ “คลินิก NCD คุณภาพ” ซึ่งเป็นต้นทุนคุณภาพของหน่วยบริการฯ ที่สามารถต่อยอดสู่การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการควบคุมป้องกันของคลินิกหมอครอบครัวสำหรับใช้เป็นแนวคิดสู่การบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวตามแนวคิดเรื่องการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางพื้นที่เขตเทศบาลนครอุบลราชธานี ที่สะท้อนผลของการจัดบริการสุขภาพรูปแบบบริการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model: CCM) ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และสะท้อนสถานการณ์ของกระบวนการจัดบริการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิพร้อมนำไปสู่การพัฒนาการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมืองได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์วิจัย

ศึกษาผลประเมินตนเองเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคลินิกหมอครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พื้นที่เขตเทศบาลนคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยของการศึกษานี้ ใช้แนวคิดระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care)⁽⁹⁾ ระบบบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated people-centered health service)⁽¹⁰⁾ และรูปแบบบริการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model: CCM)⁽¹¹⁾

วิธีการวิจัย

วิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2562–เมษายน 2563 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินกระบวนการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) กับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเอง ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือบุคลากรสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ เขตเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 74 คน โดยกลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 54 คน มีเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมวิจัย ดังนี้

1. เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
2. เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นผู้จัดการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยตรง ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด โภชนากรและแพทย์แผนไทย เป็นต้น
3. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. ไม่มีปัญหาสุขภาพอันจะมีผลทำให้เกิดปัญหารุนแรงระหว่างเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินกระบวนการจัดการบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน และความดันโลหิตสูง)⁽¹²⁾ โดยแบบประเมินนี้เป็นลักษณะของ Self-report questionnaire แบ่งออกเป็น 4 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ตอนที่ 2 ความเห็นต่อกระบวนการจัดการบริการ ตอนที่ 3 ความเห็นต่อระบบสนับสนุนต่างๆ และ ตอนที่ 4 ความเห็นเพื่อปรับปรุงงาน (คำถามปลายเปิด) โดยในตอนที่ 2 และ 3 มีลักษณะเป็น Scoring rubrics ซึ่งเกิดจากการรวมกันระหว่างเกณฑ์การให้คะแนน (Scoring criteria) กับมาตราประมาณค่าหรือระดับคะแนน (Rating scale) เพื่อระบุถึงความแตกต่างของผลงานหรือประสิทธิภาพของงานโดยมีค่าคะแนนดังนี้

- D เป็นระดับต่ำสุด บ่งชี้ว่ามีการดำเนินการหรือการสนับสนุนน้อยมากถึงไม่มีเลย คะแนน 1 คะแนน
- C มีการดำเนินการเป็นครั้งคราว ไม่สม่ำเสมอหรือบริการแบบตั้งรับ มีการให้การสนับสนุนขั้นพื้นฐาน คะแนน 2-4 คะแนน
- B มีการดำเนินการและจัดการอย่างเป็นระบบ มีการทำงานเป็นทีมและมีการบริการที่เชื่อมประสานดี มีระบบการสนับสนุนที่ดี คะแนน 5-7 คะแนน
- A ดีมาก มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบรอบด้าน ครบคลุม คะแนน 8-10 คะแนน

ทั้งนี้แบบประเมินนี้ได้ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญและผู้มีประสบการณ์ด้านการจัดการระบบสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา ตลอดจนความเหมาะสมและความชัดเจนของภาษา และเลือกคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไปเพื่อนำไปพิจารณาใช้ต่อไป

จริยธรรมวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี รหัส COA.NO. MURA2019/1010 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant information form) เกี่ยวกับความเป็นมา วัตถุประสงค์ รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย และมีหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed consent form) ทั้งนี้การจัดเก็บรวบรวมข้อมูล การนำเสนอข้อมูล และรายงานผลภาพรวม ไม่เจาะจงรายบุคคล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรม 54 คน ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 83.3 อายุเฉลี่ย 44.4 ปี (SD=9.85) การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 72.2 ตำแหน่งในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 51.8 ระยะเวลาปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว เฉลี่ย 7.69 ปี (SD=5.72) บทบาทที่เกี่ยวข้องในการจัดการบริการแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง คือผู้ให้บริการ/ร่วมให้บริการ ร้อยละ 67.1 ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	14.81
หญิง	45	83.33
ไม่ระบุ	1	1.85
อายุ (ปี)		
21-40	14	15.90
41-60	39	72.20
Mean=44.4; SD=9.85; Min=25; Max=58		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	39	72.22
ปริญญาโท	12	22.22
วุฒิปัตร์/อนุมัติบัตร/ปริญญาเอก	2	3.70
ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน		
พยาบาลวิชาชีพ	28	51.85
แพทย์	9	16.67
เภสัชกร	3	5.56
ทันตแพทย์	3	5.56
นักกายภาพบำบัด	2	3.70
นักวิชาการสาธารณสุข	2	3.70
แพทย์แผนไทย	2	3.70
อื่นๆ	6	11.11
ระยะเวลาปฏิบัติงานในทีมหมอกรอบครัว (ปี)		
ไม่เกิน 1 ปี	9	16.67
ระหว่าง 1-2 ปี	9	16.67
ระหว่าง 2-3 ปี	1	1.85
มากกว่า 3 ปี	32	59.26
Mean=7.69; SD=5.72; Min=1; Max=17		

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
บทบาทที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง		
System manager	5	6.85
Case manager	8	10.96
ผู้จัดการ NCD clinic	5	6.85
ผู้จัดการ PCC	2	2.74
หัวหน้าหน่วยบริการ	4	5.48
ผู้ให้บริการ/ร่วมให้บริการ	49	67.12

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินกระบวนการจัดบริการ

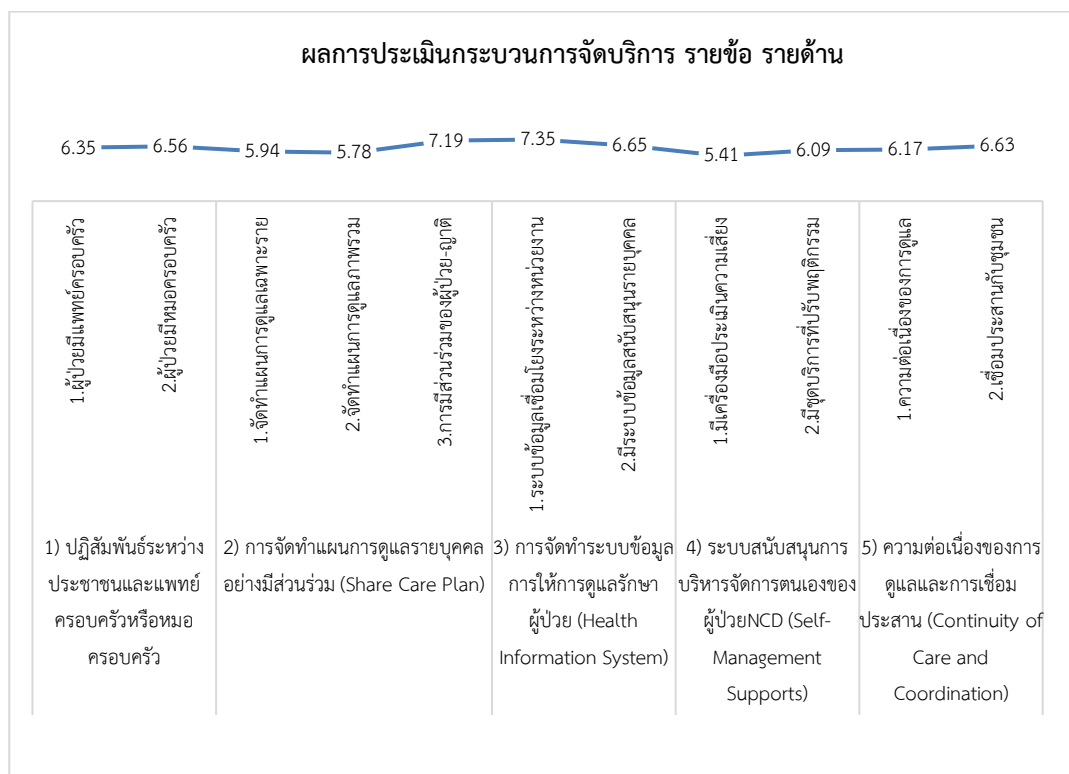
ประเมินตนเองตามแบบประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว ด้านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม ด้านการจัดทำระบบข้อมูล การให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ด้านระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD และด้านความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน พบว่า ส่วนใหญ่ประเมินตนเองระดับ B ร้อยละ 79.6 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ระดับคุณภาพ ผลการประเมินกระบวนการจัดบริการ

