

Received: 10 Aug 2020, Revised: 10 Sep 2020,

Accepted: 18 Sep 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การจัดการบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดขอนแก่น

พิทยา ศรีเมือง^{1,*} สุพัฒน์ อาสนะ¹ กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์¹ ธีรศักดิ์ พาจันทร¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (กรณีศึกษา) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดการบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมือง น้ำพองและอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง 170 คน ถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติงานในและนอกคลินิกหมอครอบครัวนำร่อง (PCC) ในคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (NCD Clinic) ของโรงพยาบาล และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของทั้ง 3 อำเภอ ซึ่งเป็นอำเภอนำร่องในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 3 อำเภอมีกระบวนการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดการในภาพรวมเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยในด้านกระบวนการนั้นคลินิก NCD ของโรงพยาบาลขอนแก่นและอุบลรัตน์ค่อนข้างโดดเด่นกว่าหน่วยบริการอื่น ๆ ในหลายประเด็น แต่อย่างไรก็ดีด้านความต่อเนื่องในการดูแลและการเชื่อมประสานการดูแลผู้ป่วยนั้น PCC ในโครงการนำร่องของอำเภอเมือง และด้านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วมที่ PCC ในโครงการนำร่องของอำเภออุบลรัตน์ มีการดำเนินงานดูโดดเด่นกว่าหน่วยบริการอื่น ๆ ส่วนอำเภอน้ำพองนั้น PCC ในโครงการนำร่องมีการดำเนินงานที่ค่อนข้างโดดเด่นกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ ในอำเภอเดียวกันในทุกด้าน ส่วนในด้านระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดการนั้นในส่วนของอำเภอเมืองคือคลินิก NCD ของโรงพยาบาลขอนแก่นมีระบบที่โดดเด่นที่สุด ขณะที่อำเภอน้ำพองและอุบลรัตน์โดย PCC ในโครงการนำร่องมีระบบโดดเด่นกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ เกือบทุกประเด็นยกเว้นด้านการมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องที่ PCC ในโครงการนำร่องของอำเภออุบลรัตน์ยังมีการดำเนินการยังไม่ต่อเนื่องนัก จากผลการศึกษาอาจมองเห็นโอกาสในการพัฒนาการจัดการบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะใน PCC นำร่อง ดังนั้นการขับเคลื่อนในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติจึงควรได้รับการพิจารณาในการให้การสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

คำสำคัญ การจัดการบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการปฐมภูมิ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

*Corresponding author: phitthaya@scphkk.ac.th

*Original Article***Primary Health Care Service Provision for Diabetes Mellitus and Hypertension Patients of Primary Care Units in Khonkaen Province**

Phitthaya Srimuang^{1,*}, Supat Assana¹,
Kritkantorn Suwannaphant¹, Teerasak Phajan¹

Abstract

This qualitative research (case study) aimed to explore process and supporting system of primary health care (PHC) services for diabetes mellitus (DM) and hypertension (HT) patients provided in Muang, Nampong and Ubolratana districts, Khonkaen province. Samples were purposive with 170 health personnel, providing PHC services for DM and HT patients and working at PHC units: Primary Care Clusters (PCCs), covering pilot and general PCCs, NCD clinics of community hospitals, and also Tambon health promoting hospitals in Muang, Nampong and Ubolratana districts (pilot areas in Thailand). Data were collected by focus groups and analyzed by content analysis. The results revealed that PHC units in these districts illustrated the provision process and the supporting system quite the same way. Regarding the provision process, Clinic NCD of Khonkaen and Ubolratana hospitals seemed to be more remarkable than others in various aspects. However, in the aspects of continuity of care and coordination, and also share care plan, the pilot PCCs of Muang and Ubolratana districts seemed to be more outstanding than others respectively. In Nampong district, particularly, the pilot PCC seemed to be more notable than others in all aspects. For supporting system, in Muang district, clinic NCD of Khonkaen hospital seemed to be more outstanding than others, while in Nampong and Ubolratana districts, the pilot PCCs seemed to be more remarkable than others, except in the aspect of standard service development that the pilot PCC of Ubolratana district seemed intermittent. It seems having opportunities for developing PHC services in the pilot PCCs. Therefore, policy and practice should be more supported by Ministry of Public Health and others for further development of PCC.

Keywords: primary health care, primary health care unit, diabetes mellitus and hypertension

¹ Sirindhorn College of Public Health Khonkaen

*Corresponding author: phitthaya@scphkk.ac.th

บทนำ

กลยุทธ์ “บริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care: PHC)” ถือเป็นวิธีการที่สำคัญอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชากรโลกตามคำประกาศอัลมา อตา (Declaration of Alma-Ata in 1978) ขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2521¹ ซึ่งถึงแม้ว่า PHC ได้ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางและยาวนานกว่า 40 ปีแล้วแต่ก็ยังถือว่ามีความสำคัญต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2561 ได้มีคำประกาศแอสตานา (Declaration of Astana in 2018) ที่ยังเน้นย้ำถึงความสำคัญของ PHC โดยกล่าวว่าการทำให้ PHC มีความเข้มแข็งหรือแข็งแกร่งนั้นเป็นวิธีการหรือวิถีทางที่รวบยอด มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม อีกทั้ง PHC นั้นยังเป็นรากฐานหรือเป็นเสาหลัก (cornerstone) ของระบบสุขภาพที่ยั่งยืนที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) และการพัฒนาที่ยั่งยืนทางด้านสุขภาพ (Sustainable Development Goals: SDGs)² นอกจากนี้แล้ว ในปีเดียวกันนั้นเอง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund - UNICEF) ได้กล่าวถึงความสำคัญของ PHC ไว้ดังนี้ คือ 1) รูปแบบการดำเนินงานของ PHC นั้นสามารถทำให้ระบบสุขภาพมีการปรับตัวรวมทั้งตอบสนองต่อความซับซ้อนและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วของโลกเราได้ 2) การดำเนินงานของ PHC ที่เน้นในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และการดำเนินการที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นสิ่งที่พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่าประสิทธิภาพอย่างยิ่งในการจัดการกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของปัญหาสุขภาพ รวมทั้งจะสามารถจัดการกับสิ่ง

คุกคามสุขภาพได้ในอนาคต และ 3) ในเรื่องของสุขภาพดีถ้วนหน้า (UHC) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) สามารถที่จะมีความสำเร็จและยั่งยืนได้นั้นต้องทำให้ PHC มีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น²

