

การประเมินกระบวนการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ แบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาผู้ป่วย เบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

ธีรศักดิ์ พาจันทร¹, เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ^{2*}, สุพัฒน์ อาสนะ³, พิทยา ศรีเมือง¹

และกฤษกันทร สุวรรณพันธุ์³

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินกระบวนการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ การรับรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึงธันวาคม 2563 จากบุคลากรคลินิกหออครอบครัว (Primary Care Cluster; PCC) จำนวน 60 คน และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCD) ได้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำนวน 200 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิและสุ่มแบบอย่างง่าย ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05 สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า PCC ในโครงการวิจัย มีคุณภาพในกระบวนการจัดบริการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับดีและมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า PCC นอกโครงการวิจัยทุกด้าน และผู้ป่วย NCD ในโครงการวิจัย มีการรับรู้เกี่ยวกับหออครอบครัวสูงกว่า โดยทราบเรื่องหออครอบครัว ทราบชื่อแพทย์ประจำครอบครัว และทราบชื่อเจ้าหน้าที่ผู้เป็นหออครอบครัว (ร้อยละ 92.00, 97.00 และ 98.00 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบกับนอกโครงการ (ร้อยละ 52.00, 38.00 และ 43.00 ตามลำดับ) และมีผลลัพธ์การดูแลโรคเรื้อรังดีกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านเป้าหมายการรักษา การปฏิบัติตน ผลการรักษา และความพึงพอใจ ($p\text{-value} < 0.05$) ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนถึงความสำคัญของการสื่อสาร การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และการใช้เทคโนโลยีในการพัฒนาระบบบริการ ดังนั้น ควรพัฒนาระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเอง ของผู้ป่วย NCD และเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

คำสำคัญ: ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ, ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ, ประชาชนเป็นศูนย์กลาง, โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง, คลินิกหออครอบครัว

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์, มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก *Corresponding Author; เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ, Email: saowaluk.see@neu.ac.th

Received: July 8, 2024; Revised August 17, 2024; Accepted August 19, 2024

Evaluation of Integrated People–Centered Health Service System: Case Study of Diabetes and Hypertension Patients, Chai Badan District, Lopburi Province

Teerasak Phajan¹, Saowaluk Seedaket², Supat Assana³, Phitthaya Srimuang¹
and Kritkantorn Suwannaphant³

Abstract

This mixed-methods research aimed to evaluate the primary healthcare system and assess the perceptions and satisfaction of diabetes and hypertension patients regarding the integrated people-centered primary healthcare services in Chai Badan District, Lopburi Province. Data were collected from October to December 2020 from 60 Primary Care Cluster (PCC) personnel and 200 patients with non-communicable diseases (NCDs), specifically diabetes and hypertension. Sampling involved stratified and simple random techniques. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and the Independent t-test, with the significance level set at 0.05, while qualitative data were subjected to content analysis. The results showed that PCCs within the research project demonstrated good quality in service provision processes and organizational support systems for diabetes and hypertension care, with higher mean scores across all aspects compared to PCCs outside the project. NCD patients in the research project exhibited higher awareness of family doctors, recognizing the concept, knowing the names of their family physicians, and identifying family doctor staff (92.00%, 97.00%, and 98.00% respectively), compared to those outside the project (52.00%, 38.00%, and 43.00% respectively). Furthermore, patients in the research project showed significantly better chronic disease care outcomes in terms of treatment goals, self-care practices, treatment results, and satisfaction (p -value < 0.05). Qualitative data highlighted the importance of communication, patient participation, and technology utilization in service system development. Therefore, it is recommended to enhance self-management support systems for NCD patients and increase public participation in developing individual care plans to improve primary health care efficiency.