ด้านประเมินกระบวนการจัดบริการ	จำนวน (n) และร้อยละ (%) ระดับคุณภาพ			
	ต่ำสุด (D)	พื้นฐาน (C)	ดี (B)	ดีมาก (A)
1. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว (Interaction between citizens and family physicians)	1 (1.9)	9 (16.7)	30 (55.6)	14 (25.9)
2. การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม (Share care plan)	1 (1.9)	9 (16.7)	32 (59.3)	12 (22.2)
3. การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย (Health information system)	0 (0.0)	3 (5.6)	34 (63.0)	17 (31.5)
4. ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD (Self-management supports)	0 (0.0)	20 (37.0)	29 (53.7)	5 (9.3)
5. ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน (Continuity of care and coordination)	0 (0.0)	4 (7.4)	38 (72.2)	12 (22.2)
รวม	1 (1.9)	5 (9.3)	43 (79.6)	5 (9.3)

เมื่อวิเคราะห์รายข้อในแต่ละด้าน โดยมีค่าคะแนน 1-10 และระดับคุณภาพ A, B, C และ D และ แปลผลเป็นค่าเฉลี่ยรายข้อ รายด้าน ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยสูงสุด ด้านที่ 2 การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม ข้อ 3 ความรอบด้านและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการกำหนดเป้าหมายการดูแลรักษา ($\bar{X}=3.52$, $SD=0.68$) รองลงไป คือ ด้านที่ 3 การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ข้อ 1 ระบบข้อมูลเชื่อมต่อระหว่างสถานพยาบาล ($\bar{X}=3.50$, $SD=0.62$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านที่ 1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว ข้อ 1 ผู้ป่วยมีแพทย์ครอบครัว ($\bar{X}=1.98$, $SD=0.15$) และด้านที่ 4 ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD ข้อ 1 มีเครื่องมือประเมินความเสี่ยงด้านต่างๆของผู้ป่วย ($\bar{X}=2.66$, $SD=0.69$) ดังรูปที่ 1

รูปที่ 1 ค่าเฉลี่ยรายข้อ รายด้าน การประเมินตนเองด้านกระบวนการจัดบริการ



ส่วนที่ 3 ผลการประเมินระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการโดยใช้โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเป็นกรณีตัวอย่าง

ประเด็นระบบสนับสนุน จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลผู้ป่วย NCD 2) มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง 3) การทำความเข้าใจต่อหลักการจัดบริการครบ 5 องค์ประกอบ 4) ความเชื่อมั่นของทีมต่อการมีอิสระ

ที่จะจัดสรรเวลาทำงานให้ผู้ป่วยตามที่ตนเห็นว่าจำเป็น มีจำนวนข้อคำถามประเมิน 4 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนน ตั้งแต่ 1-10 และระดับคุณภาพ A-B-C-D พร้อมแปลผลเป็นค่าเฉลี่ยรายข้อ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายได้ประเมินตนเองตามประสบการณ์โดยแบบประเมินระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการโดยใช้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นกรณีตัวอย่าง พบว่า ข้อ 4 ความเชื่อมั่นของทีมต่อการมีอิสระที่จะจัดสรรเวลาทำงานให้ผู้ป่วยตามที่ตนเห็นว่าจำเป็น มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.70 (SD=0.51) จากคะแนนเต็ม 5.00 ส่วนคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อ 1 ทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย NCD เฉลี่ย 3.41 (SD=0.66) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล ระบบสนับสนุนขององค์กร