ใน พ.ศ. 2523 แนวคิดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PHC) ได้ถูกนำเอามาใช้ในประเทศไทยครั้งแรกทั้งนี้เพื่อเป็นยุทธศาสตร์หลักในการสนองตอบต่อนโยบาย Health for All By The Year 2000 ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งยุทธศาสตร์ PHC ของไทยนั้นเรียกว่า “การสาธารณสุขมูลฐาน”³ ในปัจจุบันการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขมูลฐานและการบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยนั้นได้มีการขับเคลื่อนไปในระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (District Health Board: DHB) ที่มีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีรองรับ⁴ ตลอดจนมีการกำหนดในกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 หมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ มาตรา 258 ที่บัญญัติให้ระบบการแพทย์ปฐมภูมิมีจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในสัดส่วนที่เหมาะสมกับจำนวนประชากร⁵ ทั้งนี้เพื่อผลักดันหรือส่งเสริมให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งในองค์ประกอบของ PHC ให้มีความครอบคลุมและเกิดประโยชน์สูงสุดทางด้านสุขภาพอนามัยกับประชาชนทุกคน จากข้อกำหนดในกฎหมายรัฐธรรมนูญดังกล่าวในปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบาย “คลินิกหมอครอบครัว” (Primary Care Cluster: PCC) เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวลงไปปฏิบัติงานในระดับตำบลเป็นครั้งแรกของประเทศไทย ซึ่ง PCC เป็นการยกระดับหน่วยหรือสถานบริการสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในเขตตำบลหรือชุมชน เช่น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์แพทย์หรือศูนย์สุขภาพชุมชนเดิมให้มีความก้าวหน้าหรือพัฒนาขึ้นไปอีก โดยแต่ละ PCC จะมีทีมหมอครอบครัวหนึ่งทีมดูแลประชาชนจำนวนประมาณ 10,000 คน ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ ทั้งนี้อาจมีการรวม รพ.สต. 3 แห่งเป็น 1 PCC ก็ได้ ซึ่งในแต่ละทีมหมอครอบครัวจะประกอบไปด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ เช่น เกษตรกร ทันตแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข และอื่น ๆ ทั้งนี้ทีมหมอครอบครัวนี้ก็จะทำหน้าที่เป็นหมอประจำตัวของประชาชนในพื้นที่นั้น ๆ นั่นเอง⁶ นอกจากนี้แล้วประเทศไทยได้มีการตรา “พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562” ขึ้นขึ้นนี้เพื่อเป็นการกำหนดกลไกการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรวมทั้งทีมหรือคณะได้มีการดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม รวมทั้งมีการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน⁷

หลักการจัดบริการของคลินิกหมอครอบครัวจะคำนึงถึงความเชื่อมโยงบูรณาการและการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย รวมทั้งมีระบบงบประมาณที่เอื้ออำนวยและสนับสนุนให้เกิดการบริการอย่างบูรณาการและเน้นผลลัพธ์เป็นสำคัญตามแนวคิด “การจัดบริการสุขภาพแบบมุ่งเน้นคุณค่า หรือ Value-based health care”⁸ และมีเป้าหมายที่เชื่อมโยงกัน 3 ประการ⁹ ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพอนามัยและสุขภาวะที่ดีขึ้น (Health and well-being) 2) คุณภาพของการดูแลและการบริการ (Quality of care and services) และ 3) การลงทุนที่คุ้มค่าในสัดส่วนต่อจำนวนประชากร (Cost per Capita) โดยแนวคิดในการพัฒนา PCC คือการสร้างให้เกิดระบบ

“การติดต่อครั้งแรก หรือ First contact” ขึ้นโดยแพทย์และทีมสุขภาพเป็นหมอประจำครอบครัวเป็นที่ปรึกษาและได้รับความไว้วางใจจากประชาชน การบริการทางการแพทย์แบบองค์รวม (Holistic care) การให้บริการที่ต่อเนื่อง (Continuing care) การดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน (Comprehensive care) รวมทั้งมีระบบให้คำปรึกษาและการส่งต่อ (Consultation and referral system)⁶ ทั้งนี้ในการขับเคลื่อนการพัฒนา PCC ในระยะเริ่มแรกนี้สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว หรือ สปค. ได้มีการนำเอาประเด็นของการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ 2 โรคคือโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) และโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension: HT) ซึ่งกำลังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอยู่ในปัจจุบันมาเป็นโจทย์ในการขับเคลื่อนการพัฒนาการดำเนินงานของ PCC โดยได้มีการดำเนินโครงการนำร่องใน PCC 20 แห่งทั่วประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งการขับเคลื่อนนี้ได้นำแนวคิดมาจากหลักการ 3 ประการได้แก่ 1) การดูแลที่ใช้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Principle of People-centered care) 2) การดูแลแบบบูรณาการ (Integrated care) และ 3) การดูแลแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based Health care) โดยมีรูปแบบบริการที่มีองค์ประกอบ 5 ข้อ (5 Main elements) ได้แก่ 1) การสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัว 2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม 3) การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย 4) ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย และ 5) ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน¹⁰ ทั้งนี้ในการดำเนินงานจะสะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ของการดำเนินงานในพื้นที่ที่แตกต่างจากเดิมโดยได้ทำการขมวดรวมเอา

ขั้นตอนหรือกระบวนการต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการให้บริการประชาชน คือ การมุ่งเน้นให้ประชาชนมีทีมสุขภาพเป็นทีมประจำตัวและทุกกระบวนการจะมุ่งไปที่การสร้างสุขภาพ มีเครื่องมือที่ทำให้เกิดการเป็นหุ้นส่วนซึ่งกันและกัน ประชาชนจะได้เรียนรู้ในการเป็นเจ้าของสุขภาพของตนเองและทีมสุขภาพจะทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงประสานงานให้เกิดการดูแลเชื่อมโยงกันในระบบบริการ¹⁰

จังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีประชากรราว 1.7 ล้านคน มีสภาพทั้งของความเป็นเมือง กึ่งเมืองกึ่งชนบท และชนบท มีระบบการบริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิและศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง โดยการจัดบริการในระดับปฐมภูมินั้นได้มีการดำเนินงาน PCC ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยในปี พ.ศ. 2560 จังหวัดขอนแก่นได้มีการจัดบริการ PCC จำนวน 6 อำเภอ 11 แห่ง 19 ทีม¹¹ โดยมี PCC ของโรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลอุบลรัตน์ และโรงพยาบาลน้ำพองรวมอยู่ในจำนวนนี้ด้วย อีกทั้ง PCC ของทั้ง 3 อำเภอนี้ก็ได้รับการพิจารณาจาก สปค. ให้เข้าร่วมโครงการนำร่องเพื่อพัฒนาเป็นแม่แบบ (Model) ของ PCC ทั่วประเทศ นอกจากนี้ PCC ของทั้ง 3 อำเภอซึ่งได้แก่ 1) PCC หนองแวงพระอารามหลวง โรงพยาบาลขอนแก่น อำเภอเมืองขอนแก่น 2) PCC คำบง โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง และ 3) PCC โคกสูง โรงพยาบาลอุบลรัตน์ อำเภออุบลรัตน์ ก็ยังได้เข้าร่วมกับ สปค. ร่วมเป็น 3 ใน 20 แห่งของ PCC นำร่องของประเทศในการขับเคลื่อนการพัฒนา PCC โดยการนำเอาประเด็นของการดูแลผู้ป่วย DM และ HT มาดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา เพื่อเป็นการศึกษาการขับเคลื่อนการพัฒนา ตลอดจนปัญหาอุปสรรคต่างๆของการจัดบริการของ PCC รวมทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆในประเด็นของการดูแลผู้ป่วย

