

การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวตามแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ แบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง พื้นที่อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

ณัฐธรรณ บัญจันต์¹, ยงยุทธ แก้วเต็ม¹, กาญจนาณัฐ ทองเมืองชัยเทพ³

(วันที่รับบทความ: 20 มิถุนายน 2566; วันที่แก้ไข: 12 ตุลาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 20 ตุลาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวตามแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิทั้งในส่วน of โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของอำเภอสารภี จำนวน 61 คน รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จำนวน 212 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2562 โดยใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่มด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแต่ละด้านด้วยสถิติไคสแควร์ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์ประเด็นร่วม

ผลการศึกษาพบว่า 1) ด้านบุคลากร ภาพรวมระดับคุณภาพของกระบวนการจัดบริการ อยู่ในระดับ A คือการจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ร้อยละ 34.43 รองลงมา คือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว ร้อยละ 27.05 ระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ การทำความเข้าใจต่อหลักการจัดบริการครบห้าองค์ประกอบ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 6.71 (S.D.=1.97) และพบว่า ความพึงพอใจบริการที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และ การที่ผู้รับบริการได้รับบริการจากหมอครอบครัวคนเดิมทุกครั้งมีความสัมพันธ์กับหน่วยบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 2) ด้านการดูแลของโรคเรื้อรัง พบว่า มากที่สุด คือด้านความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.56, S.D. = 0.78)

ผลการประเมินเพื่อนำสู่การพัฒนา ได้แก่ 1) การวางแผนกลยุทธ์ที่เรียบง่าย ไม่ซับซ้อน 2) จัดสรรภาระงานให้เหมาะสมกับปริมาณคนและงาน 3) ปรับรูปแบบการทำงานให้ดีขึ้นทั้งกระบวนการคิด การทำงาน กระบวนการเครื่องมือ และการวัดผล 4) ส่งเสริมให้บุคลากรมีความมุ่งมั่น แน่วแน่ เสริมสร้างแรงจูงใจที่ดี 5) ให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 6) สร้างความรักความผูกพันของคนในองค์กร และ 7) พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: คลินิกหมอครอบครัว, การบริการแบบบูรณาการ, ประชาชนเป็นศูนย์กลาง

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

E-mail: muinuttha16@gmail.com, thun716@hotmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์, E-mail: tomtam2512@gmail.com

Corresponding author: กาญจนาณัฐ ทองเมืองชัยเทพ, E-mail: tomtam2512@gmail.com

The Implementation of Primary Care Cluster According to the Integrated Service Model Based on People-Centered: Saraphi District, Changmai Province

Nutthaporn Panchakhan¹, Yongyuth Kaewtem¹, Kanjananat Tongmuangtunyatep²

(Received: 20th June 2023; Revised: 12nd October 2023; Accepted: 20th October 2023)

Abstract

This mixed-method study aimed to examine the development of primary care services in a network or cluster configuration; based on an integrated service model with a people-centered approach. Participants were 61 primary care service personnel from Saraphi hospital and Tambon health promoting hospitals in Saraphi district selected by purposive sampling, along with 212 chronic patients with diabetes and hypertension. Data were collected between October and December 2019 via questionnaires and focus groups. Descriptive statistics in terms of percentage, average and standard deviation, and Pearson Chi-square were used to analyze quantitative data, while the analysis of common research topics was used to analyze qualitative data.

The results revealed that: 1) the overall quality of the service provision process was rated as at an A level, which accounted for 34.43% and 27.05% of organizing of health care data system and interacting between clients and family doctors respectively. The organizational support system received a high rating of 6.71 (S.D.= 1.97). The received service satisfaction had significant relationship with controlling of hypertension and receiving the services with the same family doctors of the clients had significant relationship with types of health care units ($p<0.05$); and 2) regarding providing chronic care service, the patients had a high level of satisfaction. ($\bar{x}=4.56$, S.D. = 0.78)

The implementation for development consisted of: 1) straightforward and uncomplicated strategic planning; 2) allocating proper workloads between personnel and tasks; 3) improving work patterns including rethinking, working processes, tools and evaluations; 4) promoting personnel to be concentrated and determined in their efforts; 5) providing patient-centered services; 6) building strong relationship and promoting engagement among all personnel; and 7) continuously enhancing competency of personnel.