ด้าน	ด้านระบบสนับสนุนขององค์กร	ค่าเฉลี่ย (10)	SD	แปลผล (ระดับ)
1	ทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพของรพ.ชุมชนในการดูแลผู้ป่วย NCD	7.06	1.753	ดี (B)
2	มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง	7.17	1.551	ดี (B)
3	การทำความเข้าใจต่อหลักการจัดบริการครบ 5 องค์ประกอบ คือ 1) การจัดการสภาวะสุขภาพระดับประชากร 2) การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) การบริหารแรงจูงใจของทีมดูแลสุขภาพ 4) การวัดผล 5) การติดตามผล	6.69	1.746	ดี (B)
4	ความเชื่อมั่นของทีมต่อการมีอิสระที่จะจัดสรรเวลาทำงานให้ผู้ป่วยตามที่ตนเห็นว่าจำเป็น	7.81	1.638	ดี (B)
รวม		7.18	1.385	ดี (B)

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนา

ผู้ตอบแบบสอบถามได้ตอบคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนาจำนวน 40 คน (ร้อยละ 74.1) พบว่าประเด็นด้านการพัฒนาศักยภาพทีม และการพัฒนาระบบบริการได้รับการเสนอแนะมากที่สุดจากทุกสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานปฐมภูมิ และทุกหน่วยบริการฯ โดยปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนา ได้แก่ การระงับงานมากเมื่อเทียบอัตรากำลัง ตัวชี้วัดกระทรวงไม่ตอบบริบทของชุมชน ระบบการบริหารงบประมาณยังโยงกับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ขวัญและกำลังใจของคนทำงานปฐมภูมิสารสนเทศยังไม่ตอบโจทย์การทำงาน โปรแกรมบันทึกเพื่อจัดเก็บข้อมูลที่หลากหลาย เครื่องมือ อุปกรณ์วัสดุทางการแพทย์บางรายการไม่เพียงพอ บางรายการเสื่อมสภาพ และสถานที่ปฏิบัติงานคับแคบ ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน แต่ทั้งนี้ ผู้ประเมินยังระบุจุดเด่นของการให้บริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ บรรยากาศการทำงาน

มีความอิสระ มีความร่วมมือกันเป็นอย่างดีของสหวิชาชีพ และการพัฒนาความรู้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ได้อบรมเพิ่มพูนความรู้ต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาปัญหาด้านกระบวนการจัดบริการและกระบวนการสนับสนุนจากองค์กร เมื่อแยกด้านกระบวนการจัดการและด้านระบบสนับสนุน สรุปได้ว่า

4.1 กระบวนการจัดบริการ

ผู้ป่วย NCD บางคนไม่ชำนาญการใช้เทคโนโลยี ไม่ทราบช่องทางการติดต่อโดยตรงกับแพทย์ ผู้ป่วยได้รับข้อมูลหมอครอบครัวจากผู้นำชุมชน/อสม.แต่ยังสับสนคำว่า “หมอครอบครัว” “แพทย์ครอบครัว” ผู้ป่วยบางรายยังเข้าถึงแพทย์เฉพาะทางไม่สะดวก ระบบการให้บริการบางอย่าง ยังไม่ได้มาตรฐาน และไม่ทันสมัย การแข่งคิวในการให้บริการที่คลินิก แผนการดูแลเฉพาะราย ขาดความเชื่อมโยงและขาดความต่อเนื่อง แผนการดูแลยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และไม่มีการปรับปรุงแผนให้ทันสมัย ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างสหวิชาชีพกับภาคีเครือข่าย ระบบข้อมูลเชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาล ขาดการตอบกลับ และความล่าช้า และความสมบูรณ์ของข้อมูลในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่เชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาล สมุดประจำตัวผู้ป่วยไม่เพียงพอ ขาดให้ความสำคัญกับการบันทึกข้อมูลและสมุดประจำตัวผู้ป่วย เครื่องมือประเมินความเสี่ยงไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยไม่ประเมินความเสี่ยงฯ เพราะคิดว่าเป็นบทบาทเจ้าหน้าที่ฯ ขาดระบบการติดตาม ดูแลอย่างเป็นระบบและชัดเจน การช่วยเหลือ ที่ยังไม่ครอบคลุมทุกรายทุกมิติ เนื่องจากขาดทุน ข้อจำกัดในการประสานงานระหว่าง อสม.กับผู้นำชุมชนและบุคลากรยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนรวมทั้งขาดการติดตามผลที่เป็นรูปธรรม