DM และ HT ของพื้นที่นำร่องทั้ง 3 อำเภอในจังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษากระบวนการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย DM และ HT ของ PCC นำร่อง รวมทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ ได้แก่ PCC ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการนำร่อง หน่วยบริการสังกัดสาธารณสุขอำเภอที่เป็น รพ.สต. อื่นๆ และคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล ในอำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอน้ำพองและอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษากระบวนการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย DM และ HT ของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอน้ำพองและอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

2) เพื่อเปรียบเทียบกระบวนการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย DM และ HT ของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอน้ำพองและอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพในลักษณะของกรณีศึกษา (Case study) โดยศึกษาในพื้นที่ของอำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอน้ำพองและอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม 2562 – มกราคม 2563

ผู้ให้ข้อมูล (Key Informants)

ผู้ให้ข้อมูล (Key Informants) ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นผู้จัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย DM และ HT ของอำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอน้ำพองและอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็น

อำเภอนำร่องในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศ โดยกลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากพื้นที่นำร่องของทั้ง 3 อำเภอ ๆ ละ 60 คน (จากการประมาณการเบื้องต้นหรือ Theoretical sampling) รวมจำนวน 180 คน (แต่เข้าร่วมโครงการวิจัยจริงจำนวน 170 คน) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ดังนี้

1) เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ 4 กลุ่ม ได้แก่ ก) หน่วยบริการสังกัดโรงพยาบาลชุมชนหรือ รพ.สต. ที่เป็นกลุ่ม PCC ในโครงการนำร่อง ข) หน่วยบริการสังกัดโรงพยาบาลชุมชนหรือ รพ.สต. ที่เป็นกลุ่ม PCC นอกโครงการนำร่อง ค) หน่วยบริการสังกัดสาธารณสุขอำเภอที่เป็น รพ.สต. อื่น ๆ และ ง) หน่วยบริการสังกัดโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นคลินิก NCD

2) เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นผู้ให้บริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย DM และ HT โดยตรง ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข ชุมชน นักกายภาพบำบัด โภชนากรและแพทย์แผนไทย เป็นต้น

3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

4) ไม่มีปัญหาสุขภาพอันจะมีผลทำให้เกิดปัญหารุนแรงระหว่างเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือแบบสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group or Group interview guideline) โดยพัฒนามาจากแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาการดำเนินงานของ PCC นำร่องในการดูแลผู้ป่วย DM และ HT ของ สปค. ซึ่งประกอบไปด้วยประเด็นของปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัว การจัดทำแผนการดูแล

รายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม การจัดทำระบบข้อมูล การให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย DM และ HT ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสานระหว่างหน่วยบริการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนา ทั้งนี้แบบสัมภาษณ์กลุ่มนี้ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและถูกนำไปทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะเดียวกันในพื้นที่อื่น จากนั้นได้นำข้อคำถามต่าง ๆ มาปรับปรุงก่อนที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus groups or Group interviews) โดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลใน 4 หน่วยบริการ ได้แก่ 1) PCC ในโครงการนำร่อง 2) PCC นอกโครงการนำร่อง 3) รพ.สต. อื่น ๆ และ 4) คลินิก NCD ของโรงพยาบาล ของอำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอน้ำพองและอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลนั้นใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ชุดโครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เลขที่ COA. MURA2019/1018

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการศึกษาในครั้งนี้จะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 จะเป็นการนำเสนอข้อมูลรายอำเภอโดยเริ่มจากอำเภอเมือง อำเภอน้ำพองและอำเภออุบลรัตน์ ตามลำดับ และส่วนที่ 2 จะเป็นการนำเสนอข้อมูลเปรียบเทียบกันของทั้ง 3 อำเภอ

ส่วนที่ 1 การนำเสนอข้อมูลรายอำเภอ

อำเภอเมืองขอนแก่น

ข้อมูลทั่วไป

อำเภอเมืองขอนแก่นเป็นอำเภอศูนย์กลางทางการปกครอง การคมนาคม การศึกษา การแพทย์ อุตสาหกรรมและเศรษฐกิจของจังหวัดขอนแก่น ตั้งอยู่ในภูมิประเทศที่เป็นที่ราบสูงของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จัดเป็นอำเภอชั้นพิเศษ มีพื้นที่ประมาณ 963.4 ตารางกิโลเมตร ประชากร 416,285 คน อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานคร 445 กิโลเมตร แบ่งเขตการปกครองย่อยออกเป็น 18 ตำบล 267 หมู่บ้าน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 19 แห่ง (รวมเทศบาลนครขอนแก่น) และมีสถานบริการด้านสาธารณสุขทั้งของภาครัฐและเอกชนเป็นจำนวนมาก รวมทั้งมี รพ.สต. จำนวน 26 แห่ง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวน 60 คน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่ PCC ในโครงการนำร่องจำนวน 22 คน รองลงมาเป็นหน่วยบริการสังกัดสาธารณสุขอำเภอที่เป็น รพ.สต. อื่น ๆ จำนวน 18 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 44 คนและเป็นเพศชายจำนวน 16 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-60 ปีจำนวน 47 คน จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 38 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 22 คน และมีระยะเวลาปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว >2 – 3 ปี จำนวน 26 คน

กระบวนการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย

DM และ HT อำเภอเมืองขอนแก่น

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในแต่ละหน่วยบริการคือกลุ่ม PCC ในโครงการนำร่อง กลุ่ม PCC นอกโครงการนำร่อง กลุ่ม รพ.สต. อื่น ๆ และกลุ่มคลินิก NCD ของโรงพยาบาลขอนแก่น ได้ให้ข้อคิดเห็นต่อกระบวนการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย DM และ HT ไปในทิศทางเดียวกันใน 4 ด้านคือ ด้านของปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัว ด้านของการจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ด้านระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย และด้านความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสานระหว่างหน่วยบริการ โดยปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับหมอครอบครัวนั้นผู้ป่วยหรือผู้รับบริการรู้เป็นอย่างดีว่าใครคือหมอครอบครัว (ที่มีใช้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งอาจเป็นพยาบาลชุมชนหรือนักวิชาการสาธารณสุข) และสามารถติดต่อได้สะดวกเมื่อต้องการความช่วยเหลือต่าง ๆ มีการจัดทำระบบข้อมูลและเชื่อมต่อข้อมูลที่จำเป็นระหว่างสถานพยาบาล (รพ.สต. หรือ PCC กับโรงพยาบาลขอนแก่น) แต่อาจจะยังไม่ครบถ้วนหรือสมบูรณ์นัก ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการบริหารจัดการตนเองโดยจะไปรับบริการประเมินความเสี่ยง (เช่น วัดความดันและตรวจระดับน้ำตาลในเลือด) ที่สถานบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งกับอสม. และมีผู้ป่วยบางส่วนที่มีการซื้อเครื่องวัดความดันและเครื่องตรวจน้ำตาลมาใช้เอง อีกทั้งความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยนั้นได้มีระบบในการติดตามแต่ก็สามารถดำเนินการได้เพียงบางรายเท่านั้น ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนที่อยู่หรือเดินทางไปต่างจังหวัดก็อาจจะไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ แต่ทั้งนี้ PCC ในโครงการนำร่อง มีการดำเนินงานค่อนข้างโดดเด่นในประเด็นนี้โดยมีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีการเชื่อมประสาน

การดูแลลงไปในระดับชุมชนด้วย ส่วนด้านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วมพบว่ากลุ่มคลินิก NCD ของโรงพยาบาลขอนแก่นได้มีการดำเนินการในด้านนี้อย่างเป็นรูปธรรมกว่าสถานบริการแห่งอื่น ๆ คือมีแผนในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ทันสมัยและมีการจัดทำแผนการรักษาเฉพาะรายทุกราย โดยผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ทั้งนี้เมื่อพิจารณาโดยรวมแล้วพบว่าคลินิก NCD ของโรงพยาบาลขอนแก่นมีการดำเนินงานค่อนข้างโดดเด่นกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ เกือบทุกด้านยกเว้นด้านความต่อเนื่องในการดูแลและการเชื่อมประสานการดูแลลงไปในระดับชุมชนที่ PCC ในโครงการนำร่องคือ PCC หนองแขวงพระอารามหลวงที่โดดเด่นกว่า

ส่วนในประเด็นของระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการปฐมภูมินั้น กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 กลุ่มมีข้อคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกันทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย DM และ HT ด้านการมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ด้านการทำความเข้าใจต่อหลักการจัดบริการ และด้านความเชื่อมั่นของทีมต่อการมีอิสระที่จะจัดสรรเวลาทำงานให้ผู้ป่วยตามที่ตนเห็นว่าจำเป็น โดยมองว่ามีการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพรวมทั้งแพทย์เป็นอย่างดี มีการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง (การประชุมวิชาการและการ conference case ร่วมกัน เป็นต้น) มีการสื่อสารกันในทีมและผู้เกี่ยวข้องในการให้บริการทั้งหมดอยู่ตลอดเวลาทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และมีความเชื่อมั่นของทีมอยู่ในระดับสูง แต่อย่างไรก็ดีกลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนถึงด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการซึ่งอาจจะยังไม่เป็นระบบเท่าที่ควร อีกทั้งปัจจัยในเรื่องของความรู้ทักษะและความชำนาญของแต่ละบุคคลในทีมภาระงานที่มีมากและระยะเวลาที่เร่งรีบในการ

ให้บริการอาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของทีมในการให้บริการ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้วพบว่าคลินิก NCD ของโรงพยาบาลขอนแก่นมีระบบสนับสนุนที่โดดเด่นกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ โดยรองลงมาคือ PCC ในโครงการนำร่องคือ PCC หนองแขวงพระอารามหลวง

อำเภอคำชะอี

ข้อมูลทั่วไป

อำเภอคำชะอีพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบสูง มีพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 828.686 ตารางกิโลเมตร ห่างจากจังหวัดขอนแก่นประมาณ กิโลเมตร ประชากรทั้งหมด 110,737 คน แบ่งการปกครองออกเป็น 12 ตำบล 168 หมู่บ้าน มี 6 เทศบาลตำบลและ 8 องค์การบริหารส่วนตำบล เนื่องจากภูมิประเทศอำเภอคำชะอีมีลำน้ำพองไหลผ่านจึงเหมาะแก่การตั้งโรงงานอุตสาหกรรมและได้ค้นพบแหล่งก๊าซธรรมชาติด้วยจึงได้ถูกนำมาใช้กับโรงงานอุตสาหกรรมต่าง ๆ ซึ่งปัจจุบันมีโรงงานอุตสาหกรรมที่สำคัญในพื้นที่จำนวน 11 แห่ง และมีสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง และ รพ.สต. 18 แห่ง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 56 คน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการสังกัดสาธารณสุขอำเภอที่เป็น รพ.สต. อื่น ๆ จำนวน 30 คน รองลงมาคือกลุ่ม PCC ในโครงการนำร่องจำนวน 12 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 47 คน และเพศชายจำนวน 9 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-60 ปี จำนวน 36 คน จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 39 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 28 คน และมีระยะเวลาปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว >3 ปี จำนวน 39 คน

กระบวนการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย DM และ HT อำเภอคำชะอี

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในแต่ละหน่วยบริการคือกลุ่ม PCC ในโครงการนำร่อง กลุ่ม PCC นอก

