

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ
การในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์
Development of Integrated Care Model for Type 2 Diabetes Mellitus and
Hypertension Patients in the Chronic Disease Clinic at Non-Din Daeng
Hospital, Buriram Province

นิสาชล ไกรสุข

Nisachon Kraisook

กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์
Medical Group, Non Din Daeng Hospital, Buriram Province

(Received: 16 March 2026; Revised: 12 June 2026 ; Accepted: 9 July 2026)

บทคัดย่อ

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ ในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ ในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ กระบวนการวิจัยดำเนินการวิจัยและพัฒนาโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล ดำเนินการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 403 ราย ได้จากการคำนวณด้วยสูตร Taro Yamane และคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ คู่มือการปฏิบัติงาน และระบบข้อมูลสารสนเทศ เครื่องมือวิจัยมีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.92) และความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha = 0.89) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกผลทางคลินิกและแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ (2) การใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อติดตามผู้ป่วย (3) การให้ความรู้และเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยและครอบครัว และ (4) การประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพภายหลังการใช้แนวทางดังกล่าว พบว่าค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงจาก 8.45 เป็น 7.12 และระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .001) ขณะที่ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในระดับมาก ($M = 4.35$, $SD. = 0.42$) ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่เน้นการทำงานของทีมสหวิชาชีพและการเชื่อมโยงข้อมูลมีประสิทธิภาพในการควบคุมโรค ควรนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทโรงพยาบาลชุมชนเพื่อลดภาระทางสุขภาพในระยะยาว

คำสำคัญ: การดูแลแบบบูรณาการ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, โรคความดันโลหิตสูง, การพัฒนาแนวทางการดูแล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Nisa.NDDH@gmail.com, นิสาชล ไกรสุข)

Abstract

Diabetes mellitus and hypertension are major public health problems that require continuous and integrated care to prevent complications. This research and development study aimed to develop and evaluate the effectiveness of an integrated care model for patients with Type 2 Diabetes Mellitus and Hypertension in the Chronic Disease Clinic at Non-Din Daeng Hospital, Buriram Province. The study applied an action research process consisting of four stages: planning, action, observation, and reflection. A total of 403 patients were recruited through purposive sampling, with the sample size determined using the Taro Yamane formula. Research instruments included an integrated care model, an operational manual, and a health information system. The instruments demonstrated acceptable content validity ($IOC = 0.92$) and reliability (Cronbach's $\alpha = 0.89$). Data were collected using clinical record forms and satisfaction questionnaires and analyzed using descriptive statistics and paired t-test. The results revealed that the developed integrated care model consisted of four components: multidisciplinary teamwork, health information-based patient monitoring, patient and family education and empowerment, and coordination of care between the hospital and healthcare network. Following implementation, the mean HbA1c level decreased from 8.45% to 7.12%, and blood pressure levels were significantly reduced ($P\text{-value} < .001$). Overall patient and family satisfaction was at a high level ($M = 4.35$, $SD = 0.42$). The findings suggest that the integrated care model effectively improved clinical outcomes among patients with Type 2 Diabetes Mellitus and Hypertension. Emphasizing multidisciplinary collaboration and information linkage, the model should be applied in community hospital settings to reduce long-term health burdens.

Keywords: Integrated Care, Type 2 Diabetes Mellitus, Hypertension, Care Model Development

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (chronic Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในช่วง 3 – 5 ปีที่ผ่านมา โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่า NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตประมาณ 43 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 74.00 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก ซึ่งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (World Health Organization, 2023) สำหรับประเทศไทย สถานการณ์โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนรักษาเพิ่มขึ้นทุกปี ขณะที่ผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพของประเทศ (กรมควบคุมโรค, 2566)

โรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการประชาชนในพื้นที่ที่มีลักษณะภูมิประเทศกึ่งภูเขาและอยู่ห่างไกล จากการทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานคลินิกโรคเรื้อรังที่ผ่านมา โรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของจังหวัดบุรีรัมย์และประเทศไทย จากการทบทวนการดำเนินงานของคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนดินแดง พบข้อจำกัดด้านการบูรณาการการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ การใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการติดตามผู้ป่วย และการประสานการดูแลระหว่างหน่วยบริการ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงขาดความต่อเนื่อง ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว และการติดตามผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