Keywords: Primary care cluster, Integrated service model, People-centered

¹ Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, E-mail: muinuttha16@gmail.com, thun716@hotmail.com

² Faculty of Nursing, Mahidol University Nakhonsawan Campus, E-mail: tomtam2512@gmail.com

Corresponding author: Kanjananat Tongmuangtunyatep, E-mail: tomtam2512@gmail.com

บทนำ

ระบบสุขภาพปัจจุบันทั้งในประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลกต้องการเพิ่มสถานะสุขภาพของคนในประเทศให้ดีขึ้น (Improve health outcome) ในขณะที่ทรัพยากรมีเท่าเดิมหรือบางอย่างกลับลดลงกว่าเดิม มีหลายประเทศที่พยายามสร้างระบบใหม่ขึ้นมาเพื่อรองรับกับสถานการณ์ของสุขภาพและการให้บริการ ในปัจจุบันสภาพการณ์ต่างๆ ไม่ได้เอื้ออำนวยให้เกิดระบบที่ดีขึ้นได้ง่าย จากการที่ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โรคภัยไข้เจ็บทวีความซับซ้อนและการรักษาที่ต้องใช้ทุนสูง ความคาดหวังต่อระบบสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นมาก¹ จากบริบทสังคมที่เปลี่ยนไป นำมาสู่การปฏิรูประบบบริการสุขภาพเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยหลักการใช้ชุมชน เป็นฐาน (Community-based) การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) การดูแลที่ต่อเนื่องและผสมผสาน (Integrated and Continuity of care) รวมทั้งการทำงานเชิงรุกซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้บริการด้านหน้าในการดูแลสุขภาพและการจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชน ในปี พ.ศ.2559 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ภายใต้ต้นนโยบายคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งจะขยายให้ครอบคลุมหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วประเทศ ภายในอีก 10 ปีข้างหน้า อีกทั้งรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2560 ได้กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม² โดยกำหนดให้ใช้คลินิกหมอครอบครัวเป็นรูปแบบหลักในการขับเคลื่อนระบบ โดยมีหลักการสำคัญ คือการนำจุด

แข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีอยู่เดิมเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาและเพิ่มสมรรถนะให้กับบริการปฐมภูมิที่ใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวมุ่งเน้นให้ดูแลประชาชนเป็นศูนย์กลางให้เกิดประสิทธิผล รวมถึงบูรณาการระบบบริการในระดับต่างๆ ไปพร้อมกับสร้างระบบการบริหารจัดการให้เป็นระบบสนับสนุนและเอื้อให้เข้ากับการดูแล “คน” มากกว่าดูแลตาม “งาน” ทำให้ประชาชนรู้เท่าทัน สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพจนสามารถดูแลตนเองได้ดี ส่งผลต่อการลดภาระโรค พร้อมกับการเพิ่มสุขภาวะ และพัฒนาคุณภาพการให้บริการได้อย่างเต็มศักยภาพ³ อีกทั้งพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน การมีกองทุนตำบล และมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งจะเป็นกลไกการจัดการปัญหาสุขภาพในภาพรวมของอำเภอที่มีการตราเป็นกฎกระทรวง มหาดไทยเพื่อให้ภาคีต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลคุณภาพชีวิตประชาชน⁴ และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 โดยมีกลไกการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรม มีคุณภาพและมีมาตรฐาน และให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม⁵ โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้บริการแบบองค์รวม ตั้งแต่แรก ตรวจพบ ดูแลรักษาต่อเนื่องอย่างผสมผสาน รวมถึงการประสานความร่วมมือ และส่งต่อสถานบริการระดับที่มีศักยภาพสูง

จังหวัดเชียงใหม่ ในพื้นที่อำเภอสารภี⁶ ได้ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์

สาธารณสุข และจัดบริการปฐมภูมิให้กับประชาชน โดยทีมหมอครอบครัว 3 ทีม และมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine, FM) ประจำแห่งละ 1 คน รับผิดชอบประชากร 13 ตำบล 106 หมู่บ้าน 30,626 หลังคาเรือน ประชากร 81,182 คน โรงพยาบาล (รพ.) 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพสต.) 12 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) 1 แห่ง ให้บริการหลัก 9 ประเด็น ได้แก่ อนามัยแม่และเด็ก, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, โรคติดต่อ, ผู้สูงอายุ, ผู้พิการและการฟื้นฟูผู้พิการและการฟื้นฟู, งานผู้ป่วยนอก, งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, งานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม และงานคุ้มครองผู้บริโภคและภัยสุขภาพ โดยเป้าหมายการขับเคลื่อนงานปฐมภูมิ คือ Specialty/Professional Primary Care System (2P2I) ประกอบด้วย Provider satisfaction, Per capita cost, Improve population health, Improve patient care โดยมีการดำเนินงานในลักษณะของสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลและทีมบุคลากรจาก รพ.สต. ให้บริการทางด้านการรักษาพยาบาลในช่วงเช้า ส่วนช่วงบ่ายก็จะลงไปในพื้นที่เพื่อไปดำเนินงานด้านส่งเสริมป้องกันโรคในทุกๆเรื่อง ทั้งที่เป็นงานปกติตามกลุ่มวัย งานเชิงนโยบาย รวมทั้งงานด้านสิ่งแวดล้อมร่วมกับประชาชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ท้องถิ่น/มหาดไทย และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง แต่ปัญหาของการจัดการที่พบ คือ การสรรหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำ Primary Care Cluster (PCC) และการรวมเอาประชากรในพื้นที่ที่ใกล้เคียงให้ครบ 30,000 คน เพื่อ