โครงการนำร่อง กลุ่ม รพ.สต. อื่น ๆ และกลุ่มคลินิก NCD ของโรงพยาบาล ของอำเภอน้ำพอง ได้ให้ข้อมูลไปในแนวทางเดียวกันทั้ง 5 ด้าน คือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัว ด้านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม ด้านของการจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ด้านระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย และด้านความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสานระหว่างหน่วยบริการ โดยมองว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับหมอครอบครัวซึ่งผู้ป่วยหรือผู้รับบริการรู้เป็นอย่างดีว่าใครคือหมอครอบครัว (ทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) และสามารถติดต่อได้โดยตรงรวมทั้งผ่านสื่อออนไลน์ มีแผนและการทำงานแผนการดูแลรายบุคคลของผู้ป่วยแต่เป็นลักษณะของการดำเนินการเฉพาะรายในรายที่มีอาการรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนเท่านั้นโดยได้ให้ผู้ป่วยและญาติรวมทั้งชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย นอกจากนี้แล้วยังมีการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่าง รพ.สต. และ PCC ในพื้นที่กับโรงพยาบาลน้ำพองแต่ข้อมูลที่ส่งหากันล่าช้าทำให้ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ไม่ครบถ้วนและไม่ต่อเนื่องโดยเฉพาะข้อมูลการส่งตัวกลับของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการบริหารจัดการตนเองโดยจะไปรับบริการประเมินความเสี่ยง (เช่น วัดความดันและตรวจระดับน้ำตาลในเลือด) ที่สถานบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งกับ อสม. และมีผู้ป่วยบางรายมีการซื้อเครื่องวัดความดันและเครื่องตรวจน้ำตาลมาใช้เอง ส่วนระบบในการติดตามผู้ป่วยนั้นมีแต่อาจจะยังไม่ได้เป็นมาตรฐานหรือชัดเจนมากนักและไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ทุกรายทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยไปรับบริการของสถานพยาบาลเอกชน การเดินทางไปต่างจังหวัดหรือการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้ว PCC ในโครงการนำร่องคือ PCC คำ

บง มีการดำเนินงานที่ค่อนข้างโดดเด่นกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ ในทุกด้าน

ในประเด็นของระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการนั้น กลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่มมีข้อคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกันอยู่ 2 ด้าน คือ ด้านทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย DM และ HT และด้านความเชื่อมั่นของทีมต่อการมีอิสระที่จะจัดสรรเวลาทำงานให้ผู้ป่วยตามที่ตนเห็นว่าจำเป็น โดยมองว่ามีการทำงานเป็นทีมที่ดีแต่ยังไม่ค่อยมั่นใจในเรื่องความเชื่อมั่นของทีมทั้งนี้เพราะเรื่องของการงานที่รับผิดชอบมีมากหลายงานซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถทำงานในเรื่องของ DM และ HT นี้ได้อย่างเต็มที่และกังวลในเรื่องของทีมหมอครอบครัวที่เป็นพยาบาลชุมชนและเภสัชกรที่ถูกดึงกลับเข้าไปทำงานในโรงพยาบาลน้ำพองเนื่องจากขาดแคลนอัตรากำลังซึ่งอาจทำให้ความเชื่อมั่นของทีมลดลง ส่วนด้านอื่น ๆ อีก 2 ด้านคือ ด้านการมีกระบวนการพัฒนาคูณภาพบริการอย่างต่อเนื่องและด้านการทำความเข้าใจต่อหลักการจัดบริการ ทั้งนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 กลุ่มมีความคิดเห็นแตกต่างกันไปบ้าง โดยกลุ่ม PCC ในโครงการนำร่อง และกลุ่มคลินิก NCD ของโรงพยาบาลน้ำพองมีความคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกันในการพัฒนางานโดยมีการจัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันสม่ำเสมอทุกเดือนและมีการทำความเข้าใจต่อหลักการจัดบริการแต่อาจจะไม่ครบในทุกประเด็น ขณะที่กลุ่ม รพ.สต. อื่น ๆ และ PCC นอกโครงการวิจัยคิดเห็นว่าหน่วยงานของตนยังขาดการเรียนรู้ร่วมกัน เช่น ขาดการนำข้อมูลไปใช้ในการแก้ปัญหาและมีการทำความเข้าใจต่อหลักการจัดบริการแต่อาจไม่ทราบทั้งหมดทุกคน ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้วพบว่า PCC ในโครงการนำร่องคือ PCC คำบง มีระบบสนับสนุนที่โดดเด่นกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ ในทุกประเด็น

อำเภออุบลรัตน์

ข้อมูลทั่วไป

อำเภออุบลรัตน์มีเนื้อที่การปกครองประมาณ 485 ตารางกิโลเมตร มีประชากร 44,658 คน ห่างจากจังหวัดขอนแก่นประมาณ 40 กิโลเมตร มีเขตการปกครอง 6 ตำบล 71 หมู่บ้าน มีเทศบาล 3 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 4 แห่ง หลังคาเรือน 9,581 หลังคาเรือน มีสถานที่ท่องเที่ยวที่สำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือคือเขื่อนอุบลรัตน์ และมีสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง และ รพ.สต. 8 แห่ง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวน 54 คน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่ PCC ในโครงการนำร่อง และหน่วยบริการสังกัดสาธารณสุขอำเภอที่เป็น รพ.สต. อื่น ๆ มีจำนวนเท่ากัน คือกลุ่มละ 21 คน เป็นเพศหญิง 46 คนและเป็นเพศชาย 8 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-40 ปี จำนวน 30 คน จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 36 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 29 คน และมีระยะเวลาปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว >1 – 2 ปี จำนวน 22 คน

กระบวนการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย DM และ HT อำเภออุบลรัตน์

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในแต่ละหน่วยบริการคือกลุ่ม PCC ในโครงการนำร่อง กลุ่ม PCC นอกโครงการนำร่อง กลุ่ม รพ.สต. อื่น ๆ และกลุ่มคลินิก NCD ของโรงพยาบาล ของอำเภออุบลรัตน์ ได้ให้ข้อคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกันทั้ง 5 ด้าน คือปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัว ด้านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม ด้านของการจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ด้านระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย และด้านความต่อเนื่องของการ

ดูแลและการเชื่อมประสานระหว่างหน่วยบริการ โดยมองว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับหมอครอบครัวซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้ว่าเป็นอย่างไรดีว่าใครคือหมอครอบครัว (ที่มีใช้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) และสามารถติดต่อได้สะดวกในการปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพ มีแผนและการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลของผู้ป่วย แต่เป็นลักษณะของการดำเนินการเฉพาะรายในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการรุนแรงเท่านั้น ซึ่งในส่วนของแผนที่ทำนั้นก็ได้ให้ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย มีการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการในพื้นที่คือ PCC และ รพ.สต. กับโรงพยาบาลอุบลรัตน์ แต่อย่างไรก็ดีโรงพยาบาลอุบลรัตน์และ รพ.สต. (รวมทั้ง รพ.สต. ที่เป็น PCC) ใช้ระบบฐานข้อมูลคนละระบบ โดย รพ.สต. ใช้ Hosxp ส่วนโรงพยาบาลใช้ JHCIS ซึ่งอาจทำให้การส่งต่อข้อมูลล่าช้าและตกหล่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไปรับบริการประเมินความเสี่ยง เช่น วัดความดันและตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ที่สถานบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งกับ อสม. และมีผู้ป่วยบางส่วนมีการซื้อเครื่องวัดความดันและเครื่องตรวจน้ำตาลมาใช้เอง ส่วนระบบในการติดตามผู้ป่วยนั้นทางคลินิก NCD ของโรงพยาบาลมีระบบค่อนข้างเป็นมาตรฐานในการติดตามผู้ป่วยในด้านการรักษา ส่วนหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งกลุ่ม PCC ในโครงการนำร่อง กลุ่ม PCC นอกโครงการนำร่อง และกลุ่ม รพ.สต. อื่น ๆ ก็มีการติดตามแต่ทำได้เพียงบางรายเท่านั้น ทั้งนี้เมื่อพิจารณาโดยรวมแล้วพบว่าคลินิก NCD ของโรงพยาบาลอุบลรัตน์มีการดำเนินงานที่ค่อนข้างโดดเด่นกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ เกือบทุกด้านยกเว้นด้านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วมที่ PCC ในโครงการนำร่องคือ PCC โคกสูงที่โดดเด่นกว่า