4.2 กระบวนการสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการโดยใช้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นกรณีตัวอย่าง

ทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลผู้ป่วย ยังขาดกระบวนการจัดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง/ชัดเจน วางระบบการจัดบริการที่ไม่ชัดเจน และมีเพียงบางกิจกรรมในบางรายเท่านั้น ยังทำความเข้าใจในการสื่อสารกิจกรรมร่วมกันไม่ครบทุกองค์ประกอบ ตารางการทำงานของแต่ละคนยังไม่สอดคล้อง ไม่สัมพันธ์กัน แต่ทีมเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม และบริการจัดการตามความจำเป็นเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเทศบาลนคร มีสหวิชาชีพที่หลากหลายในการปฏิบัติงานสอดคล้องกับเกณฑ์หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ⁽¹³⁾ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานปฐมภูมิเกิน 3 ปี ($\bar{X}$ =7.69, SD=5.72) ทำงานบทบาท Health provider มากกว่า Health manager กลุ่มตัวอย่างในฐานะจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคลินิกหมอครอบครัว ได้ประเมินตนเอง 2 องค์ประกอบ คือ 1) กระบวนการจัดบริการสุขภาพ 5 ด้าน และ 2) ระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ 4 ด้าน

1) กระบวนการจัดบริการสุขภาพ 5 ด้าน พบว่า 1.1) ด้านผู้ให้บริการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวสอดคล้องกับแนวคิดการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ “คลินิกหมอครอบครัว (Family care team)” ทั้งบทบาทแพทย์ครอบครัวและหมอครอบครัว 1.2) ด้านการทำแผนการดูแลรายบุคคล

อย่างมีส่วนร่วม (Share care plan) ของผู้ให้บริการที่ออกแบบการดูแลตามสถานะสุขภาพและความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ พัทธพร เกิดมงคล และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ได้จัดทำโปรแกรมการจัดการรายกรณีสามารถทำให้ผู้ป่วยจัดการตนเองและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ 1.3) ด้านการจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย (Health information system) ควรมีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพของทีมนสุขภาพแต่ละระดับและระบบข้อมูลสนับสนุนรายบุคคลเพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ และเกิดความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อุษณีย์ บุญเมือง และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าการพัฒนาเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและเครือข่ายจะทำให้เกิดการจัดระบบบริการระบบบันทึกและเชื่อมต่อข้อมูลที่ส่งผลต่อการบรรลุตัวชี้วัดและผลลัพธ์ทางคลินิกด้วย 1.4) ด้านระบบสนับสนุนการบริหารจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย NCD (Self-management supports) เนื่องจากเป็นพื้นที่เขตเมืองที่มีความซับซ้อนของระบบ มีความยุ่งยากในการจัดการปัญหา อีกทั้งมีประชากรแฝงที่ส่งผลต่อการวางระบบจัดการสุขภาพ ดังนั้นต้องอาศัยกลไกหลายภาคส่วนเพื่อเป็นเจ้าภาพร่วมของกระบวนการสร้างระบบและกลไกที่จะสนับสนุนการพึ่งตนเองทางสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรทิพย์ ศิริภานุมาศ และคณะ⁽¹⁶⁾ ในการวิเคราะห์ความคิดเห็นของประชาชนและผู้บริหารต่อรูปแบบที่พึงประสงค์เกี่ยวกับระบบป้องกันและควบคุมโรคเขตเมืองของประเทศไทยที่ต้องมีช่องทางการรับรู้ รวมทั้งแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ มีนโยบาย มาตรการและกลไกที่ออกแบบมาเพื่อสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของประชาชน นอกจากนี้หากชุมชนมี Health station สำหรับให้บริการเครื่องมือประเมินความเสี่ยงและชุดบริการที่ปรับพฤติกรรม จะทำให้การเข้าถึงของการจัดบริการมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น 1.5) ด้านความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน (Continuity of care and coordination) เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงสุขภาพตามที่คาดหวังและมีคุณภาพชีวิตมีดีสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยอาศัยความร่วมมือจากชุมชนเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของปัญหาชุมชนอย่างแท้จริง ที่จะจัดการแก้ปัญหาโดยชุมชน เพื่อชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรพรรณ แพนคง และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่ได้สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยชุมชนมีส่วนร่วมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความพึงพอใจของเครือข่ายชุมชน

2) ระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ 4 ด้าน พบว่า จำนวน 3 ด้านมีค่าเฉลี่ยรายด้านน้อยกว่าค่าเฉลี่ยรวม (ค่าเฉลี่ย 7.18) โดยเฉพาะด้านการทำความเข้าใจต่อหลักการจัดบริการครบ 5 องค์ประกอบ (ค่าเฉลี่ย 6.69) ได้แก่ การจัดการสภาวะสุขภาพระดับประชากร (Population health management) การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multi-disciplinary teams) การบริหารแรงจูงใจของทีมนสุขภาพ (Motivation) การวัดผล (Measurement) การติดตามผล (Monitoring) ยังมีระดับคะแนนที่ต่ำกว่าด้านอื่นๆ ทั้งนี้การระบบสนับสนุนขององค์กรมีการออกแบบได้สอดคล้องกับบริบทจะสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งสอดคล้องกับงานของ นิธิคุณ เขียวอยู่⁽¹⁸⁾ ที่ออกแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังที่เชื่อมโยงจากสภาวะสุขภาพกลุ่มเป้าหมายสู่การสร้างทีมงานสนับสนุน มีการบริหารจัดการ วัดและติดตามผลโดยใช้วงจรคุณภาพ

อีกทั้ง เกรียงกมล เหมือนกรุด และคณะ⁽¹⁹⁾ ได้ประเมินความสำเร็จในการแปลงนโยบายการดูแลผู้ป่วยของสถานบริการสาธารณสุข พบว่าการพัฒนาระบบสนับสนุนขององค์กรสำหรับดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น องค์กรต้องกำหนดนโยบายไว้ชัดเจน ส่งเสริมการจัดรูปแบบบริการ วัด ติดตามประเมินความสำเร็จของการให้บริการรวมทั้งความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นผลจากการศึกษานี้เกี่ยวกับปัญหาการวางระบบการจัดบริการที่ไม่ชัดเจน การสื่อสารกิจกรรมร่วมกัน การทำงานของแต่ละคนยังไม่สอดคล้อง/ไม่สัมพันธ์กันระดับองค์กร จึงควรออกแบบระบบสนับสนุนเพื่อให้เกิดกระบวนการจัดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างชัดเจนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรออกแบบการจัดการบริการตามสถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่และศักยภาพของทีมหมอครอบครัว
2. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรสร้างคุณค่าการทำงานให้กับทีมหมอครอบครัว
3. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีการบริหารจัดการอย่างเป็นอิสระภายใต้การสนับสนุนจากหน่วยบริการสุขภาพระดับสูงขึ้นไปในเครือข่าย
4. การสื่อสารและจัดการเรียนรู้การทำงานอย่างต่อเนื่องของทีมหมอครอบครัว จะส่งผลต่อการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