จัดตั้งเป็น PCC ได้ อีกทั้งระเบียบของการใช้เงินไม่เอื้ออำนวยในการที่จะพัฒนาด้านอาคารสถานที่ วัสดุ-ครุภัณฑ์ รวมทั้งการพัฒนาบุคลากร ผลการดำเนินงานที่เป็นปัญหาในพื้นที่คือโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง วัณโรคปอด ไข้เลือดออก การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการฝากครรภ์คุณภาพ โดยมองว่าการมี PCC ช่วยให้งานด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคดีขึ้น ส่วนกำลังคนที่ยังจะไม่เพียงพอของ รพ.สต. คือ พยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข ด้านการดำเนินงานโรคเรื้อรังของอำเภอสารภี มีผู้จัดการดูแล (Care manager) และผู้ให้การดูแล (Caregiver) ครอบคลุมพื้นที่ มีการดำเนินงานตามกลุ่มวัยและการคัดกรองต่างๆโดยมีการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน การดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนก็มีความลำบากซึ่งต้องมีการปรับเปลี่ยนเวลาในการลงไปปฏิบัติงานตามเวลาของประชาชน นอกจากนี้ยังมีระบบการส่งต่อและการให้คำปรึกษา (Consult) ทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ เช่น การใช้ไลน์หรือโทรศัพท์ เป็นต้น และมีกรรมการในแต่ละงานทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับ รพ.สต. ซึ่งจะมีการประชุมกันอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีการประสานกับ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในเรื่องของ การรับส่งผู้ป่วย ส่วนการสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์ในการดำเนินงานบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP) ของอำเภอสารภีนั้นโรงพยาบาลจะทำหน้าที่ในการจัดหาและกระจายให้กับลูกข่ายคือ รพ.สต. รวมถึง รพ.สต. ที่เป็น PCC ทุกแห่ง และมีการใช้โปรแกรม CMBIS และ JHCIS รวมถึง HDC ในการติดตามผลการปฏิบัติงาน

จากข้อมูลสถานะสุขภาพ ปี 2562^{7,8} พบประชาชนส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 11,879 และ 21,654 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานร้อยละ 1.52 กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 50.4 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 17.69 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 9.18 ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ร้อยละ 83.34 นับว่าเป็นภาระโรคสำคัญและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น จึงใช้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มโรคที่เป็นตัวแทนสะท้อนคุณภาพการพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยให้หน่วยบริการนำร่องปรับรูปแบบการจัดบริการ ตามองค์ประกอบได้แก่ การขึ้นทะเบียนกลุ่มเป้าหมายตามความเสี่ยง โดยเน้นกลุ่มเสี่ยง (pre DM/ pre HT) และกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled) ให้มีชื่อแพทย์และทีมสุขภาพประจำครอบครัวโดยให้กลุ่มเป้าหมาย และครอบครัวได้มีส่วนร่วม การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง การสังเคราะห์และคืนข้อมูลที่เป็นจำเป็นในการดูแลตนเอง การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และนวัตกรรมในการสนับสนุนให้เกิดการจัดการตนเอง (Self-management) รายบุคคล/ครอบครัว และการพัฒนาผู้จัดการการดูแลและระบบการจัดการเพื่อให้เกิดการดูแลร่วมกัน

(Care coordinator) รวมถึงการทำงานเชื่อมโยงกับเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอและระดับตำบล อีกทั้งการจัดระบบสนับสนุนเพื่อให้เกิดการจัดบริการเชื่อมโยงประสานระหว่างเครือข่ายบริการปฐมภูมิหรือคลินิกหมอครอบครัว⁹ กับโรงพยาบาล ชุมชนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในการจัดการปัญหาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาการบริการปฐมภูมิให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ (Integrated care)^{10,11} และบริการสุขภาพโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care)¹² เพื่อเห็นผลลัพธ์เชิงคลินิกและผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม รวมไปถึงช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวตามแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวตามแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางพื้นที่อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้มีขอบเขตการวิจัย 4 ด้าน 1) ด้านเนื้อหา มุ่งศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิหรือคลินิกหมอครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบและกระบวนการจัดบริการแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามรูปแบบ

บริการบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง
2) ด้านกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านระบบบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอสารภีจำนวน 61 คน และผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันจำนวน 212 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอสารภี และโรงพยาบาลสารภี และ 4) ด้านระยะเวลา ตั้งแต่เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2562

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาแบบผสม (Mixed-method design) ประกอบด้วย การศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. บุคลากร

