

Received: 27 Mar 2021, Revised: 6 May 2021

Accepted: 30 May 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

เปรียบเทียบการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง
แก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ
อำเภอหาดใหญ่และอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา

นภาพร ดำแสงสวัสดิ์^{1,*} พนัสยา วรรณวิไล¹ อภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง¹ มาลี คำคง²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง แก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอหาดใหญ่ และอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นพื้นที่ดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง อำเภอละ 60 คน ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ จากหน่วยบริการ 4 ประเภท คือ 1) คลินิกหมอครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการวิจัยฯ 2) คลินิกหมอครอบครัวนอกโครงการวิจัยฯ 3) คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test และวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) ผลการศึกษา หน่วยบริการทั้ง 4 หน่วย ประเมินตนเองแตกต่างกันชัดเจนทุกด้าน ($p < 0.05$) คลินิกหมอครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการฯ อำเภอหาดใหญ่ ประเมินตนเองในระดับที่สูงกว่าหน่วยบริการอื่นด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลและระบบสนับสนุนขององค์กร ($p < 0.05$) อำเภอนาทวี ได้แก่ การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม และระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ คลินิกหมอครอบครัวที่เป็นศูนย์แพทย์ชุมชน สังกัดโรงพยาบาลศูนย์ ประเมินตนเองในระดับที่สูงกว่า คลินิกหมอครอบครัวที่เป็น รพ.สต. ($p < 0.05$) ด้านการจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน และระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การจัดบริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงทั้ง 2 อำเภอ สอดรับกับกรอบแนวคิดการจัดบริการอย่างบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง แต่ยังไม่ครอบคลุมรอบด้าน และยังไม่เกิดประสิทธิผลต่อผู้รับบริการตามที่คาดหวัง

คำสำคัญ การจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการ ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

*Corresponding author: kob7712@gmail.com

*Original Article***Comparison of an Integrated People-Centered Health Services for Patients with Diabetes and Hypertension as Perceived by health care Providers, Hatyai and Nathawee District, Songkhla Province**

Nawaporn Damsangsawat^{1,*}, Panassaya Wanwilai¹, Apisit Chuakompeng¹,
Malee Khamkong²

Abstract

This Cross-sectional research aimed to compare an integrated people-centered health services for patients with diabetes and hypertension of service units in Hatyai and Nathawee District, Songkhla Province, which were pilot areas participating in research project of implementation of an integrated and people-centered primary service system development. Sample were selected by purposive sampling with 60 persons per district including multidisciplinary team from 4 types of service unit namely, Data were analysed using descriptive statistics Inferential statistics namely, Independent t-test and and ANOVA. The results reveal that, Multidisciplinary team from 4 types had self-evaluation was clearly different in all aspects. ($p < 0.05$). Primary care clusters participating in the project of both districts had higher self-evaluation than other service units ($p < 0.05$). For Hatyai district, it included inter-relation between people and family doctors, shared care plan and supportive system of organization for management. For Nathawee district, it included shared care plan and supportive system of organization for management. Primary care clusters which were community medical unit under hospital had higher self-evaluation than those which were sub-district health promoting hospitals under district public health office ($p < 0.05$). In Health Information System, Continuity of Care and Coordination and Supportive system of organization aspects. In conclusion, the findings indicated that service provision for patients with diabetes and hypertension of both Hatyai and Natawee district was consistent with an integrated people-centered health services but not comprehensive and efficient to clients as expected.

Keywords: Integrated health services, People-centered, patients with diabetes and hypertension

¹Boromarajonani College of Nursing Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Faculty of Nursing, Thaksin University

*Corresponding author: kob7712@gmail.com

บทนำ

การศึกษานี้อยู่ภายใต้โครงการวิจัย ดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข¹ สืบเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster; PCC) เพื่อปรับเปลี่ยนให้กลับตั้งอยู่บนฐานที่มีความมั่นคง ลดความเหลื่อมล้ำ เป็นการดูแลแบบองค์รวม² ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงบริบทของสังคมอันส่งผลให้ปัญหาสุขภาพยิ่งนับวันมีความซับซ้อน และทวีความรุนแรงมากขึ้น³ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Disease; NCD) เป็นโรคที่มีความซับซ้อนของปัจจัยเชิงสาเหตุมีผลกระทบต่อบุคคลครอบครัวชุมชน สังคมและประเทศชาติ⁴ ภาระที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรังต้องใช้ระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นด้วยการดูแลแบบบูรณาการ⁵ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ จึงนับว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่ง

บริการสุขภาพในปัจจุบันไม่เหมาะสมสำหรับความท้าทายต่อภาระโรคในศตวรรษที่ 21 ประชากรประมาณครึ่งหนึ่งของโลกขาดการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่จำเป็น กรอบการทำงานของบริการสุขภาพที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางเป็นข้อเสนอให้มีการเปลี่ยนการออกแบบระบบสุขภาพไปสู่ระบบสุขภาพเพื่อประชาชน การให้บริการแบบบูรณาการและใช้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated people-centered health services) ช่วยให้ประชาชนมีบทบาทมาก