Key word: Primary Health Care System, Integrated People-Centered Health Service System, Patient-Centered Care, Diabetes and Hypertension, Primary Care Cluster

¹Asst.Prof., Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Phra Boromrajchanok Institute, ²Asst.Prof., Northeastern University, ³Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Phra Boromrajchanok Institute

บทนำ (Introduction)

การบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชน^{1,2} โดยมีบทบาทในการให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของชุมชน³ ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) มุ่งสร้างความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ ลดความเหลื่อมล้ำ และพัฒนาระบบการดูแลแบบองค์รวม หากดำเนินการสำเร็จ จะสามารถดูแลประชาชนกลุ่มสุขภาพดีให้คงแข็งแรงและคัดกรองโรคเรื้อรังในกลุ่มเป้าหมายได้อย่างรวดเร็ว⁴

โครงการดังกล่าวมีเป้าหมายในการดูแลประชาชนทุกกลุ่ม โดยเน้นการคัดกรองโรคเรื้อรังและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นและลดค่าใช้จ่ายในระยะยาว⁵ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลได้ร่วมกันพัฒนาโครงการวิจัยเพื่อออกแบบระบบและกระบวนการจัดบริการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิแบบใหม่ โดยบูรณาการแนวคิดระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและ

ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย การขึ้นทะเบียนกับหมอครอบครัว การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย และการประสานงานและความต่อเนื่องการดูแล⁶

จังหวัดลพบุรี โดยเฉพาะอำเภอชัยบาดาล เป็นหนึ่งในพื้นที่นำร่องของโครงการวิจัยนี้ ซึ่งการประเมินและปรับปรุงกระบวนการจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความสำคัญอย่างยิ่งในการรับรองคุณภาพและความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การศึกษานี้มุ่งเน้นการปรับปรุงกระบวนการจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเพิ่มคุณภาพและความพึงพอใจของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย การวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการประเมินเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพการบริการและเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการในพื้นที่อำเภอชัยบาดาล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)

1. เพื่อประเมินกระบวนการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามการรับรู้ของทีมบุคลากรสาธารณสุข

2. เพื่อประเมินการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อกระบวนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method Research) แบบวิจัยพร้อม ๆ กัน (Convergent Parallel Design) ในการอธิบายกระบวนการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของที่มีบุคลากรสาธารณสุขและประเมินการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อกระบวนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นผู้จัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ซึ่งเป็นอำเภอนำร่องในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศ จำนวน 60 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ดังนี้ 1) เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ 4 กลุ่ม คือ PCC ที่ร่วมใน

โครงการวิจัย, PCC ที่ไม่ได้ร่วมในโครงการวิจัย, คลินิก NCD ของโรงพยาบาล, และเครือข่าย รพ.สต. ที่ไม่ได้เป็น PCC 2) เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นผู้จัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยตรง ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน นักกายภาพบำบัด โภชนากรและแพทย์แผนไทย เป็นต้น 3) สมควรใจเข้าร่วมโครงการวิจัย 4) ไม่มีปัญหาสุขภาพอันจะมีผลทำให้เกิดปัญหารุนแรงระหว่างเข้าร่วมโครงการ 2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและรับบริการเขตอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย (Daniel, 1995)⁷ และแทนค่าความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องนั้นหน่วยบริการที่เป็น PCC จากการศึกษาของพิทยา ศรีเมือง (2564)⁸ เท่ากับ 0.72 กำหนดความคลาดเคลื่อน 10% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ตามประเภทการเข้าร่วมโครงการ PCC จากนั้นทำการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยทำการจับสลากรายชื่อผู้ป่วยตามพื้นที่ PCC ที่ร่วมในโครงการวิจัย (PCC ลำนำรายณ์) 100 คน

และ PCC ที่ไม่ได้ร่วมในโครงการวิจัย (PCC ทำดินดำ, ท่ามะนาว และชัยนาทรายณ์) 100 คน รวมเป็น 200 คน ซึ่งทำการศึกษาทั้ง PCC ที่ร่วมในโครงการวิจัยและ PCC ที่ไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบกระบวนการดำเนินงานระหว่าง PCC ที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมโครงการ ทำให้เห็นผลกระทบของการดำเนินโครงการวิจัยได้ชัดเจนขึ้น เช่น กระบวนการและคุณภาพจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) แบบประเมินกระบวนการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สำหรับบุคลากร PCC โดยแบบประเมินนี้เป็นลักษณะของ Self-report questionnaire แบ่งออกเป็น 2 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ตอนที่ 2 คุณภาพการบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ ประกอบด้วยกระบวนการจัดบริการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ มีลักษณะข้อคำถามเป็น Scoring rubrics ระบุถึงความแตกต่างของผลงานหรือประสิทธิภาพของงาน โดยมีคะแนน 1-10 คะแนน แปลผลและแบ่งกลุ่มดังนี้⁹ คุณภาพระดับ A (ดีมาก): มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบรอบด้านครอบคลุม และมีประสิทธิภาพสูง (8-10 คะแนน) คุณภาพระดับ B (ดี): มีการดำเนินการและจัดการอย่างเป็นระบบ