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายปฐมภูมิ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ที่รับผิดชอบ PCC/ สสอ. ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล 10 คน ทีมบุคลากรของ รพ.สต./สสอ. 51 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 61 คน

2. กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบโรคเดียว คือ โรคเบาหวาน หรือ โรคความดันโลหิตสูง และแบบโรคร่วมกัน 2 โรค คือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภูมิลำเนาและขึ้นทะเบียนรับบริการเป็นประจำกับศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลสารภี โรงพยาบาลสารภี และ PCC หนองยางดอนแฝก จำนวน 212 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ คือ

1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลสารภี หรือ PCC หนองยางดอนแฝก

2) สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้

3) มีความเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัย

4) มีภูมิลำเนาอยู่ตำบลสารภี ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. กลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านปฐมภูมิใช้แบบสอบถามประเมินการจัดระบบ และกระบวนการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในการสนทนากลุ่ม ดังนี้

1.1) แบบสอบถามประเมินการจัดระบบ และกระบวนการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาปฏิบัติงานในทีม และบทบาทที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการ

ตอนที่ 2 ประเมินกระบวนการ เป็นแบบสอบถามระดับการปฏิบัติ ได้แก่

1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว จำนวน 2 ข้อ

2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม จำนวน 3 ข้อ

3) การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย จำนวน 2 ข้อ

4) ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 2 ข้อ

5) ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน จำนวน 2 ข้อ

ตอนที่ 3 ประเมินระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ โดยใช้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นกรณีตัวอย่าง จำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางพัฒนา

1.2) แบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง ในการสนทนากลุ่ม ซึ่งเป็นแนวคำถามหลักที่มาจากเครื่องมือกลางของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นแนวคำถามให้แสดงความคิดเห็นในการปรับปรุงงาน จำนวน 8 ข้อ ได้แก่

1) การจัดสรรภาระงาน 2) วิธีการทำงาน 3) แรงจูงใจ 4) สารสนเทศ 5) เครื่องมือ อุปกรณ์ 6) สถานที่ 7) บรรยากาศการทำงาน (ความอิสระในการตัดสินใจ ความร่วมมือร่วมใจ) และ 8) การพัฒนาความรู้ทักษะ โดยได้รับการอนุญาตให้บันทึกเสียงแล้วนำไปถอดคำต่อคำ โดยเปลี่ยนชื่อและสถานที่เป็นรหัสแทน

2. กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยทีมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ใช้วิธีการสอบถามตามแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงภายใต้แนวคิดการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง จำนวน 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 13 ข้อ ได้แก่ ชื่อหน่วยบริการที่ผู้ป่วยรับบริการ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคเรื้อรัง ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลารับบริการครั้งล่าสุด ผลการดูแลรักษา ผลการตรวจระดับน้ำตาล

ในเลือด ผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสม ค่าความดันโลหิตที่วัดครั้งล่าสุด สิทธิหลักประกันสุขภาพ

ตอนที่ 2 ปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ เป็นการสำรวจการรับรู้และความคาดหวังของประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่อคลินิกหมอครอบครัว และประเมินการจัดบริการเครือข่ายบริการปฐมภูมิหรือคลินิกหมอครอบครัวรูปแบบบริการบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการดูแลของโรคเรื้อรัง เพื่อประเมินการได้รับความช่วยเหลือจากทีมดูแลสุขภาพ จำนวน 21 ข้อ ลักษณะของเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ของ Likert's Rating scale¹⁴ โดยข้อคำถามเป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด จากคะแนนเต็ม 5 หมายถึง การปฏิบัติที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงในระดับมากที่สุด ถึงคะแนน 1 หมายถึงการปฏิบัติที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงในระดับน้อยที่สุด การแปลผลโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์¹³

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) โดยแบบสอบถามที่ใช้เป็นแบบสอบถามกลางของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว จึงไม่ได้มีการหาค่าความเที่ยงต่อ แต่การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทำการทดลองกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้แต่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของทั้งฉบับ เท่ากับ 0.89

2) ผู้วิจัยได้จัดการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ การยินยอมตอบแบบสอบถาม และรายละเอียดข้อ คำถามของแบบสอบถามแก่บุคลากรและผู้ป่วยโรค เรื้อรังในการตอบแบบสอบถาม

3) ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามฯ ใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที และผู้วิจัยรวบรวม แบบสอบถามเพื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยตนเอง

4) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนา กลุ่ม ผู้วิจัยได้จัดการสนทนากลุ่ม จำนวน 1 ครั้ง โดย แยกเป็นกลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรังในหน่วยงานปฐมภูมิ และกลุ่มบุคลากรที่ดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลและในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้างจำนวน 8 ข้อ และให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็น มีผู้จด บันทึก (Note-taker) จำนวน 2 คน และขออนุญาต บันทึกการสนทนาใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1.30-2.00 ชม. เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความ สำคัญแล้วตรวจสอบความถูกต้อง เพื่อนำมาวิเคราะห์ ข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลัง ผ่านการพิจารณาโครงการวิจัยจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) สํารวจรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และผู้ป่วยที่มี 2 โรคร่วมกันทั้งโรค ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ที่มารับการ ตรวจรักษากับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ เป็นพื้นที่ที่ศึกษาและเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติ ที่กำหนดไว้

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับการดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรังในแต่ละด้าน ด้วยสถิติไคสแควร์

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลที่ได้จาก การสนทนากลุ่มในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการ ดำเนินงานในแต่ละด้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ วิเคราะห์ประเด็นร่วม (Thematic analysis)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติ ให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ ของคณะแพทยศาสตร์ หรือ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนชุด กลาง มหาวิทยาลัยมหิดล (หมายเลข COA. MURA2019/1018) เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ.2562 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการ วิจัยขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และแจ้งสิทธิของกลุ่ม ตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอ ในภาพรวม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และผลการประเมิน กระบวนการจัดบริการและการดูแลทั้งด้านบุคลากร และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1.1 ด้านบุคลากร การประเมินการจัดระบบ และกระบวนการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่ม บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน

สุขภาพระดับปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.33 อายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 80.33 การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70.49 ตำแหน่งในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 49.18 ระยะเวลาปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัวมากกว่า 3 ปี ร้อยละ 45.9 บทบาทที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง คือ ผู้ให้บริการ/ร่วมให้บริการ ร้อยละ 50.82

จากการวิเคราะห์ภาพรวมของคะแนนระดับคุณภาพของกระบวนการจัดบริการทั้ง 5 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการให้คะแนนระดับคุณภาพใน

ตารางที่ 1 จำนวน (n) และร้อยละ (%) ระดับคุณภาพ การประเมินกระบวนการจัดบริการแต่ละด้าน

ประเมินกระบวนการจัดบริการ	จำนวน (n) และร้อยละ (%) ระดับคุณภาพ								คะแนน	
	D	(%)	C	(%)	B	(%)	A	(%)	Mean	S.D.
1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว	8	6.56	32	26.23	49	40.16	33	27.05	5.49	2.04
2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม (Share Care Plan)	36	19.67	64	34.97	58	31.69	25	13.66	4.36	2.37
3) การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย (Health Information System)	2	1.64	43	35.25	35	28.69	42	34.43	5.93	2.31
4) ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD (Self-Management Supports)	3	2.46	53	43.44	57	46.72	9	7.38	4.98	1.91
5) ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน (Continuity of Care and Coordination)	7	5.74	37	30.33	58	47.54	20	16.39	5.34	2.12
รวม	56	8.35	229	34.13	257	38.30	129	19.23		

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระหว่าง PCC และโรงพยาบาลสารภีพบว่า การที่ผู้รับบริการได้รับการดูแลจากหมอครอบครัวคนเดิมทุกครั้ง มีความสัมพันธ์

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระหว่าง PCC และโรงพยาบาลสารภี

กับหน่วยบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.016$) และด้านผลการรักษา มีความสัมพันธ์กับหน่วยบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.029$) (ดังตารางที่ 2)

การดูแลโรคเรื้อรัง	PCC	โรงพยาบาลสารภี	p-value
ทราบชื่อหมอครอบครัว	17.5	17.4	0.568
ได้รับการและการดูแลจากแพทย์ครอบครัวคนเดิมทุกครั้ง	28.2	43.1	0.016*
ได้รับการและการดูแลจากหมอครอบครัวคนเดิมทุกครั้ง	27.2	36.7	0.091
ด้านปัจจัยสุขภาพ ส่วนใหญ่/แทบทุกครั้ง	58.3	57.8	0.529
ด้านแผนการรักษา ส่วนใหญ่/แทบทุกครั้ง	49.5	41.3	0.143
ด้านเป้าหมายการรักษา ส่วนใหญ่/แทบทุกครั้ง	59.2	49.5	0.101
ด้านการปฏิบัติตนเอง ส่วนใหญ่/แทบทุกครั้ง	15.5	11.0	0.221
ด้านผลของการรักษา ส่วนใหญ่/แทบทุกครั้ง	27.2	15.6	0.029*
ด้านความพอใจบริการ ส่วนใหญ่/แทบทุกครั้ง	89.3	87.2	0.392