ขึ้นในสุขภาพของตนเอง⁶ และประสิทธิผลของการดูแลนั้นขึ้นอยู่กับความสำเร็จของการบูรณาการ⁷ การทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลแบบบูรณาการ เพิ่มขีดความสามารถในการดูแลและทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในแผนการรักษามากขึ้น การให้ผู้ป่วยได้บันทึกข้อมูลผลการตรวจ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการจัดการด้านสุขภาพของตนเอง⁸ การดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางไม่ใช่แค่การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ แต่เป็นความร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัว บนพื้นฐานของการยอมรับ นับถือซึ่งกันและกัน⁹ ผลการศึกษา ของ ฌักทรี พลอานวย และคณะ พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการความร่วมมือในชุมชน อำเภอวารินชำราบ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มจากเดิมร้อยละ 66.67⁹ และการศึกษาการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Yiu, Rohwer และ Young พบว่าการดูแลแบบบูรณาการสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีกว่าสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (DM/HT)¹⁰ ระบบบริการแบบบูรณาการ นับว่ามีความสำคัญจึงเป็นหนึ่งในลักษณะของระบบสุขภาพในอนาคต¹¹

แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี ขับเคลื่อนด้วยค่านิยมองค์กรซึ่งหนึ่งในนั้นคือ ใส่ใจประชาชน People Centered Approach¹² สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการและเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ค.ศ. 2016-2026 ขององค์การอนามัยโลกที่เรียกร้องให้สมาชิกเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์การให้บริการด้านสุขภาพที่ต้องเผชิญกับภาระค่าใช้จ่ายของโรค

เรื่องในระยะยาว จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อวิกฤตการณ์ด้านสุขภาพดังกล่าว¹³

โครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชน เป็นศูนย์กลาง คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้พัฒนารอบแนวคิด รูปแบบ และแนวทางการการจัดบริการขึ้น พร้อมกับการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้กับผู้รับผิดชอบในพื้นที่นำร่อง รูปแบบการจัดบริการแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางและมุ่งเน้นคุณค่า มีองค์ประกอบสำคัญ คือ 1) การขึ้นทะเบียนร่วมกับการสร้างสัมพันธ์ภาพและความเชื่อมั่น First contact and engagement 2) จัดทำแผนดูแลเฉพาะบุคคล Individual care plan 3) ประชาชนได้รับข้อมูลสุขภาพของตนเอง Personal health record 4) ความรอบรู้ทางสุขภาพ และการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเอง Health literacy and self-management support 5) มีการจัดการให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงและบูรณาการ Care continuity and coordination¹

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง แก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอหาดใหญ่และอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา และเปรียบเทียบการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง แก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของคลินิกหมอครอบครัวที่ร่วมโครงการวิจัยฯ กับหน่วยบริการอื่น อำเภอหาดใหญ่และอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional study design) ภายใต้โครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง อำเภอหาดใหญ่และอำเภอนาทวี¹

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมสหวิชาชีพที่ร่วมให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่นำร่องโครงการวิจัยฯ อำเภอหาดใหญ่และอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง อำเภอละ 60 คน รวม 120 คน จาก 4 หน่วยบริการ อำเภอหาดใหญ่ ได้แก่ 1) ศูนย์แพทย์ชุมชนเทศบาลตำบลพะตง (PCCร่วมโครงการวิจัย) จำนวน 17 คน 2) คลินิกหมอครอบครัวนอกโครงการวิจัยฯ จำนวน 17 คน 3) คลินิก DM/HT รพ.หาดใหญ่ จำนวน 11 คน 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 15 คน อำเภอนาทวี ได้แก่ 1) คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่ง (PCCร่วมโครงการวิจัย) จำนวน 18 คน 2) คลินิกหมอครอบครัวนอกโครงการวิจัยฯ จำนวน 15 คน 3) คลินิก DM/HT รพ.สมเด็จพระบรมราชินีนาถ อำเภอนาทวี จำนวน 12 คน 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัด สสอ. จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบประเมินกระบวนการจัดบริการปฐมภูมิ แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภายใต้โครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐม

ภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของเครือข่ายบริการปฐมภูมิหรือคลินิกหมอครอบครัว ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล¹ ประกอบด้วย 4 ตอน 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล 2) ความเห็นต่อการให้บริการ 3) ความเห็นต่อระบบสนับสนุน 4) ความเห็นเพื่อปรับปรุงงาน โดยระดับของความเห็นข้อ 2) และ 3) จะเรียงตั้งแต่ 1-10 คะแนน และแบ่งระดับคุณภาพ เป็น 4 ระดับ

1) ระดับต่ำสุด เท่ากับ 1 คะแนน มีการดำเนินการหรือสนับสนุนน้อยมากถึงไม่มีเลย

2) ระดับพื้นฐาน เท่ากับ 2-4 คะแนน มีการดำเนินการครั้งคราวไม่สม่ำเสมอหรือบริการแบบตั้งรับ

3) ระดับดี เท่ากับ 5-7 คะแนน มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ทำงานเป็นทีมและบริการมีการเชื่อมประสานดี มีระบบการสนับสนุนดี

4) ระดับดีมาก เท่ากับ 8-10 คะแนน มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบรอบด้านครอบคลุม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีความน่าเชื่อถือ(Reliability) ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.80

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน (inferential statistic) ได้แก่ ANOVA และ independent t-test