ในประเด็นของระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 กลุ่ม

มีข้อคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกันทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย DM และ HT ด้านการมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ด้านการทำความเข้าใจต่อหลักการจัดบริการและด้านความเชื่อมั่นของทีมต่อการมีอิสระที่จะจัดสรรเวลาทำงานให้ผู้ป่วยตามที่ตนเห็นว่าจำเป็น โดยมองว่าหน่วยงานของตนมีการทำงานเป็นทีมที่ดีและได้ทำตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (อาจยังไม่ต่อเนื่องนักในกลุ่ม PCC ในโครงการนำร่อง) โดยมีการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีการสื่อสารทำความเข้าใจกันอยู่ตลอดเวลาแต่อาจยังไม่ครอบคลุมหรืออาจยังไม่ลึกพอในบางประเด็น เช่น เรื่องการติดตามประเมินผลการทำงานและเรื่องแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เป็นต้น และมีความเชื่อมั่นในทีมว่าสามารถทำงานได้ดีแต่อาจยังไม่มี ความเชื่อมั่นมากนักในกรณีที่ผู้รับผิดชอบงานลาหรือแพทย์ไม่ได้ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้วพบว่า PCC ในโครงการนำร่องคือ PCC โคกสูงมีระบบสนับสนุนที่ค่อนข้างโดดเด่นกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ ยกเว้นในประเด็นของการมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบกระบวนการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย DM และ HT ของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอ น้ำพองและอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

ประเด็นของกระบวนการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย DM และ HT ของหน่วยบริการปฐมภูมิของทั้ง 3 อำเภอนั้นมีการดำเนินงานครบทั้ง 5 ด้าน โดยด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัวนั้น ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยของทั้ง 3 อำเภอจะทราบดี

ว่าใครคือหมอครอบครัวซึ่งมิใช่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เช่น พยาบาลชุมชนหรือนักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น และสามารถติดต่อหมอครอบครัวเหล่านี้ได้สะดวก ด้านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วมนั้น ในภาพรวมของทั้ง 3 อำเภอได้มีการดำเนินการในลักษณะเฉพาะราย ในรายที่มีอาการรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนเท่านั้น แต่อย่างไรก็ดีในภาพของอำเภอเมืองขอนแก่นโดยเฉพาะการให้บริการของกลุ่มคลินิก NCD ของโรงพยาบาลขอนแก่นได้มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วมทุกราย ส่วนด้านการจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยนั้น ทั้ง 3 อำเภอได้มีการดำเนินการแต่อาจจะยังไม่ครบถ้วนหรือสมบูรณ์นักส่งผลให้ข้อมูลที่ส่งไปมาระหว่างกันล่าช้า ไม่เป็นปัจจุบัน ไม่ครบถ้วนและไม่ต่อเนื่อง อีกทั้งมีการใช้ระบบข้อมูลที่แตกต่างกันโดยเฉพาะอำเภออุบลรัตน์ที่รพ.สต. (รวมทั้ง รพ.สต. ที่เป็น PCC) ใช้ HOsXP ส่วนโรงพยาบาลใช้ JHCIS ส่วนด้านระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วยนั้น หน่วยบริการปฐมภูมิตั้งแต่อสม. ของทั้ง 3 อำเภอยังเป็นผู้ให้บริการประเมินความเสี่ยงแก่ผู้ป่วยเป็นหลัก โดยมีผู้ป่วยบางรายเท่านั้นที่สามารถซื้อเครื่องวัดความดันและเครื่องตรวจน้ำตาลมาใช้เอง และด้านสุดท้ายคือด้านความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสานนั้น โดยภาพรวมทั้ง 3 อำเภอนั้นมีระบบในการติดตามแต่ก็สามารถดำเนินการได้เพียงบางรายเท่านั้น

ส่วนประเด็นของระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการนั้น ทั้ง 3 อำเภอมีหรือมีการดำเนินงานครบทั้ง 4 ด้าน โดยด้านของทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพของ รพ.ชุมชนในการดูแลผู้ป่วย DM และ HT นั้น ทั้ง 3 อำเภอมีความพร้อมของทีมและมีการทำงานเป็นทีมที่ดี ส่วนด้านการมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องนั้น ในภาพรวมทั้ง 3 อำเภอมีการ

ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (แต่อาจยังไม่ต่อเนื่องนัก สำหรับ PCC ในโครงการนำร่องของอำเภออุบลรัตน์) แต่อาจยังไม่เป็นระบบเท่าที่ควร ขณะที่ด้านการทำความเข้าใจต่อหลักการจัดการบริการของทั้ง 3 อำเภอ นั้นมีการทำความเข้าใจต่อหลักการจัดการบริการอยู่อย่างสม่ำเสมอแต่อาจจะไม่ครบทุกคนและครบทุกประเด็น เช่น ขาดในเรื่องของการบริหารแรงจูงใจของทีมดูแลสุขภาพ (อำเภอ น้ำพองและอุบลรัตน์) และเรื่องการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (อำเภออุบลรัตน์) ส่วนด้านสุดท้ายคือด้านความเชื่อมั่นของทีมต่อการมีอิสระที่จะจัดสรรเวลาทำงานให้ผู้ป่วยตามที่ตน

เห็นว่าจำเป็นนั้น ทั้ง 3 อำเภอ นั้นมีความเชื่อมั่นต่อทีมแต่อย่างไรก็ตามมีหลายปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่น ได้แก่ ความรู้ ทักษะและความชำนาญของบุคลากรในทีม ผู้รับผิดชอบงานลาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวติดภารกิจทำให้ไม่สามารถออกปฏิบัติงานร่วมกับทีมได้ เจ้าหน้าที่มีภาระงานที่มากและระยะเวลาที่เร่งรีบในการให้บริการ รวมทั้งการขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลน้ำพองที่ดึงเอาพยาบาลชุมชนและเภสัชกรกลับเข้าไปทำงานเต็มเวลาในโรงพยาบาลเพราะเปิดตึกหรือแผนกงานใหม่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบกระบวนการจัดการบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย DM และ HT ของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอ น้ำพองและอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