การดูแลแบบบูรณาการ (Integrated Care Model) เป็นแนวทางการจัดบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรสหวิชาชีพ หน่วยบริการสุขภาพ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยองค์ประกอบสำคัญประกอบด้วยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ การเชื่อมโยงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพ การส่งเสริมศักยภาพผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง และการประสานการดูแลระหว่างหน่วยบริการและชุมชน รูปแบบดังกล่าวช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความซ้ำซ้อนของบริการ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2565)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหลากหลายรูปแบบ เช่น รูปแบบการดูแลตามแนวคิด Chronic Care Model (Wagner et al., 1996) รูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยผลการศึกษาล่าสุดส่วนใหญ่รายงานว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ดีขึ้น เพิ่มความร่วมมือในการรักษา ลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และเพิ่มความพึงพอใจต่อการรับบริการ อย่างไรก็ตาม รูปแบบการดูแลดังกล่าวยังจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลและความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (พรทิพย์ ขาวลักษณ์สกุล, 2559; Boocha & Ploylearmsang, 2023; Thanachayanont, 2025; Theeranut et al., 2024)

จากปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของการดูแล การติดตามผู้ป่วย และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์มาตรฐานและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพจึงจำเป็นต้องอาศัยรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ (Integrated Care Model) ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมถึงการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว การพัฒนารูปแบบดังกล่าวจะช่วยลดความซ้ำซ้อนของการดำเนินงาน เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรค และส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแล (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2565) นอกจากนี้ การประเมินคุณภาพบริการตามแนวคิดของ Donabedian ที่พิจารณาทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ยังเป็นกรอบแนวคิดสำคัญในการพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ (Donabedian, 1988)

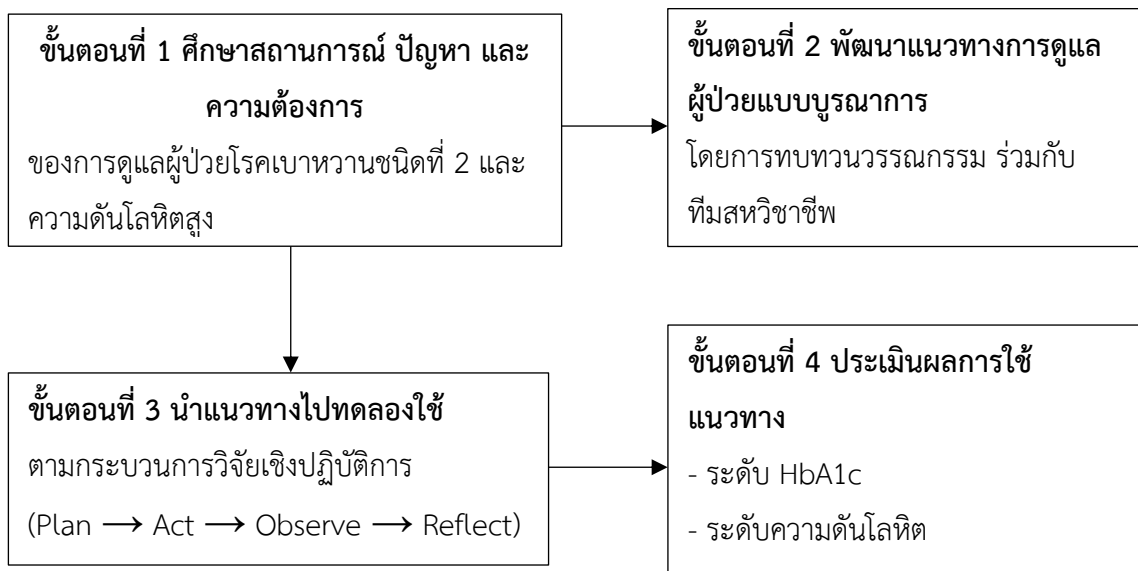
จากสภาพปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนและประเมินประสิทธิผลของแนวทางดังกล่าวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการในคลินิกโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ที่พัฒนาขึ้น ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis และ McTaggart (1988) ร่วมกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบบูรณาการ (Integrated Care) เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยดำเนินการเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการจากผลการศึกษาและการทบทวนวรรณกรรม พร้อมตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลแนวทางในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง จำนวน 403 ราย ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกและแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Paired t-test หรือ Wilcoxon Signed-Rank Test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 4,316 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane (1973) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 367 ราย และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์ รวมเป็น 403 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) ตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี 2) มีอายุระหว่าง 30 - 70 ปี 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดีและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และ 4) มารับบริการต่อเนื่องในคลินิกโรคเรื้อรัง เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันรุนแรง มีความบกพร่องทางสติปัญญา ตั้งครรภ์ หรือไม่สามารถมารับการติดตามผลได้ครบตามกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำแนกออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย (Intervention) ประกอบด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์บริบทของโรงพยาบาล ชุมชน ครอบคลุมกระบวนการตั้งแต่การคัดกรอง การดูแลรักษา จนถึงการติดตามผล โดยมีเครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ คู่มือการปฏิบัติงาน แบบฟอร์มบันทึกการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ ระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการติดตามผู้ป่วย และแผนการให้ความรู้พร้อมสื่อสนับสนุนการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