*p-value <.005

1.2 ด้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทีมผู้วิจัยใช้แบบสอบถามตามแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภายใต้แนวคิดการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ป่วยในเขตคลินิกหมอครอบครัวในโครงการวิจัย (PCC หนองยางดอนแฝก) จำนวน 103 ราย และเขตคลินิกหมอครอบครัวนอกโครงการวิจัย (ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสารภี) จำนวน 109 คน รวม 212 คน โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เพศหญิง ร้อยละ 64.15 อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 77.36 การศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 78.30 ไม่มีอาชีพที่

ก่อให้เกิดรายได้หลัก ร้อยละ 50.47 ส่วนข้อมูลสถานะสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 51.42 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 65.55 รับบริการด้านสุขภาพครั้งล่าสุดใน 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 100 สามารถควบคุมโรคได้ร้อยละ 75.47 โดยส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง (120-139 และ/หรือ 80-89) ร้อยละ 55.66 กรณีผู้ป่วยเบาหวาน มีระดับ FBS ล่าสุด มากกว่า 126 mg/dl ร้อยละ 64.78 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 81.13

การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ ไม่ทราบเรื่องหมอครอบครัว

ร้อยละ 73.11 ไม่ทราบชื่อแพทย์ประจำครอบครัว ร้อยละ 88.21 และไม่ทราบชื่อเจ้าหน้าที่ผู้เป็นหมอครอบครัว ร้อยละ 82.55 โดยส่วนใหญ่ไม่มีช่องทางติดต่อกับหมอครอบครัว ร้อยละ 86.32 สำหรับผู้ที่เคยติดต่อส่วนใหญ่จะเป็นการนัดพบตามแพทย์/รพ.สต.แจ้งนัดไว้ เมื่อไปรับบริการ ณ สถานบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่จะไม่ได้รับการบริการและการดูแลจากหมอครอบครัวคนเดิม ร้อยละ 67.92 และเมื่อเข้ารับบริการไม่ได้รับการรักษาจากแพทย์คนเดิม ร้อยละ 64.15 เช่นเดียวกัน เมื่อสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพหรือต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพ

จากบุคคลใดที่ขอความช่วยเหลือเป็นอันดับแรกๆ ส่วนใหญ่ พบว่า ต้องการให้บุตรหลาน/ญาติพี่น้อง/คนในครอบครัว ร้อยละ 50.94

การดูแลของโรคเรื้อรัง 6 ด้าน พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ได้รับการดูแลมากที่สุด คือ ด้านความ พึงพอใจ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.56 S.D.=0.78) รองลงมา คือ ด้านปัจจัยสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.95, S.D. =0.80) สำหรับการดูแลน้อยที่สุด คือด้านผลของการรักษา อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.03, S.D. =0.95) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านการดูแลของโรคเรื้อรัง 6 ด้าน

รายละเอียด	จำนวน (ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย	S.D.	เกณฑ์
	1) แทบจะไม่เคย	2) โดยทั่วไปไม่	3) บางครั้ง	4) ส่วนใหญ่	5) แทบจะทุกครั้ง			
1. ปัจจัยสุขภาพ	4(1.9)	12(5.6)	73(34.4)	83(39.2)	40(18.9)	3.95	0.80	มาก
2. แผนการรักษา	20(9.4)	40(18.9)	56(26.4)	61(28.8)	35(16.5)	3.40	1.18	ปานกลาง
3. เป้าหมายการรักษา	8(3.8)	32(15.2)	57(26.8)	84(39.6)	31(14.6)	3.73	0.97	มาก
4. การปฏิบัติตน	16(7.5)	72(33.9)	96(45.3)	22(10.5)	6(2.8)	3.04	0.80	ปานกลาง
5. ผลของการรักษา	24(11.3)	64(30.2)	79(37.2)	40(18.9)	5(2.4)	3.03	0.95	ปานกลาง
6. ความพึงพอใจ	2(0.9)	2(0.9)	21(9.9)	36(17)	151(71.2)	4.56	0.78	มาก

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการโดยใช้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นกรณีตัวอย่าง

อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่มีระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการสำหรับ

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หลากหลายตามขนาดของสถานบริการ จากการศึกษา สถานบริการโรงพยาบาลชุมชน พบว่า การทำความเข้าใจต่อหลักการจัดบริการครบห่วงโซ่ประกอบ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 6.71 (S.D.=1.97) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการโดยใช้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นกรณีตัวอย่างรายหน่วยบริการ