ประเด็น	อำเภอ		
	เมือง ขอนแก่น	น้ำพอง	อุบลรัตน์
กระบวนการจัดการบริการ			
1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว	✓	✓	✓
2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม	✓	✓	✓
3) การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย	✓	✓	✓
4) ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย	✓	✓	✓
5) ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน	✓	✓	✓
ระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดการบริการ			
1) ทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพของ รพ.ชุมชน ในการดูแลผู้ป่วย DM และ HT	✓	✓	✓
2) มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง	✓	✓	✓
3) การทำความเข้าใจต่อหลักการจัดการบริการ	✓	✓	✓
4) ความเชื่อมั่นของทีมต่อการมีอิสระที่จะจัดสรรเวลาทำงานให้ผู้ป่วยตามที่ตนเห็นว่าจำเป็น	✓	✓	✓

หมายเหตุ เครื่องหมาย ✓ หมายถึง มีหรือมีการดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่าหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอโนนพอง และอำเภออุบลรัตน์มีกระบวนการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในภาพรวมเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยในด้านการบริการนั้นคลินิก NCD ของโรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลอุบลรัตน์ค่อนข้างโดดเด่นกว่าหน่วยบริการอื่น ๆ ในหลายประเด็น เช่น ด้านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วมซึ่งคลินิก NCD ของโรงพยาบาลขอนแก่นสามารถดำเนินการได้ทุกรายและด้านความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยและการเชื่อมประสานกับชุมชนในการช่วยเหลือหรือสนับสนุนผู้ป่วยซึ่งคลินิก NCD ของโรงพยาบาลอุบลรัตน์มีระบบค่อนข้างเป็นมาตรฐาน เป็นต้น แต่อย่างไรก็ดีด้านความต่อเนื่องในการดูแลและการเชื่อมประสานการดูแลผู้ป่วยนั้น PCC ในโครงการนำร่องคือ PCC หนองแวงพระอารามหลวงของอำเภอเมืองและด้านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วมที่ PCC ในโครงการนำร่องคือ PCC โคกสูงของอำเภออุบลรัตน์ มีการดำเนินงานโดดเด่นกว่าหน่วยบริการอื่น ๆ ส่วนอำเภอโนนพองนั้น PCC ในโครงการนำร่องคือ PCC คำบง มีการดำเนินงานที่ค่อนข้างโดดเด่นกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ ในอำเภอเดียวกันในทุกด้าน ส่วนในด้านการสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการนั้นในส่วนของอำเภอเมืองคือคลินิก NCD ของโรงพยาบาลขอนแก่นมีระบบสนับสนุนที่โดดเด่นที่สุด ขณะที่อำเภอโนนพองและอำเภออุบลรัตน์โดย PCC ในโครงการนำร่องมีระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการโดดเด่นกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ เกือบทุกประเด็นยกเว้นด้านการมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องที่

PCC โคกสูง ของอำเภออุบลรัตน์ยังมีการดำเนินการยังไม่ต่อเนื่องนัก

จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นว่าหน่วยบริการปฐมภูมิของทั้ง 3 อำเภอนี้มีลักษณะของการพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งในส่วนของนโยบายคลินิกหมอครอบครัว หรือ Primary Care Cluster นั้น ทั้ง 3 อำเภอได้มีการเข้าร่วมในนโยบายนี้ตั้งแต่ต้นและมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานไปอย่างพร้อม ๆ กัน อาจมีความต่างบ้างในด้านของตำแหน่งที่ตั้ง จำนวนประชากร ขนาดหรือลักษณะของสถานบริการ รวมทั้งทรัพยากรต่าง ๆ เช่น บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมทั้งรูปแบบของการบริหารจัดการและระบบสารสนเทศ จึงทำให้อำเภอเมืองโดยเฉพาะโรงพยาบาลขอนแก่นซึ่งดูแลทั้งคลินิก NCD และ PCC ที่อยู่ในความรับผิดชอบค่อนข้างได้เปรียบกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภออื่น ๆ แต่อย่างไรก็ดีตัวอำเภอเมืองขอนแก่นเองก็มีข้อจำกัดอยู่หลายประการในการดำเนินงานบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ได้แก่ พื้นที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบมีหลายแห่งที่เป็นลักษณะของชุมชนแออัดทำให้การทำงานมีความยากลำบาก การมีประชากรแฝงที่มากทำให้การดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบไม่ได้เต็มที่และการดำเนินงานของ PCC ยังมีลักษณะเหมือนแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลขอนแก่นอยู่ นอกจากนี้แล้วทั้ง 3 อำเภอยังเป็นอำเภอที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานและพัฒนางานด้านปฐมภูมียู่อย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นอำเภอต้นแบบในด้านปฐมภูมิและเป็นอำเภอต้นแบบในระดับชาติในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อีกทั้งทั้ง 3 อำเภอยังมีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะในการดำเนินงานปฐมภูมิในชุมชนและมีการทำงานเป็นทีมในลักษณะของสหสาขาวิชาชีพ มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายหรือองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน รวมทั้ง

ทั้ง 3 อำเภอยังเป็นแหล่งจัดการศึกษาและฝึกอบรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวอีกด้วย โดยในส่วนของอำเภอน้ำพองนั้นได้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีประสบการณ์สูงและเป็นอาจารย์แพทย์ในการดูแลนักศึกษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ออกมาเรียนรู้ในพื้นที่เป็นผู้ดูแล PCC คำบางซึ่งเป็น PCC นำร่องด้วยตนเอง จึงทำให้การดำเนินงานเป็นที่โดดเด่น ทั้งนี้การดำเนินงานในด้านการควบคุมป้องกันโรคโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของทั้ง 3 อำเภอนั้นก็ทำอย่างต่อเนื่องยาวนาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวนิดา สาดตระกุลวัฒนา¹² ที่ระบุว่าทิศทางหรือนโยบาย เป้าหมายของการดำเนินงาน ระบบสารสนเทศ การปรับระบบหรือกระบวนการบริการ การได้รับการสนับสนุนในการตัดสินใจ การเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งการส่งเสริมและสนับสนุนในการดูแลตนเองของครอบครัว ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นส่วนที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการคลินิกโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ นอกจากนี้ชัยวุฒิ จันดีกระยอและกาญจนา จันทะนุญ¹³ ได้กล่าวไว้ว่าการพัฒนาระบบบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย NCDs โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาหรือการบริการมากขึ้น อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยและผู้ให้บริการที่เป็นทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจ

แต่อย่างไรก็ดีการขับเคลื่อนงานบริการปฐมภูมิตามนโยบายคลินิกหมอครอบครัว (PCC) รวมทั้งการนำแนวคิดของการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางไปใช้นั้นอาจยังเป็นแนวคิดที่ใหม่และยังเป็นช่วงเริ่มต้นของการนำแนวคิดเหล่านี้ไปปฏิบัติ ดังนั้น การ

ดำเนินงานในการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของทั้ง 3 อำเภอจึงยังคงมีปัญหาและอุปสรรคอยู่บ้างทั้งทางด้านการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วมที่ยังไม่ครอบคลุมมากนัก รวมทั้งยังขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ เช่น เครื่องวัดความดันและเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ในการสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD เป็นต้น นอกจากนี้แล้วก็อาจยังไม่เห็นความแตกต่างกันมากนักในระบบของการจัดบริการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ อาจรวมถึงผลสัมฤทธิ์ของงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็น PCC และ หน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ อีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ นิสมันต์¹⁴ ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชนกับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care Units) ของอำเภอ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุม FBS และ HbA1C ได้ไม่ได้ขึ้นอยู่กับหน่วยบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ Ekman, I. และคณะ¹⁵ ได้กล่าวไว้ว่าการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการนำแนวคิดของการเอาประชาชนเป็นศูนย์กลางนั้นได้แสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมสอดคล้องและกลมกลืนกันอย่างยิ่งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการในการวางแผนการรักษา การทำให้ผลลัพธ์ของการดูแลรักษาดีขึ้น รวมทั้งการทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น แต่อย่างไรก็ดีการนำแนวคิดนี้ไปสู่การปฏิบัตินั้นยังมีหลายสิ่งที่ท้าทายรออยู่ ทั้งนี้เพื่อที่จะให้แนวคิดนี้ได้ถูกนำไปปฏิบัติในระบบสุขภาพสมัยใหม่ในปัจจุบันนั้นต้องนำแนวคิดนี้เข้าร่วมไปกับยุทธศาสตร์ของชาติและให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนด้วย (Miles A, และ

Sbridge JE)¹⁶ อีกทั้งควรให้มีหน่วยงานผู้รับผิดชอบในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิทั้งในระดับนโยบายคือระดับกระทรวง ระดับเขตบริการสุขภาพและระดับจังหวัด มีการจัดตั้งกองทุนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในระดับอำเภอ รวมทั้งมีนโยบายและแผนการกระจายกำลังคนสำหรับระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในพื้นที่ที่เป็นรูปธรรม¹⁷

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีนโยบายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในการให้บริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไปเพื่อเป็นกลวิธีในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศ

2) ควรมีการนำแนวคิดของการจัดบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางไปปฏิบัติโดยเชื่อมโยงกับนโยบายสุขภาพของชาติ ได้แก่ นโยบายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) ระบบสุขภาพอำเภอ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาเรื่องของจำนวนบุคลากรและงบประมาณที่เพียงพอ แรงจูงใจในการทำงานให้มีความเหมาะสม การมีภาระงานหรือ KPI ของหน่วยบริการปฐมภูมิเท่าที่จำเป็น มีระบบสารสนเทศที่เอื้อต่อการทำงาน รวมทั้งมีวัสดุอุปกรณ์ เช่น เครื่องวัดความดันชนิดดิจิทัลและเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น เพื่อให้เพียงพอต่อการใช้ของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขในการตรวจประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย รวมทั้งเพียงพอต่อการประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองของผู้ป่วยอีกด้วย

4) ควรให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางแก่บุคลากรทางด้าน

การแพทย์และสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้ถูกต้อง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้โอกาสและให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในระดับผู้บริหารและปฏิบัติของอำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอน้ำพองและอำเภอบุรบือ ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้ รวมทั้งที่ปรึกษางานวิจัยและผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global strategy for health for all by the year 2000. World Health Organization; 1981.
2. World Health Organization. A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. World Health Organization; 2018.
3. Rojanapithayakorn W, editor. Thailand Health Profile 2016-2017. Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
4. Regulations of the Office of the Prime Minister on Regional Quality of Life B.E.2561 (2018). (in Thai)

5. Constitution of the Kingdom of Thailand B.E.2560 (2017) s 258. (in Thai)
6. Ministry of Public Health. Primary Care Cluster Guideline for Health Care Units. Ministry of Public Health; 2016. (in Thai)
7. Primary Health Care System Act B.E.2562 (2019). (in Thai)
8. Porter ME. Value-based health care delivery. *Annals of surgery*. 2008 Oct 1;248(4):503-11. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health, and Cost. *Health affairs*. 2008 May;27(3):759-69.
9. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health, and Cost. *Health affairs* 2008;27(3):759-769.
10. Sriyakul D, Labbenjakul S. Report on Development of Delivery Model and Guideline for Integrated People-Centered Health Service of Primary Care Cluster. Health Systems Research Institute; 2020. (in Thai)
11. Public Health Provincial Office. Inspection Report: Executive Summary (Round 1), 8-10 February, 2017. (in Thai)
12. Sadtrakulwatana V. The Development of A Chronic Diseases Clinic Model (Diabetes, Hypertension) in Primary Health Care Units, Mueang District, Sing Buri Province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*. 2018;8(1):24-36. (in Thai)
13. Jandeeprayom C, Chanthanuy K. Development of Diabetes Care System in a Network of Primary Care Unit Under the Context Rural District, Yangsisurat District, Mahasarakham Province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*. 2017;7(2):168-178. (in Thai)
14. Nisapanun A. A Comparative Study on Effectiveness in the Treatments for Diabetes Mellitus Provided by Sateuk Hospital and Nikhom Primary Care Unit. *MEDICAL JOURNAL OF SRISAKET SURIN BURIRAM HOSPITALS*. 2013;28(1):43-51. (in Thai)
15. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, Carlsson J, Dahlin-Ivanoff S, Johansson IL, Kjellgren K, Lidén E. Person-centered care—ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing*. 2011 Dec;10(4):248-51.
16. Miles A, Asbridge JE. The chronic illness problem. The person-centered solution. *European Journal for Person Centered Healthcare*. 2016 Jun 24;4(1):1-5.
17. Srithamrongsawas S, Suggestions for Primary Health Care Development Under Ministry of Public Health. Health Systems Research Institute; 2009. (in Thai)