สำหรับเครื่องมือประเภทที่สองคือเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ซึ่งใช้บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ระดับความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย โดยเชื่อมโยงฐานข้อมูลจากโปรแกรม HOSxP ของโรงพยาบาล ร่วมกับแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับทีมสหวิชาชีพ เพื่อประเมินกระบวนการทำงานตามกรอบแนวคิด Donabedian

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งสองประเภท โดยนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการและคู่มือการปฏิบัติงาน เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ผลการตรวจสอบพบว่าเครื่องมือมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เฉลี่ยเท่ากับ 0.92 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ได้

ในส่วนของแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 ซึ่งบ่งชี้ว่าเครื่องมือมีความเที่ยงตรงสูงและเหมาะสมสำหรับการนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ โดยทบทวนเวชระเบียน ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก และสัมภาษณ์ผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และช่องว่างของระบบบริการ ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการดูแล โดยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาจัดทำร่างแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ จากนั้นประชุมทีมสหวิชาชีพและให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสมก่อนปรับปรุงเป็นแนวทางฉบับทดลองใช้ และระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผล โดยนำแนวทางไปใช้ในคลินิกโรคเรื้อรังกับกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้แนวทางจากแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก แบบสอบถามความพึงพอใจ และข้อมูลสะท้อนผลจากผู้เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาวิเคราะห์ผลและปรับปรุงเป็นแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลโนนดินแดง

ในขั้นการปฏิบัติตามแผน ผู้วิจัยได้นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยเน้นกระบวนการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ มีการจัดระบบการให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรอง การให้คำแนะนำด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบวงจรตามแผนที่กำหนดไว้

สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นการสังเกตและการสะท้อนผล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต รวมถึงประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว และสังเกตกระบวนการทำงานของทีมสุขภาพ จากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์และสะท้อนผลร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อระบุจุดแข็งและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการทำดำเนินงาน และนำข้อสรุปที่ได้ไปปรับปรุงแนวทางการดูแลให้มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนมากยิ่งขึ้นในวงจรการพัฒนาลำดับถัดไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ใช้วิธีการทางสถิติและการวิเคราะห์เนื้อหาอย่างเป็นระบบเพื่อประเมินประสิทธิผลของโครงการ โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและความพึงพอใจ ส่วนการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการดำเนินโครงการ จะใช้สถิติ Paired t-test ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ หรือ Wilcoxon Signed Rank Test ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

ในส่วนของคุณภาพเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วย จะนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการดูแลและการทำงานร่วมกัน โดยผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อให้ผลการวิเคราะห์มีความน่าเชื่อถือและสามารถสะท้อนประสิทธิภาพของแนวทางการดูแลแบบบูรณาการได้อย่างรอบด้าน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2025-141 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2568 ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียด พร้อมทั้งขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (Informed Consent) ก่อนเข้าร่วมโครงการ ทั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล (Confidentiality) โดยข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อ การรับบริการรักษาพยาบาลตามปกติ สอดคล้องตามหลักเกณฑ์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (World Medical Association, 2013) และแนวทางปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (International Council for Harmonisation, 2016)

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ

ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ การติดตามผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการยังไม่เป็นระบบ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองยังไม่เพียงพอ และการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพยังขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน จึงได้นำข้อมูลดังกล่าวมาพัฒนา

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

- การดูแลร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ
- การใช้ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพเพื่อการติดตามผู้ป่วย
- การส่งเสริมความรู้และศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว
- การประสานการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน

แนวทางดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.92 และได้รับการปรับปรุงจนได้แนวทางฉบับสมบูรณ์สำหรับนำไปทดลองใช้ในคลินิกโรคเรื้อรังรายละเอียดการดำเนินงานของแนวทางที่พัฒนาขึ้น

ทีมสหวิชาชีพที่ร่วมดำเนินงานประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมีบทบาทดังนี้