ระบบสนับสนุนขององค์กร	Mean (S.D.)			
	กลุ่ม PCC ใน โครงการวิจัยฯ	กลุ่ม PCC นอก โครงการวิจัยฯ	รพ.ชุมชน	รพ.สต. ทั่วไป
1. ทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ ของรพ.ชุมชน ในการดูแลผู้ป่วย NCD	6.40(2.11)	5.38(2.06)	6.50(1.87)	4.21(2.28)
2. มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ อย่างต่อเนื่อง	6.50(1.84)	5.00(2.16)	6.64(1.78)	4.33(1.88)
3. การทำความเข้าใจต่อหลักการ จัดบริการครบห้วงองค์ประกอบ	5.50(2.75)	4.92(1.75)	6.71(1.97)	4.21(2.55)
4. ความเชื่อมั่นของทีมต่อการมีอิสระที่ จะจัดสรรเวลาทำงานให้ผู้ป่วยตามที่ดิน เห็นว่าจำเป็น	5.90(2.51)	5.46(1.85)	6.57(1.65)	5.08(2.08)
คะแนนรวมระบบสนับสนุนขององค์กร 4 ด้าน	6.07(2.19)	5.19(1.75)	6.60(1.67)	4.45(1.90)

ส่วนที่ 3 ผลการดำเนินงานจากการสนทนากลุ่ม

จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประเมินตนเอง
ในภาพของแต่ละหน่วยบริการ เพื่อประเมินตาม
กรอบแนวคิดเรื่อง การจัดระบบบริการสุขภาพปฐม
ภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง
ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในเครือข่ายบริการ
สุขภาพอำเภอสารภี เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ.
2562 ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสารภี จังหวัด

เชียงใหม่ ซึ่งมีประเด็นคำถาม 8 ประเด็น ได้แก่

1) การจัดสรรภาระงาน 2) วิธีการทำงาน 3)
แรงจูงใจ 4) สารสนเทศ 5) เครื่องมือ อุปกรณ์ 6)
สถานที่ 7) บรรยากาศการทำงาน (ความอิสระใน
การตัดสินใจ ความร่วมมือร่วมใจ) และ 8) การ
พัฒนาความรู้ทักษะ เมื่อนำมาวิเคราะห์แล้วสามารถ
จัดประเด็นร่วม (thematic analysis) ที่เกี่ยวข้องได้
(ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม จากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบเครือข่ายปฐมภูมิ

ประเด็นร่วมของการดำเนินงาน	ตัวอย่างความคิดเห็น
1. การวางแผนกลยุทธ์ที่เรียบง่าย ไม่ซับซ้อน ตรงประเด็น มีความต่อเนื่อง S: Simplify Strategic Management ที่มา: จากประเด็นคำถามเรื่องวิธีการทำงาน	“หลักๆ เลยในการทำงานชุมชนต้องเข้าถึงง่าย ไม่ต้องซับซ้อน ทำงานแล้วเน้นที่ผลของการทำงาน ตัดทอนขั้นตอนบางอย่างที่ไม่จำเป็นออกบ้าง” “วิธีการทำงานควรมีการประชุมทีมทำงานในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และควรถอดบทเรียนร่วมกันทุกเดือน” “ควรเน้นการทำงานแบบสหวิชาชีพโดยมีผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม” “ใช้ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบเน้นผลลัพธ์ที่ประเมินได้ ดูเป็นรายบุคคล แต่ละบุคคลมีความต้องการ ความเชื่อ ทัศนคติที่ต่างกัน” “วิธีการทำงานควรมีการเตรียมการไว้ล่วงหน้า เช่น ยา pre-pack เพื่อเพิ่มความรวดเร็วให้แก่ผู้ป่วย และยังเป็นการ double check ก่อนให้ยาผู้ป่วยกลับบ้าน ลด medication error มีการให้บริการแบบ one stop service ลดขั้นตอนที่ยุ่งยากออกไป”
2. จัดสรรภาระงานให้เหมาะสมกับปริมาณคนและงาน A: Appropriate Workload ที่มา: จากประเด็นคำถามเรื่องการจัดสรรภาระงาน	“ควรเพิ่มจำนวนคนและเพิ่มทีมในการทำงาน” “การจัดสรรภาระงานควรมีความชัดเจนเพื่อความเสมอภาค” “ปัญหาการจัดสรรภาระงาน มีแน่นอน เพราะงานที่ล้นมือ ในขณะที่ผู้ป่วยเพิ่มจำนวนมากขึ้น และบุคลากรก็มีจำนวนไม่พอ” “อัตรากำลังคน ควรมีอัตรากำลังเพิ่มอย่างน้อย 3 คน ที่รับผิดชอบ 1 ตำบล ต่อประชากร 6,000 ขึ้นไป เป็นไปได้ควรมีอัตรากำลังคนเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 5-7 คน” “การจัดสรรภาระงานไม่เหมาะสม มีคนขาดอยู่ 1 ถึง 2 คน ยังขาดการดูแล care management ในเรื่องต่าง ๆ เช่น DM Foot รวมถึงการมีตัวชี้วัดต่าง ที่เพิ่มขึ้น ทำให้การตรวจเท้าที่ครบถ้วนนั้นลดลง แต่ก็ต้องทำเพื่อคุณภาพ” “การจัดสรรภาระงาน ปัจจุบันขาดบุคลากร ภาระงานมากทำให้มีเวลาน้อยในการลงปฏิบัติงาน”
3. ปรับรูปแบบการทำงานให้ดีขึ้นทั้งกระบวนการคิด การทำงาน กระบวนการ เครื่องมือ การวัดผล R: Re-Engineering (Re-Think) (Re-Process) (Re-Tools) (Re- Measurement) ที่มา: จากประเด็นคำถามเรื่องสารสนเทศ เครื่องมือ อุปกรณ์สถานที่ วิธีการทำงาน	“ควรปรับการวัดผลการทำงาน ไม่ควรวัดตัวชี้วัดหรือ KPI เชิงปริมาณที่มากมาย ควรวัดที่เชิงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย” “ควรมีการเปลี่ยนตัวชี้วัดเป็นการวัดที่กระบวนการทำงานที่เกิดขึ้นมากกว่าเน้นการวัดที่ผลลัพธ์ของการทำงานซึ่งอาจจะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณมากเกินไป เน้นวัดกระบวนการทำงานในเชิงคุณภาพการดูแลตามบริบทของพื้นที่นั้น ๆ และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเป็นหลัก” “ระบบข้อมูลสารสนเทศยังไม่ดีพอ ตัวอย่างเช่น การลงเยี่ยมบ้าน เมื่อเสร็จภารกิจการเยี่ยมจะต้องกลับมาบันทึกในสมุดบันทึกเยี่ยมบ้านตามแบบฟอร์ม ควรจะมีระบบในการบันทึกข้อมูลการพยาบาลแบบปัจจุบัน หรือ real time ที่เอื้อต่อการทำงาน รวมถึงมีระบบ Paperless การมีระบบออนไลน์ การมีระบบคอมพิวเตอร์ที่ทันสมัย เวอร์ชันสูงๆ ออฟเดท รวมถึงเวลาออกไปลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน น่าจะมีระบบการติดต่อสื่อสารที่ดีด้วย”