มีการทำงานเป็นทีมและมีการบริการที่เชื่อมโยงประสานดี (5-7 คะแนน) คุณภาพระดับ C (พอใช้): มีการดำเนินการเป็นครั้งคราว ไม่สม่ำเสมอหรือบริการแบบตั้งรับ มีการให้การสนับสนุนอยู่ในขั้นพื้นฐาน (2-4 คะแนน) คุณภาพระดับ D (ต้องปรับปรุง): มีการดำเนินการหรือการสนับสนุนน้อยมากถึงไม่มีเลย (1คะแนน) 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ถูกพัฒนาจากแบบประเมินกระบวนการจัดบริการปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยปรับเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม โดยเฉพาะในประเด็นที่มีความแปรปรวนของคะแนนมาก รวมถึงหาความเห็นร่วมกันเกี่ยวกับช่องว่างในการให้บริการและระบบสนับสนุนแบบสัมภาษณ์นี้ถูกทดลองใช้ในการสัมภาษณ์กลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างเดียวกันหลังจากตอบแบบประเมินเชิงปริมาณก่อนนำไปปรับปรุงและใช้เก็บข้อมูลจริงต่อไป 3) แบบประเมินการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อกระบวนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับหัตถการครบถ้วนลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบใช่/ไม่ใช่ และตอนที่ 3 การดูแลโรคเรื้อรังลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่

มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด กำหนดคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบประเมินกระบวนการจัดบริการปฐมภูมิ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง ((Index of item Objective Congruence: IOC) มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1 ซึ่งมีค่า IOC 0.50 ขึ้นไปแสดงถึงเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหา¹⁰ และผ่านการทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยได้นำไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่นกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าเท่ากับ 0.80 ซึ่งมากกว่า 0.70 ถือว่าเครื่องมือมีความตรงและความเที่ยงผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้¹¹

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ: วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพ: วิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ชุดโครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เลขที่ COA. MURA 2019/1018

ผลการวิจัย (Results)

1. ประเมินกระบวนการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามการรับรู้ของทีมบุคลากรสาธารณสุข

1.1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรสาธารณสุขเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง บุคลากรที่ให้ข้อมูลจำนวน 60 คน ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) /โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั่วไป ร้อยละ 40.00 รองลงมา รพ.สต.กลุ่ม PCC ในโครงการวิจัย ร้อยละ 36.67 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.67 อายุ 41-60 ปี ร้อยละ 55.00 จบระดับปริญญาตรี ร้อยละ 68.33 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 36.66 ระยะเวลาปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว 1-2 ปี ร้อยละ 83.33 บทบาทที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเป็นผู้ให้บริการร้อยละ 75.00

1.2 ประเมินกระบวนการจัดบริการและระบบสนับสนุนขององค์กร

ในการจัดบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำแนกตามลักษณะหน่วยบริการ คะแนนเฉลี่ยกระบวนการจัดบริการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง PCC ในโครงการวิจัยสูงกว่า PCC นอกโครงการวิจัย ดังนี้ กระบวนการจัดบริการ: PCC ในโครงการวิจัย มีผลการประเมินอยู่ในระดับ B (ดี) ในทุกด้าน แสดงถึงระบบการจัดการที่ดีและการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพสูง ค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว (ค่าเฉลี่ย= 6.72, SD=1.18) และค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน (ค่าเฉลี่ย= 5.88, SD=1.92) สำหรับ PCC นอกโครงการวิจัย มีผลการประเมินอยู่ในระดับ B (ดี) เช่นกัน แต่ค่าเฉลี่ยโดยรวมต่ำกว่า PCC ในโครงการวิจัยเล็กน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การจัดทำระบบข้อมูลการ

ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย (ค่าเฉลี่ย= 6.59, SD=1.37) และค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD (ค่าเฉลี่ย= 4.30, SD=1.94)

ระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ: ทั้ง PCC ในโครงการวิจัย และ PCC นอกโครงการวิจัย มีผลการประเมินในระดับ B (ดี) เกือบทุกด้าน โดยค่าเฉลี่ยสูงสุดในทั้งสองกลุ่มคือด้านความเชื่อมั่นของ ทีมต่อการมีอิสระที่จะจัดสรรเวลาทำงาน PCC ในโครงการวิจัย ค่าเฉลี่ย=7.22 (SD=1.06) และ PCC นอกโครงการวิจัย ค่าเฉลี่ย=7.16 (SD=1.83) สำหรับค่าเฉลี่ยต่ำสุดใน PCC ในโครงการวิจัย คือ ทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพของรพ.ชุมชนในการดูแลผู้ป่วย NCD (ค่าเฉลี่ย=5.95, SD=1.55) และใน PCC นอกโครงการวิจัย คือ การทำความเข้าใจต่อหลักการจัดการบริการครอบครัวองค์ประกอบ (ค่าเฉลี่ย=5.95, SD=1.98) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กระบวนการจัดบริการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (n=60)

กระบวนการจัดบริการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	PCC ในโครงการวิจัย		PCC นอกโครงการวิจัย	
	Mean	แปลผล	Mean	แปลผล
	(SD)		(SD)	
กระบวนการจัดบริการ				
1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว	6.72 (1.18)	B (ดี)	5.58 (2.43)	B (ดี)
2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม	6.46 (1.67)	B (ดี)	5.33 (1.50)	B (ดี)

กระบวนการจัดการบริการและระบบสนับสนุนขององค์กร ในการจัดการบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	PCC ใน		PCC นอก	
	โครงการวิจัยฯ		โครงการวิจัยฯ	
	Mean (SD)	แปล ผล	Mean (SD)	แปลผล
3) การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย	6.66 (2.38)	B (ดี)	6.59 (1.37)	B (ดี)
4) ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วยNCD	5.93 (1.37)	B (ดี)	4.30 (1.94)	C (พอใช้)
5) ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน	5.88 (1.92)	B (ดี)	5.50 (2.32)	B (ดี)
ระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดการบริการ				
1) ทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพของรพ.ชุมชนในการดูแลผู้ป่วย NCD	5.95 (1.55)	B (ดี)	6.50 (1.97)	B (ดี)
2) มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง	6.18 (1.18)	B (ดี)	6.00 (2.00)	B (ดี)
3) การทำความเข้าใจต่อหลักการจัดการบริการครบห้าองค์ประกอบ	6.50 (2.34)	B (ดี)	5.95 (1.98)	B (ดี)
4) ความเชื่อมั่นของทีมต่อการมีอิสระที่จะจัดสรรเวลาทำงานให้ผู้ป่วยตามที่ตนเห็นว่าจำเป็น	7.22 (1.06)	B (ดี)	7.16 (1.83)	B (ดี)

2. ประเมินการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อกระบวนการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน เป็นผู้ป่วย จาก PCC ศูนย์สุขภาพชุมชน เมืองลำนารายณ์ (PCC ในโครงการฯ) ร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 52.50 จบประถมศึกษา

ร้อยละ 69.50 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 28.00 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.50

2.2 การรับรู้เกี่ยวกับหมอครอบครัวPCC ในโครงการวิจัยฯ ทราบเรื่องหมอครอบครัว ทราบชื่อแพทย์ประจำครอบครัว และทราบชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้เป็นหมอครอบครัว ร้อยละ 92.00, 97.00 และ 98.00 ตามลำดับ ช่องทางการติดต่อกับหมอครอบครัวโดยมีเบอร์โทรศัพท์ ร้อยละ 52.00 ได้รับการรักษาจากแพทย์คนเดิมทุกครั้ง ร้อยละ 75.00 คนแรกที่จะขอความช่วยเหลือ

เมื่อมีคำถามเกี่ยวกับสุขภาพหรือต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพ คือ หมอครอบครัว ร้อยละ 69.00 สำหรับ PCC นอกโครงการวิจัยฯ ทราบเรื่องหมอครอบครัว ทราบชื่อแพทย์ประจำครอบครัว และ ทราบชื่อเจ้าหน้าที่ผู้เป็นหมอครอบครัว ร้อยละ 52.00, 38.00 และ 43.00 ตามลำดับ ช่องทางการติดต่อกับหมอครอบครัวโดยมีเบอร์โทรศัพท์ ร้อยละ 25.00 ได้รับการรักษาจากแพทย์คนเดิมทุกครั้ง ร้อยละ 67.00 คนแรกที่จะขอความช่วยเหลือเมื่อมีคำถามเกี่ยวกับสุขภาพ