ควรศึกษาความเชื่อมั่นของผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนที่ได้รับการจัดการบริการสุขภาพของทีมหมอครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.นพ.สัมฤทธิ์ ศรีอำรงสวัสดิ์และคณะ,สถาบันพระบรมราชชนกที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่ได้รับอนุมัติและสนับสนุนการดำเนินการจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) และภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รวมทั้งผู้บริหาร บุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพของกรมโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ที่ให้ความอนุเคราะห์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561). นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน; 2561.
2. CAPHC Complex Care Community of Practice. CAPHC Guideline for the Management of Medically Complex Children and Youth Through the Continuum of Care. [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct. 20]. Available from: https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/CAPHC_National_Complex_Care_Guideline_2018_final.pdf
3. พิมพ์ล วงศ์ไชยา, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, พินทอง ปิ่นใจ. การดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง: บริการสุขภาพในศตวรรษที่ 21. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560; 4(ฉบับพิเศษ):S361-S371.
4. นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริการปฐมภูมิ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2559; 30(1):113-26].
5. Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? Perm J. 2011 Spring;15(2):63-9. doi: 10.7812/TPP/10-148.
6. ดวงดาว ศรียากุล, บวรศม ลีระพันธ์, เกวลิน ชื่นเจริญสุข. แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง(Integrated, People-centered Primary Care). นนทบุรี: บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง; 2563.
7. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Aff (Millwood). 2001 Nov-Dec;20(6):64-78. doi: 10.1377/hlthaff.20.6.64.
8. สุรินทร์ กู้เจริญประสิทธิ์, พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมือง กรณีศึกษาพื้นที่กรุงเทพมหานคร 2560. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2561;8(2):182-90].
9. สัมฤทธิ์ ศรีอรรงค์สวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยวงศ์ ไพศาล, วรสิทธิ์ศรีศรีชัย, สันติ ลาภเบญจกุล, ดวงดาว ศรียากุล. โครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 2565 ต.ค. 19]; เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5210?locale-attribute=th>

10. World Health Organization. Global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026. Executive Summary. Geneva, Switzerland: the WHO Document Production Services; 2015 [Cited 2021 Jan. 26]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. ทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี: อาร์ต ควอลิไฟท์; 2557.
12. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย, สันติ ลาภเบญจกุล, ดวงดาว ศรียากุล. โครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง. กรุงเทพฯ: ดีเซมเบอร์; 2563.
13. โสภณ เมฆธน. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2559.
14. พัชราพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, พรทิพย์ รัตนทรงธรรม. ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560;31(2):1-10
15. อุษณีย์ บุญเมือง, เยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ, ชูเกียรติ เพียรชนะ. คุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี. Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ. 2560;10(2):1990-2008.
16. พรทิพย์ ศิริภานุมาศ, ปุณรัตน์ พุ่มเรือง, มัญชุรศมี เกื้อนสุนันท์, บุญทนากร พรหมภักดี, อริยะ บุญงามชัยรัตน์. การพัฒนารูปแบบที่พึงประสงค์ของระบบป้องกันและควบคุมโรคเขตเมืองของประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค. 2562;45(3):281-92.
17. อรวรรณ แผนคง, สุภัญญา กระเปียด, กมลรัตน์ อัมพวา, พัทรี สังข์สี. ประสิทธิผลของการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบชุมชนมีส่วนร่วม.วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล.2563;36(3):94-104.
18. นิธิคุณ เขียวอยู่. การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังโรงพยาบาลขามสะแกแสง. วารสารวิชาการ สคร.9. 2563;26(3):25-34.
19. เกรียงกมล เหมือนกรุด, ศิริพัทธ์ มัชวาล, ปาจารย์ อุดมสุข, วสินี โตสำราญ. ความสำเร็จในการเปลี่ยนนโยบายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงสู่การปฏิบัติในสถานบริการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 กรณีศึกษา NCD Clinic Plusปี พ.ศ. 2564. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2565;6(2):85-100.