- แพทย์ ทำหน้าที่ประเมินอาการ วินิจฉัยโรค และวางแผนการรักษา
- พยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่คัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ ให้คำปรึกษา และติดตามผู้ป่วย
- เภสัชกร ให้ความรู้ด้านการใช้ยาและติดตามความร่วมมือในการใช้ยา
- นักโภชนาการ ให้คำแนะนำด้านอาหารและการควบคุมโรค
- นักกายภาพบำบัด ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสม
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ติดตามเยี่ยมบ้าน ประสานการดูแลต่อเนื่อง และเฝ้าระวังปัญหา

สุขภาพในชุมชน

กิจกรรมสำคัญของแนวทาง ประกอบด้วย

- การคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพรายบุคคล
- การประชุมวางแผนการดูแลร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ
- การให้ความรู้ด้านโรค การใช้ยา อาหาร และการออกกำลังกาย
- การติดตามอาการและผลการรักษาผ่านระบบข้อมูลสารสนเทศ
- การเยี่ยมบ้านและติดตามต่อเนื่องโดยเครือข่ายสุขภาพในชุมชน
- การประเมินผลและสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกันของทีม

แนวทางดังกล่าวนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 403 ราย

ผลการประเมินประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ

ภายหลังการทดลองใช้แนวทาง พบว่าผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงจาก 8.45 เป็น 7.12 ระดับความดันโลหิตช่วงบนลดลงจาก 142.30 เป็น 128.50 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตช่วงล่างลดลงจาก 88.60 เป็น 80.20

มิลลิเมตรปรอท ($P\text{-value} < .001$) นอกจากนี้ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลในระดับมาก ($M = 4.35, SD. = 0.42$)

จากการสะท้อนผลของทีมสหวิชาชีพ พบว่า แนวทางที่พัฒนาขึ้นช่วยให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบมากขึ้น มีการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการได้ดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การควบคุมโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 403 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 264 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.51 มีอายุเฉลี่ย 58.42 ปี ($SD. = 9.15$) โดยส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 54.09 ด้านสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 77.42 ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 68.24 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก ร้อยละ 72.46 รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 16.13 และส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) คิดเป็นร้อยละ 89.58

เมื่อจำแนกตามลักษณะการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.71 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 35.24 และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพียงอย่างเดียว ร้อยละ 26.05 โดยมีระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 8.50 ปี ($SD. = 4.20$) ซึ่งส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยมานาน 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.39 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n=403$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	139	34.49
หญิง	264	65.51
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 60 ปี	185	45.91
60 ปีขึ้นไป	218	54.09
$(M = 58.42, SD. = 9.15, Min = 32, Max = 79)$		
สถานภาพสมรส		
คู่	312	77.42
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	75	18.61
โสด	16	3.97
ระดับการศึกษา		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประถมศึกษา	275	68.24
มัธยมศึกษา	98	24.32
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	30	7.44
อาชีพ		
เกษตรกร	292	72.46
รับจ้างทั่วไป	65	16.13
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	28	6.95
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	18	4.46
สิทธิการรักษาพยาบาล		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	361	89.58
ข้าราชการ/เบิกต้นสังกัด	28	6.95
ประกันสังคม	14	3.47
การวินิจฉัยโรคหลัก		
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างเดียว	105	26.05
โรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว	142	35.24
โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง	156	38.71
ระยะเวลาเจ็บป่วย (ปี)		
1 - 5 ปี	118	29.28
6 - 10 ปี	195	48.39
มากกว่า 10 ปี	90	22.33
(M = 8.50, SD. = 4.20)		

ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงจาก 8.45 เป็น 7.12 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตช่วงบน (Systolic BP) ลดลงจาก 142.30 มิลลิเมตรปรอท เป็น 128.50 มิลลิเมตรปรอท และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic BP) ลดลงจาก 88.60 มิลลิเมตรปรอท เป็น 80.20 มิลลิเมตรปรอท เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมและระดับความดันโลหิตทั้งสองค่าลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) และระดับความดันโลหิต (Blood Pressure) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลแบบบูรณาการ (n=403)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (Pre-test)		หลังการทดลอง (Post-test)		t	P-value
	M	SD.	M	SD.		
ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) (ร้อยละ)	8.45	1.25	7.12	0.98	18.42*	< .001
ความดันโลหิต (mmHg)						
ความดันโลหิตช่วงบน (Systolic BP) (mmHg)	142.30	15.40	128.50	12.10	14.56*	< .001
ความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic BP) (mmHg)	88.60	9.80	80.20	8.40	12.33*	< .001