หรือต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพ คือ หมอครอบครัว ร้อยละ 51.00

1.3 การดูแลโรคเรื้อรัง

จากการวิเคราะห์ข้อมูล การดูแลโรคเรื้อรังพบว่า PCC ในโครงการวิจัยฯ มีผลลัพธ์การดูแลโรคเรื้อรังในมิติต่าง ๆ ดีกว่า PCC นอกโครงการวิจัยฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านเป้าหมายการรักษา การปฏิบัติตน ผลการรักษา และความพึงพอใจ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนด้านปัจจัยสุขภาพ พบว่า แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การดูแลโรคเรื้อรัง (รายด้าน) (n=200)

มิติด้านการดูแลโรคเรื้อรัง	PCC ในโครงการวิจัยฯ		PCC นอกโครงการวิจัยฯ		Mean Difference (95%CI)	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. ด้านปัจจัยสุขภาพ	4.50	0.62	4.32	0.96	0.18 (-0.04 to .041)	0.111
2. ด้านแผนการรักษา	4.76	0.42	4.12	0.92	0.64 (0.43 to 0.84)	<0.001
3. ด้านเป้าหมายการรักษา	4.52	0.61	4.14	0.85	0.38 (0.17 to 0.58)	<0.001
4. ด้านการปฏิบัติตน	4.63	0.52	4.19	0.98	0.44 (0.22 to 0.65)	<0.001
5. ด้านผลของการรักษา	4.49	0.57	3.69	0.96	0.80 (0.57 to 1.02)	<0.001
6. ด้านความพึงพอใจ	4.97	0.17	4.76	0.66	0.21 (0.07 to 0.34)	0.002

ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการถอดบทเรียนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอชัยบาดาลพบว่า ผู้ป่วยรู้จักและสามารถติดต่อแพทย์ครอบครัวได้เป็นอย่างดี ซึ่งสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ กระบวนการ

ดูแลผู้ป่วย NCD ดำเนินการอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การคัดกรองโดย อสม. และ รพ.สต. การดูแลผ่านคลินิก NCD และการเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว รวมถึงการใช้ระบบการจัดการข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย

อย่างต่อเนื่องระหว่างสถานพยาบาลต่าง ๆ (Continuity of Care; Thai COC) ในการส่งต่อข้อมูลและประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชน พร้อมการติดตามผลผ่านระบบ HDC (Health Data Center) อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่พบคือการสื่อสารและเชื่อมประสานยังไม่เพียงพอ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลน้อย และระบบข้อมูลยังไม่ทันสมัย ข้อเสนอแนะคือควรพัฒนาระบบข้อมูลและการสื่อสาร ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามและสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

(Discussion and Conclusion)

1. กระบวนการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ พบว่า PCC ในโครงการวิจัยมีคะแนนเฉลี่ยสูงในหลายด้าน เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัว การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าการดำเนินโครงการวิจัยช่วยพัฒนากระบวนการจัดบริการได้ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินโครงการวิจัยมักมีการวางแผนและติดตามอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดการพัฒนาระบบการทำงานอย่างต่อเนื่อง และผลการศึกษาสะท้อนถึงระดับคุณภาพการจัดบริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับ B ซึ่งถือว่าดีสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Loewenson R, Simpson(2017)¹² ที่กล่าวว่าคุณภาพ

การจัดบริการอยู่ในระดับดีส่วนหนึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการวางแผน และการให้บริการที่ยืดประชาชนเป็นศูนย์กลางช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Starfield et al. (2005)¹³ ที่พบว่าการจัดระบบบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพส่งผลดีต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามยังมีช่องว่างให้พัฒนาต่อไปได้ โดยเฉพาะในด้านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลที่ยังมีสัดส่วนระดับ C อยู่มาก โดยเฉพาะด้านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Bodenheimer et al. (2014)¹⁴ ที่ระบุว่า การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลเป็นความท้าทายสำคัญในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ 2. การรับรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่า PCC ในโครงการวิจัย ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้เรื่องหมอครอบครัว และทราบช่องทางติดต่อ แสดงว่าการสื่อสารเรื่องระบบหมอครอบครัวค่อนข้างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากอาจมีการประชาสัมพันธ์และสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโครงการวิจัย และผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.97 (SD=0.17) สะท้อนว่าการจัดบริการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดี อาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องในระบบหมอครอบครัวแบบบูรณาการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สอดคล้องกับการวิจัยของ