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี หนังสือรับรองเลขที่ MURA2019/1018 เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 อำเภอ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มตัวอย่าง อำเภอนาทวี ส่วนใหญ่มีอายุ 21-40 ปี ร้อยละ 70.00 อำเภอหาดใหญ่ ส่วนใหญ่มีอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 71.67 ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน อำเภอหาดใหญ่ประกอบด้วยแพทย์ ร้อยละ 10.00 เภสัชกร ร้อยละ 8.33 ทันตแพทย์ ร้อยละ 1.67 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 53.34 นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 18.83 และพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 5.00 และแพทย์แผนไทย ร้อยละ 3.33 อำเภอนาทวี ประกอบด้วย แพทย์ ร้อยละ 3.33 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 45.00 นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 33.33 และพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 11.67 เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทย ร้อยละ 1.67

2. ผลการประเมินการให้บริการภายใต้แนวคิดบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ ทั้ง 2 อำเภอ พบว่า โดยรวมประเมินตนเองระดับพื้นฐาน-ระดับดี การดำเนินงานที่ผู้ให้บริการทั้ง 4 หน่วยบริการของทั้ง 2 อำเภอ ประเมินตนเอง ระดับดี ได้แก่ การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย และระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ ส่วนด้านปฏิสัมพันธ์

ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม พบว่า คลินิก NCD ของ รพ. อำเภอลาดใหญ่ ประเมินตนเองสูงกว่าทุกหน่วยบริการ และประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนฯ ใน

ระดับต่ำสุด สำหรับระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD พบว่า รพ.สต.ของทั้ง 2 อำเภอ ประเมินตนเอง ในระดับพื้นฐาน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณภาพการจัดการบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ

การจัดการบริการ	ระดับคุณภาพของการจัดการบริการ ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ (คะแนน)							
	อำเภอหาดใหญ่				อำเภอนาทวี			
	PCC ใน โครงการวิจัย	PCC นอก โครงการวิจัย	คลินิก DM/HTรพ.	รพ.สต. ทั่วไป	PCC ใน โครงการวิจัย	PCC นอก โครงการวิจัย	คลินิก DM/HTรพ.	รพ.สต. ทั่วไป
1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ประชาชนและแพทย์ ครอบครัวหรือหมอ ครอบครัว*	ดี (6)	ดี (5)	ต่ำสุด (1)	พื้นฐาน (3)	ดี (7)	ดี (7)	พื้นฐาน (2)	พื้นฐาน (4)
2) การจัดทำแผนการดูแล รายบุคคล อย่างมีส่วนร่วม	ดี (5)	พื้นฐาน (4)	ดี (6)	พื้นฐาน (4)	ดี (5)	ดี (5)	ดี (5)	พื้นฐาน (4)
3) การจัดทำระบบข้อมูลการ ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย	ดี (7)	ดี (7)	ดี (6)	ดี (5)	ดี (7)	ดี (6)	ดี (5)	ดี (5)
4) ระบบสนับสนุนการ บริหารจัดการตนเองของ ผู้ป่วย NCD	ดี (7)	ดี (5)	ดี (5)	พื้นฐาน (4)	ดี (5)	ดี (6)	ดี (6)	พื้นฐาน (4)
5) ความต่อเนื่องของการ ดูแล	ดี (7)	ดี (5)	ดี (6)	พื้นฐาน (4)	ดี (6)	ดี (5)	ดี (5)	ดี (5)
6) และการเชื่อมประสาน								
7) ระบบสนับสนุนของ องค์กร	ดี (7)	ดี (6)	ดี (6)	ดี (5)	ดี (6)	ดี (6)	ดี (5)	ดี (5)

* แพทย์ครอบครัว หมายถึง แพทย์ที่ให้บริการประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ

หมอครอบครัว หมายถึง ทีมบุคลากรสาธารณสุขทุกสาขา ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

3. เปรียบเทียบผลการประเมินการจัดการบริการ ทั้ง 4 หน่วย ของทั้ง 2 อำเภอ มีผลการประเมินแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง แตกต่างกันชัดเจนทุกด้าน รายละเอียดดังตารางที่

1) เปรียบเทียบผลการประเมินการ 2
จัดการบริการระหว่างหน่วยบริการ พบว่า หน่วยบริการ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางระหว่างหน่วยบริการ

การจัดบริการ	Mean (SD)									
	อำเภอหาดใหญ่					อำเภอนาทวี				
	PCC ใน โครงการวิจัย	PCC นอก โครงการวิจัย	คลินิก NCDรพ.	รพ.สต.	p- value	PCC ใน โครงการวิจัย	PCC นอก โครงการวิจัย	คลินิก NCDรพ.	รพ.สต.	p- value
1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ประชาชนและแพทย์ ครอบครัวหรือหมอ ครอบครัว*	5.56 (1.51)	4.26 (1.82)	1.09 (0.30)	2.73 (0.78)	<.001	6.22 (1.48)	6.3 (1.01)	1.83 (0.83)	3.43 (0.96)	<.001
2) การจัดทำแผนการ ดูแล	5.20 (1.40)	4.20 (1.94)	5.76 (1.61)	4.49 (0.78)	.001	5.63 (1.26)	4.69 (1.13)	4.72 (1.44)	4.49 (1.32)	<.001
3) รายบุคคล อย่างมี ส่วนร่วม										
4) การจัดทำระบบ ข้อมูลการให้	7.09 (1.04)	6.71 (1.56)	6.00 (1.70)	5.40 (1.65)	.043	6.28 (1.36)	5.7 (1.33)	5 (1.89)	4.33 (0.75)	<.001
5) การดูแลรักษาผู้ป่วย										
6) ระบบสนับสนุนการ บริหาร	5.71 (0.97)	4.32 (1.73)	6.05 (1.50)	4.20 (0.88)	<.001	5.22 (1.21)	5.73 (1.08)	5.21 (1.45)	4.73 (1.03)	.001
7) จัดการตนเองของ ผู้ป่วย										
8) ความต่อเนื่องของ การดูแล	6.35 (0.98)	5.38 (2.09)	6.25 (1.58)	4.63 (1.65)	<.001	5.58 (1.30)	5.29 (1.56)	4.47 (1.73)	4.83 (1.23)	.001
9) และการเชื่อม ประสาน										
10) ระบบสนับสนุนของ องค์กร	6.87 (1.38)	5.23 (2.00)	6.25 (2.09)	5.08 (1.62)	.001	6.08 (1.61)	5.83 (1.59)	5.42 (1.53)	5.36 (0.89)	<.001