*P-value < 0.05

ผลการประเมินความพึงพอใจ

จากการสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อการให้บริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ พบว่า ในภาพรวมผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($M = 4.35$, $SD. = 0.42$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านกระบวนการให้บริการ ($M = 4.42$, $SD. = 0.45$) รองลงมาคือ ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ ($M = 4.38$, $SD. = 0.40$) และด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและผลลัพธ์บริการ ($M = 4.25$, $SD. = 0.48$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจที่มีต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ จำแนกรายด้านและภาพรวม (n=403)

รายการประเมิน	M	SD.	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านกระบวนการให้บริการ	4.42	0.45	มาก
1.1 ความรวดเร็วในการให้บริการ	4.45	0.50	มาก
1.2 ความชัดเจนของขั้นตอนการบริการ	4.39	0.48	มาก
2. ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ	4.38	0.40	มาก
2.1 กิริยาวาจาสุภาพและการเอาใจใส่	4.40	0.42	มาก
2.2 การให้คำแนะนำที่เข้าใจง่าย	4.36	0.45	มาก
3. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและผลลัพธ์บริการ	4.25	0.48	มาก
ความสะอาดของสถานที่	4.28	0.52	มาก
3.2 ความรู้สึกมั่นใจในการรักษา	4.22	0.55	มาก
รวมเฉลี่ย (Total)	4.35	0.42	มาก

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนดินแดง ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model; Wagner et al., 1996) นอกจากนี้ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม ยังมีส่วนสำคัญต่อการควบคุมโรคและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนชยานนท์ (2568) ที่พบว่าการดูแลแบบบูรณาการในโรงพยาบาลชุมชนช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพและส่งเสริมการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ อีรนาถและคณะ (2567) ซึ่งรายงานว่าการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์เป้าหมายมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสะท้อนให้เห็นถึงความสอดคล้องกับนโยบายด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566–2570 ของกระทรวงสาธารณสุข (2566) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ให้มีความครอบคลุม ต่อเนื่อง และเข้าถึงได้มากขึ้น เพื่อรองรับภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นช่วยส่งเสริมการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างบุคลากรสหวิชาชีพและเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ในด้านคุณภาพบริการ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการให้บริการตามรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากการปรับปรุงกระบวนการให้บริการให้มีความเป็นระบบ มีความต่อเนื่อง และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามกรอบแนวคิดคุณภาพบริการของ Donabedian (1988) ที่อธิบายว่ากระบวนการให้บริการที่มีคุณภาพจะนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชัยและคณะ (2564) ที่พบว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การให้ข้อมูลที่เพียงพอ และการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

ควรนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการไปประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานสาธารณสุขควรสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการและการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยบริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว และศึกษาการประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น เพื่อขยายองค์ความรู้และยืนยันประสิทธิภาพของแนวทางในบริบทที่หลากหลาย

รายการอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประเทศไทย พ.ศ. 2566. กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566–2570. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ธนชยานนท์, ท. (2568). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบบูรณาการในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย. *วารสารเอเชียแปซิฟิกเมดิซีน*, 19(1), 22–33.
- ธีรนาถ, อ., บุญรอด, ว., และ เหลืองประดิษฐ์, ว. (2567). รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อป้องกันและชะลอการดำเนินของโรคไตเรื้อรังในชุมชนชนบทของประเทศไทย. *วารสารบีเอ็มซี เนฟโรโลยี*, 25, 128–136.
- พรทิพย์ ชาวลักษ์สกุล. (2559). การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model). *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 43(3), 15–28.
- วิชัย, อ., ชื่นรัตนกุล, ส., และ ตันติฤทธิศักดิ์, พ. (2564). การประเมินนโยบายการเสริมสร้างระบบการดูแลโรคเรื้อรังในบริการปฐมภูมิของประเทศรายได้ปานกลางจากมุมมองของผู้ป่วย. *วารสารบีเอ็มซี เฮลท์ เซอร์วิส รีเสิร์ช*, 21, 1–12.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2565). *แนวทางการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบบูรณาการ (NCDs Integrated Care Model)*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- Boocha, K., & Ploylearmsang, C. (2023). Development and implementation of diabetes care by a community network based on a chronic care model. *Journal of Public Health and Development*, 21(2), 145–160.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748.
- International Council for Harmonisation. (2016). *ICH harmonised guideline: Integrated addendum to ICH E6 (R1): Guideline for good clinical practice E6 (R2)*. ICH.



- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University Press.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*, 74(4), 511–544.
- World Health Organization. (2023). *Noncommunicable diseases country profiles 2023*. World Health Organization.
- World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). Harper and Row.