Bodenheimer et al. (2002)¹⁵ ที่ชี้ให้เห็นว่าการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีการบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางนั้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้ดีขึ้น และผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Shi et al. (2013)¹⁶ ที่พบว่าระบบบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูง อย่างไรก็ตาม คะแนนด้านผลของการรักษาต่ำที่สุด แสดงว่ายังมีโอกาสในการพัฒนาประสิทธิผลของการรักษาให้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้คะแนนด้านผลของการรักษาที่ต่ำกว่าด้านอื่นๆ อาจเป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพต้องใช้เวลาและขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kringos et al. (2010)¹⁷ ที่ระบุว่า การวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพในระบบบริการปฐมภูมิเป็นความท้าทายและต้องใช้เวลาในการเห็นผล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงและพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยขยายผลทุกหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้ 1. เพิ่มช่องทางการติดต่อและการเข้าถึงบริการ ระหว่างผู้ป่วยกับหมอครอบครัวและประชาสัมพันธ์บทบาทของหมอครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น 2. พัฒนาระบบข้อมูลที่เชื่อมต่อระหว่างสถานพยาบาลและนำระบบข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (EHR) มาใช้เพื่อการดูแลที่

รวดเร็ว และลดปัญหาการซ้ำซ้อน

3. พัฒนาการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการกำหนดเป้าหมายการดูแล เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วยซึ่งการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากเป็นพื้นฐานของการดูแลที่มีคุณภาพและตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย 4. พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลลัพธ์การรักษาโดยสร้างเครื่องมือติดตามและประเมินผลลัพธ์การรักษา สะท้อนผลเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี ทีมวิจัยต้องขอขอบพระคุณบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ร่วมให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. WHO. WHO Global Strategy on people-centred and Integrated health services. Geneva,

- Switzerland. [Internet]. 2015 [cited 2023 May 19]; Available from: [who-global-strategy-on-pcihs-main-document_final.pdf](https://www.who.int/service-delivery/safety/areas/people-centred-care/en/)
2. WHO. Primary health care: A framework for future strategic directions. Geneva: World Health Organization; 2003.
 3. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of the American Medical Association*. 2002; 288(19):2469-75.
 4. สัมฤทธิ์ ศรีอำรวงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยวงศไพศาล, วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย, สันติ ลาภเบญจกุล, ดวงดาว ศรียากุล. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ แบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2563.
 5. WHO. Integrated people-centred health services: An overview of the evidence. Geneva, Switzerland. [Internet]. 2020 [cited 2023 May 19]; Available from: <https://www.who.int/service-delivery/safety/areas/people-centred-care/en/>
 6. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs*. 2001; 20(6): 64-78.
 7. Daniel WW. *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences*. 6th ed. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 1995. p. 177-178.
 8. พัทยา ศรีเมือง, ฐิติกานต์ เอกทัตร์, จริญญา ยมศรีเคน, วรณศรี แวงงาม. การประเมินรูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2564; 15(2): 136-154.
 9. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M. Assessment of chronic illness care (ACIC): A practical tool to measure quality improvement. *Health Services Research*. 2002; 37(3):791-820.

10. วงศา เล้าหศิริวงศ์. การประเมินคุณภาพบทความวิจัยด้านสาธารณสุขและการพัฒนาโครงร่างวิจัย. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560.
11. Tavakol M, Dennick R. Making sense of cronbach's alpha. International Journal of Medical Education. 2011; 2(1):53-55.
12. Loewenson R, Simpson S. Strengthening integrated care through population-focused primary care services: International experiences outside the United States. Annual Review of Public Health. 2017; 38(1): 413-429.
13. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank Quarterly. 2005; 83(3):457-502.
14. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 building blocks of high-performing primary care. Annals of Family Medicine. 2014; 12(2):166-171.
15. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, part 2. Journal of the American Medical Association. 2002; 288(15):1909-1914.
16. Shi L, Starfield B, Xu J, Politzer R, Regan J. Primary care quality: community health center and health maintenance organization. Southern Medical Journal. 2003; 96(8):787-795.
17. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Vanderzee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Services Research. 2010; 10(65):1-13.