ANOVA test;p-value < 0.05

2) เปรียบเทียบผลประเมินการจัดบริการระหว่าง PCC ในโครงการกับหน่วยบริการอื่น พบว่าอำเภอหาดใหญ่ ประเมินสูงกว่าทั้ง 3 หน่วยบริการอย่างชัดเจน 3 ด้าน คือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชน การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม และระบบสนับสนุนขององค์กร ส่วนอำเภอ

นาทวี ประเมินด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนต่ำกว่า PCC นอกโครงการ สำหรับระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วยและความต่อเนื่องของการดูแล พบว่า ไม่แตกต่างกับโรงพยาบาล แต่สูงกว่า PCC นอกโครงการและ รพ.สต. อย่างชัดเจนทั้ง 2 อำเภอ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ระหว่าง PCC ในโครงการกับหน่วยบริการอื่น

การจัดบริการ	อำเภอหาดใหญ่			อำเภอนาทวี		
	PCC นอกฯ	รพ.	รพ.สต.	PCC นอกฯ	รพ.	รพ.สต.
1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัว	*	*	*	*	*	*
2) หรือหมอครอบครัว						
3) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม	*	*	*	*	*	*
4) การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย			*	*		*
5) ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD	*		*	*		*
6) ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน	*		*	*		*
7) ระบบสนับสนุนขององค์กร	*	*	*	*	*	*

ANOVA test; p-value < 0.05*

4. ผลการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เปรียบเทียบระหว่างอำเภอ

ผลการเปรียบเทียบ PCC ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยฯ พบว่า PCC ที่มีโรงพยาบาลศูนย์เป็นแม่ข่ายประเมินตนเอง สูงกว่า PCC ที่มีโรงพยาบาลชุมชนเป็นแม่ข่ายชัดเจน 3 ด้าน คือ

การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ความต่อเนื่องของการดูแล รวมทั้งระบบสนับสนุนขององค์กร ซึ่งสอดคล้องกับผลการจัดบริการโดยรวมทั้งอำเภอ ยกเว้น ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนฯ ที่พบว่า อำเภอนาทวีประเมินตนเองสูงกว่า อำเภอหาดใหญ่ ชัดเจน รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลประเมินการจัดบริการฯ ของ PCC ในโครงการ เปรียบเทียบระหว่างอำเภอ

การจัดบริการ	Mean (SD)		p- value	Mean (SD)		p- value
	PCC ในโครงการ			รวม 4 หน่วยบริการ		
	แม่ข่ายรพศ.	แม่ข่ายรพช.		หาดใหญ่	นาทวี	
1) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชน ฯ	5.56 (1.51)	6.22 (1.48)		3.67 (2.06)	4.66 (2.16)	.005
2) การจัดทำแผนการดูแลอย่างมีส่วนร่วม	5.20 (1.40)	5.63 (1.26)		4.85 (1.57)	4.93 (1.34)	
3) การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาฯ	7.09 (1.04)	6.28 (1.36)	.028	6.35 (1.60)	5.43 (1.61)	.001
4) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง	5.71 (0.97)	5.22 (1.21)		4.99 (1.39)	5.23 (1.22)	
5) ความต่อเนื่องของการดูแล	6.35 (0.98)	5.58 (1.30)	.021	5.75 (1.46)	5.13 (1.31)	.008
6) ระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ	6.87 (1.38)	6.08 (1.61)	.006	6.12 (1.35)	5.62 (1.19)	.041

Independent t-test ; p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการประเมินการจัดบริการแบบบูรณาการที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยรวม พบว่า ทั้ง 2 อำเภอ อยู่ในระดับดี โดยผู้ให้บริการ PCC ในโครงการวิจัยฯ ทั้ง 2 อำเภอ ประเมินตนเองสูงกว่าหน่วยบริการอื่น เกือบทุกด้าน ซึ่งการจัดบริการแบบบูรณาการที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง¹⁴ ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนฯ พบว่า ผู้ป่วยรับทราบว่าใครคือแพทย์ครอบครัวและหมอครอบครัว มีช่องทางให้ติดต่อได้โดยสะดวกเมื่อจำเป็นแต่ผู้ป่วยยังไม่ถึงกับสะดวกใจในการติดต่อสำหรับรพ.สต.ปัจจุบันยังไม่มีแพทย์ครอบครัว เช่นเดียวกับคลินิกNCD ของโรงพยาบาลโดยระบบงาน ไม่มีแพทย์ครอบครัวและหมอครอบครัว การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม ผู้ให้บริการทั้ง 2 อำเภอ ประเมินตนเองในระดับพื้นฐานและระดับดี เนื่องจากแผนการดูแลเฉพาะรายและปรับปรุงแผนให้ทันสมัย ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการดูแลรักษานั้น ดำเนินการยังไม่ครบทุกรายและยังไม่ครอบคลุมรอบด้าน ซึ่งการจัดทำแผนการดูแลร่วมกัน สะท้อนถึงการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้การดูแลแบบบูรณาการจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกคนในทีมต้องมีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลเดียวกันและสร้างแผนการดูแลไปสู่เป้าหมายร่วมกันเพื่อให้การดูแลแบบบูรณาการมีคุณภาพและหลีกเลี่ยงข้อผิดพลาด¹⁵ **การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย** ทั้ง 2 อำเภอ อยู่ในระดับดี คือ มีการส่งต่อผู้ป่วยทุกรายพร้อมกับการเชื่อมต่อข้อมูลจำเป็นเพียง

บางส่วน ข้อมูลจำเป็น ได้แก่ หมายเลขโทรศัพท์ ปัจจุบัน ประวัติการรักษาในปัจจุบันและต่อเนื่อง ภาพถ่ายรังสี อาการแพ้ยา อาการ/การวินิจฉัย และข้อมูลทางกายภาพ¹⁶ นอกจากนี้ การใช้ข้อมูลในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมสม่ำเสมอ พบว่า มีเพียงบางราย อาจเนื่องจาก มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก จึงไม่สามารถสื่อสารอย่างครบถ้วนได้ทุกราย ซึ่งการสื่อสารเป็นหัวใจหลักของเวชศาสตร์ครอบครัว¹⁷ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) นับว่าจำเป็นสำหรับการดูแลแบบบูรณาการ สามารถติดตามผู้ป่วยในอนาคตได้¹⁶ **ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD** พบว่า PCC ในโครงการวิจัย PCCนอกโครงการและคลินิกNCD ของโรงพยาบาล ทั้ง 2 อำเภอ อยู่ในระดับดี คือ มีผู้ป่วยเพียงบางรายที่ใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงของตนเองได้ถูกต้อง และสามารถจัดการกับความเสี่ยงจนเห็นผลตามที่คาดหวัง รวมทั้งมีชุดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำเพาะบุคคลแต่ดำเนินการเพียงครั้งคราว ส่วนรพ.สต.ทั้ง 2 อำเภอ ประเมินตนเองในระดับพื้นฐาน เนื่องจาก ยังไม่แน่ชัดว่าผู้ป่วยทุกรายใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงของตนเองหรือไม่ และสามารถประเมินตนเองได้เพียงใด สอดคล้องกับการวิจัยของสมเกียรติ โพธิ์สัตย์และคณะพบว่าสถานพยาบาลประเมินตนเองด้านการจัดระบบข้อมูลและการสนับสนุนการจัดการตนเองว่า มีการดำเนินการปานกลาง¹⁸ ซึ่งผลการวิจัยของสุธิพร หรเพิลิต พบว่า การสนับสนุนทางด้านสมุดคู่มือประจำตัว เพื่อกำกับติดตามให้กลุ่มทดลองกำกับติดตามตนเองสามารถเฝ้าระวังและประเมินตนเองได้ การฝึกการดูแลตนเองด้านอาหาร การจัดการ

ความเครียด การฝึกทักษะการออกกำลังกาย ทำให้กลุ่มทดลองได้รับประสบการณ์ เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น จนนำไปสู่การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น¹⁹ การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยนับเป็นพื้นฐานของการดำเนินงาน Chronic Care Model ให้ประสบความสำเร็จ²⁰ **ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน** พบว่า ผู้ให้บริการประเมินตนเองในระดับพื้นฐาน-ระดับดี คือ มีระบบติดตามผู้ป่วยว่าได้รับบริการตามมาตรฐาน หน่วยงานพยาบาลปลายทางอย่างต่อเนื่องชัดเจนและประเมินความจำเป็นด้านสังคมของผู้ป่วยเพียงบางราย และยังไม่สามารถติดตามผลได้แน่ชัด สอดคล้องกับการวิจัยของจันทรพีญ ประโยงค์ และคณะ พบว่า การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอำเภอบ้านธิยังทำได้ไม่ครอบคลุม ขาดการประสานงานเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยของทีม และระหว่างสถานพยาบาลกับชุมชน ขาดแนวทางการรับส่งต่อ²¹ เช่นเดียวกับ การวิจัยของณิสาชล นาคกุล พบว่า การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ขาด ความ ต่อเนื่อง ทำให้ ผู้ป่วย มีภาวะแทรกซ้อน ขาดแนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่ายที่เป็นรูปแบบชัดเจน²² ซึ่งการเชื่อมประสานการดูแล มีความสำคัญอย่างยิ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพการจัด บริการ เนื่องจากการความซับซ้อนที่เพิ่มขึ้นของการดูแลสุขภาพ²³ **ระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ** พบว่า PCC ในโครงการวิจัย ทั้ง 2 อำเภอ ประเมินตนเองในระดับดี เช่นเดียวกัน เนื่องจาก สมาชิกในทีมมีบทบาทชัดเจนหนุนเสริมซึ่งกันและกัน มีการจัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันแต่ยังไม่

สม่ำเสมอ ส่วนกระบวนการติดตามกำกับการจัดบริการยังไม่เป็นระบบ ซึ่งการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย²⁴ และเป็นกุญแจสำคัญเพื่อปรับปรุงกระบวนการและผลลัพธ์²⁵ การศึกษานี้ ยังพบว่ามีการใช้ข้อมูลผู้ป่วย มาวิเคราะห์ช่องว่างและแนวโน้มเพื่อพัฒนาการจัดบริการให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งผลการวิเคราะห์ช่องว่าง จะเป็นแนวทางในการกำหนดเป้าหมายและลำดับความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ สามารถประเมินบุคลากรที่มีอยู่และทรัพยากรในหน่วยงานที่หลากหลายทั้งในและนอกหน่วยงาน นำไปสู่การทำงานร่วมกันด้านสุขภาพ²⁶

2. ผลการเปรียบเทียบการจัดบริการระหว่างหน่วยบริการ ทั้ง 2 อำเภอ พบว่าแตกต่างกันทุกด้าน โดย PCCที่เข้าร่วมโครงการฯ ประเมินตนเองสูงกว่าหน่วยบริการอื่นชัดเจนถึง 3 ด้านสอดคล้องกับการวิจัยของพิทยา ศรีเมืองและคณะ พบว่า PCC ในโครงการนำร่อง อำเภอ น้ำพอง มีการดำเนินงานที่ค่อนข้างโดดเด่นกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ในทุกด้าน²⁷ อาจเนื่องจากคลินิกหมอครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนั้น ผู้จัดการระบบ(system manager) และแพทย์ครอบครัว ซึ่งเป็นแกนหลักในทีม ได้รับการอบรมเกี่ยวกับแนวคิด รูปแบบและประสบการณ์การจัดบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางและนำไปขยายผลสู่ทีมงานและพัฒนาการจัดบริการตามวัตถุประสงค์ของโครงการ รวมทั้งได้รับการพัฒนาศักยภาพและงบประมาณ ตามนโยบายการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวด้วย¹² ส่วนผลการประเมินตนเอง

ด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัวและผู้รับบริการและระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD ของผู้ให้บริการ PCC ในโครงการ ของอำเภอ นาหวี ที่ประเมินตนเอง ต่ำกว่า PCC นอกโครงการฯ อาจเนื่องจาก PCC ที่เข้าร่วมโครงการฯ มีผู้ป่วยภายใต้การดูแลที่ขึ้นทะเบียนในอัตราส่วนที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ให้บริการ²⁸ การปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ การสอนผู้ป่วยและญาติเพื่อประเมินความเสี่ยงและจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน อาจไม่ทั่วถึงผู้ป่วยทุกราย สำหรับผลการประเมินด้านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วมและระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD พบว่า ทีมคลินิกของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ประเมินตนเองสูงกว่าหน่วยบริการอื่น เนื่องจาก โรงพยาบาลหาดใหญ่ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ (Advance-level Hospital) มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือมีภาวะแทรกซ้อนซึ่งต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ จึงมีแผนดูแลเฉพาะรายที่ชัดเจนรวมทั้งปรับปรุงให้ทันสมัยตามสภาวะโรคที่เปลี่ยนแปลง ตลอดถึงสอนให้ผู้ป่วยและญาติใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงและจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการวิจัยของพิทยา ศรีเมืองและคณะพบว่า คลินิกNCDโรงพยาบาลขอนแก่นซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ มีการดำเนินการในด้านนี้อย่างเป็นรูปธรรมกว่าสถานบริการแห่งอื่นๆ เช่นเดียวกัน²⁷

3. ผลการเปรียบเทียบการจัดบริการของ PCC ในโครงการฯระหว่างอำเภอ พบว่า PCC ศูนย์แพทย์ชุมชน สังกัดโรงพยาบาลศูนย์

ประเมินตนเองสูงกว่า PCC ที่เป็น รพ.สต. สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่มีโรงพยาบาลชุมชนเป็นแม่ข่าย เกือบทุกด้านและสอดคล้องกับผลการประเมินรวมทั้งอำเภอ เนื่องจาก PCC ศูนย์แพทย์ชุมชน สังกัดโรงพยาบาลศูนย์ มีความพร้อมมากกว่าทั้งด้านกำลังคน ระบบข้อมูลสารสนเทศ และสิ่งสนับสนุนอื่นๆ โดยเฉพาะอัตราากำลังคนพบว่า ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำ มีคุณวุฒิและความเชี่ยวชาญในแต่ละสาขาที่สูงกว่า ขณะเดียวกัน โรงพยาบาลศูนย์สามารถจัดสรรทีมสหวิชาชีพไปปฏิบัติงานประจำที่คลินิกหมอครอบครัวทุกศูนย์รวมทั้งจัดสรรแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัติงาน ณ รพ.สต.ขนาดใหญ่นในเครือข่ายสุขภาพอำเภอได้ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณวุฒิและประสบการณ์การทำงานสูงกว่า ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากรอบกำลังคนที่ปฏิบัติงานประจำของPCCที่เป็นรพ.สต.ทั้งจำนวนและคุณวุฒิการศึกษาตามสาขาที่กระทรวงกำหนดนั้น อาจไม่เหมาะสมกับอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มขึ้นรวดเร็วอย่างต่อเนื่องและภาระโรคที่มีความซับซ้อนของปัจจัยเชิงสาเหตุมากขึ้น ประกอบกับ คลินิกNCDโรงพยาบาลชุมชนมีกำลังคนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนทั้งความชุกและภาระของโรคที่สูง²⁹ และจากผลการศึกษาปัญหาอุปสรรค พบว่าผู้รับผิดชอบ NCD คลินิกทั้งของรพ.และรพ.สต. ยังมีภาระงานอื่นที่หลากหลาย แม้แต่งานด้านธุรการในรพ.สต.อีกด้วย ทำให้ไม่เอื้อต่อการพัฒนางาน NCD อย่างครบถ้วนสมบูรณ์

ผลการศึกษานี้ PCC ในโครงการวิจัยและหน่วยบริการกลุ่มอื่นสามารถจัดบริการได้ตามรูปแบบการจัดบริการอย่างบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง คือ มีการดำเนินการและจัดการอย่างเป็นระบบ ทำงานเป็นทีม บริการมีการเชื่อมประสานดี มีระบบการสนับสนุนดีแต่ยังไม่ครอบคลุม รอบด้าน อาจเนื่อง มาจากสถานการณ์โรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้นรวดเร็วและต่อเนื่อง ส่งผลให้ไม่สามารถเพิ่มอัตรากำลังคนให้สอดคล้องกับภาระงานได้ทัน กลไกอภิบาลระบบบริการปฐมภูมิที่ไม่เข้มแข็ง รวมถึงยังขาดความเข้าใจร่วมกันต่อแนวคิดการจัดบริการอย่างบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง สอดคล้องกับการวิจัยของสมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะพบว่าพื้นที่ส่วนใหญ่ ร้อยละ 69-94 ประเมินว่าตนเองสามารถจัดบริการได้อย่างบูรณาการและเชื่อมโยงแต่ยังมีช่องว่างที่ต้องพัฒนาอีกมาก³⁰

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยเพื่อนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการอภิบาลระบบงาน NCD 1) ควรปรับปรุงแนวทางการจัดสรรอัตรากำลังคนของรพ.สต. ควรเพิ่มกำลังคนได้แก่พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ครอบครัว โภชนากร เพื่อให้ก้าวทันกับภาวะโรคที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว 2) ควรเตรียมบุคลากรให้มีความเข้าใจแนวคิดและรูปแบบการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้สามารถนำสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพไปในทิศทางเดียวกัน 3) ควรบูรณาการกับกลไกพหุและพหุต.เนื่องจากภาระโรคนับวันเพิ่มความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น ไม่อาจแก้ไขได้โดยหน่วยงานสาธารณสุขเพียงลำพัง

2. ด้านกระบวนการจัดบริการแก่ผู้รับบริการโรคเรื้อรัง 1) หน่วยบริการทุกระดับจำเป็นต้องวางแผนที่จะต้องพัฒนาการจัดบริการตามกรอบแนวคิดการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังได้ 2) ควรพัฒนาระบบข้อมูลเชื่อมต่อและร่วมใช้ข้อมูลสำคัญของผู้รับบริการร่วมกันระหว่างรพ.กับหน่วยปฐมภูมิในเครือข่าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการสังเคราะห์นโยบายและระบบบริหารจัดการของเครือข่ายอำเภอจากผู้บริหารและทีม NCD board เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมทุกมิติ อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนางานสู่ผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

กิตติกรรมประกาศ

คณะวิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนและให้โอกาสได้รับทุนในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้บริหารและทีมสุขภาพอำเภอหาดใหญ่และอำเภอนาทวี สำหรับความร่วมมือในการอนุเคราะห์ข้อมูล ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางาน และขอขอบคุณ ผู้ประสานงานอำเภอหาดใหญ่ และอำเภอนาทวี ที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สัมฤทธิ์ ศรีอรรถศรีสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยวงศ์
ไพศาล, วรสิทธิ์ ศรีศรีวิชัย, สันติ ลาภเบญจกุล
และดวงดาว ศรียากุล. โครงการวิจัยดำเนินการ
พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและ
ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง. กรุงเทพฯ:
ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี, สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข;2563.
2. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. แนว
ทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว.
นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
3. สมจิตร แดนสีแก้ว. ความท้าทายของพยาบาล
ในการสร้างสุขภาวะแก่สังคมที่ซับซ้อนโดยใช้
ทฤษฎีไร้รอยต่อ. วารสารการพยาบาลและการ
ดูแลสุขภาพ. 2559; 34:21-28.
4. ปวีณา นรชาติ, กานต์ ฉลาดธัญญกิจและ
นพวรรณ เปียเชื้อ. บทบาทของพยาบาลในการ
จัดการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับปฐม
ภูมิตามแนวคิดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน.
รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2560; 23:27-43.
5. Tham TY, Tran TL, Prueksaritanond S,
Isidro JS, Setia S, Wellupillai V.
Integrated health care systems in Asia: an
urgent necessity. Clinical Interventions in
Aging, 2018 ;14: 2527-2538.
6. World Health Organization. [Internet].
Framework on Integrated, People
Centered Health Service. 2016 [cited
2020 April 16]. Available
from:[https://www.who.int/service](https://www.who.int/service-delivery/safety/areas/people-centred-care/en/)
7. Maeseneer J, Weel C, Daeren L, Leyns C,
Decat P, Boeckxstaens P, et al. From
“patient” to “person” to “people”: the
need for integrated, people-centered
health care. The International Journal of
Person Centered Medicine, 2012; 2(3):
601-14.
8. พิมพ์มล วงศ์ไชยา, อมาลี อัมพันธ์ศิริรัตน์
และพินทอง ปิ่นใจ. การดูแลที่ยึดผู้รับบริการ
เป็นศูนย์กลาง: บริการสุขภาพในศตวรรษที่ 2.
วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการ
สาธารณสุขภาคใต้. 2559; 4 (ฉบับพิเศษ
เมษายน): 361-71.
9. ณภัทร พลอำนาจ, สงครามชัย ลีทองดี และ
เมธีรัตน์ มั่นวงศ์. รูปแบบการดูแลผู้ป่วย
เบาหวานแบบบูรณาการความร่วมมือในชุมชน
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.
วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ราชภัฏอุบลราชธานี. 2019; 8(2): 176-85.
10. Yiu KC, Rohwer A, Young T. Integration
of care for hypertension and diabetes:
a scoping review assessing the
evidence from systematic reviews and
evaluating reporting. BMC Health
Services Research, 2018; 18(481): 1-17.
11. อินทิรา ยมาภัย, สุธาสินี คำหลวง, ชุตินา คำดี,
ศิตาพร ยังกง, ทรงยศ พิลาสันต์, พิศพรรณ วี
ระยังยง, และคณะ. ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

- ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2576. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2016; 10(3): 201-214.
12. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
 13. World Health Organization. global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026. Executive Summary. Geneva Switzerland: the WHO Document Production Services; 2015.
 14. Slama S, Hammerich A, Mandil A, Sibai AM, Tuomilehto J, Wickramasinghe K, et al. The integration and management of noncommunicable diseases in primary health care. East Mediterr Health J, 2018; 24(1):5-6.
 15. Agency for Health care Research and Quality. [Internet]. Develop a Shared Care Plan. 2020 [cited 2020 September 13]. Available from: <https://integrationacademy.ahrq.gov/products/playbook/develop-shared-care-plan>.
 16. Dartmouth-Hitchcock. [Internet]. How to Make a Referral. 2020 [cited 2020 September 13]. Available from: <https://med.dartmouthhitchcock.org/referrals/dhmc>.
 17. Pan American Health Organization. [Internet]. Innovative Care for Chronic Conditions: Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Non communicable Diseases in the Americas. 2013 [cited 2020 September 15]. Available from :<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/PAHO-Innovate-Care-2013-Eng.pdf>
 18. สมเกียรติ โพธิ์สัตย์. โครงการพัฒนาระบบบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 กรณีศึกษาจังหวัดสกลนคร แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ผรส.) เพื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2551.
 19. สุธิพร หรเพ็ด, นิจฉร ทูลธรรม และเสฐียรพงษ์ ศิวินา. โปรแกรมพฤติกรรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวาคะคลอง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562; 5(2): 52-67.
 20. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. [Internet]. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. Health Affairs, 2009; 28(1):75-85.
 21. จันทรเพ็ญ ประโยงค์, พิสมัย ไชยประสพ และดรฤณี มั่นใจวงศ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563; 29(5): 803-812.
 22. นิสาชล นาคกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขต

- เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี.วารสารสำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น.
2559;23(2):79-87.
- 23.Droz M, Senn N, Cohidon C. [Internet].
Communication,continuity and
coordination of care are the most
important patients' values for family
medicine in a fee-for-services health
system.BMC Fam Pract. 2019
- 24.Piatt GA, Anderson RM, Brooks MM,
Songer T. [Internet]. 3-year follow-up of
clinical and behavioral improvements
following a multifaceted diabetes care
intervention: results of a randomized
controlled trial.Diabetes Educator,
2010;36:301–309.
- 25.Bousquet J, Anto JM, Sterk PJ, Adcock
LM, chung KF, Roca J, et al. [Internet].
Systems medicine and integrated care
to combat chronic noncommunicable
diseases. Genome Med, 2011;3(7):43.
- 26.Golden HS, Hager D, Gould LJ,
Mathioudakis N, Pronovost PJ.
[Internet].A Gap Analysis Needs
Assessment Tool to Drive a Care
Delivery and Research Agenda for Inte
gration of Care and Sharing of Best
Practices Across a Health System.Jt
Comm J Qual Patient Saf, 2017;
43(1):18–28.
- 27.พิทยา ศรีเมือง, สุพัฒน์ อาสนะ, กฤษกันทร
สุวรรณพันธุ์และธีรศักดิ์ พาจันทร์. การ
จัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรค
ความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการปฐมภูมิ ใน
จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข
ชุมชน. 2563; 6(4):124-139.
- 28.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. HDC
Database การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อสำคัญ
[อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 27 เมษายน
2563]. เข้าถึงได้จาก:
[https://ska.hdc.moph.go.th/hdc/reports/
page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d
1cfe0155e11](https://ska.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11)
- 29.สัมพันธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์
ไพศาล,วิชช์ เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, บวร
ศม ลีระพันธ์. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการ
ดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: บริษัท
ดีเซมเบอร์ จำกัด; 2563.