ประเด็นร่วมของการดำเนินงาน	ตัวอย่างความคิดเห็น
	“ระบบสารสนเทศที่ไม่เชื่อมโยงระหว่าง รพช. กับ PCC ต้องอาศัยการส่งข้อมูลผ่านกระดาษอยู่ และบางครั้งการที่ผู้ป่วยมาใช้บริการอีกที่หนึ่งโดยไม่ได้มีข้อมูลนำส่งใด ๆ ติดตัวมากับผู้ป่วยด้วย”
	“อยากให้มียระบบ IT ที่ช่วยให้เกิดความรวดเร็ว และติดตามผลการส่งต่อได้ง่าย”
4. ส่งเสริมให้บุคลากรมีความมุ่งมั่น แน่วแน่ เสริมสร้างแรงจูงใจที่ดี A: Assertiveness ที่มา: จากประเด็นคำถามเรื่องแรงจูงใจ	“เจ้าหน้าที่ย้ายและลาออกเปลี่ยนมาหลายชุดแล้ว ตอนนี้อย่างงานก็รู้สึก burn out และปรับเปลี่ยน mind set กันหลายรอบ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่หลักที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันมา 7-10 ปี ย้ายงาน หากไม่ทำอะไรอาจจะ.....” “การสร้างแรงจูงใจในการทำงานโดยสนับสนุนให้บุคลากรทุกคนในหน่วยงานร่วมปฏิบัติร่วมมือร่วมใจในการดำเนินงาน NCD แบบช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ไม่ทิ้งภาระให้ผู้รับผิดชอบงานหลักแต่ฝ่ายเดียว” “การทำงานควรมีการสร้างแรงจูงใจ สร้างบรรยากาศในการทำงานร่วมกัน เพื่อการพัฒนา”
5. ให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง P: Patient-Centered Care ที่มา: จากประเด็นคำถามเรื่องการพัฒนาความรู้ทักษะต่อผู้รับบริการ	“เน้นความต้องการผู้ป่วยที่อยู่บนความเป็นไปได้ ไม่ใช่ความต้องการของทีมหรือเจ้าหน้าที่” “เน้นผู้ป่วยให้วางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อความต่อเนื่องและประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอง” “เน้นผลลัพธ์และการกำหนดเป้าหมายการวางแผน การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยให้เป็นผู้ร่วมกำหนดเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง”
6. สร้างความรักความผูกพันของคนในองค์กร E: Employee Engagement ที่มา: จากประเด็นคำถามเรื่องบรรยากาศการทำงาน (ความอิสระ ความร่วมมือร่วมใจ)	“บรรยากาศการทำงานเป็นแบบพี่น้องช่วยเหลือเกื้อกูลกันดี การประสานงานการลงชุมชนมีปัญหาในการนัดผู้ป่วยไม่ครบ การประสานงานกับทีมผู้ป่วยยังมีปัญหา อยากให้มีการเสริมสร้างการทำงานร่วมกันระหว่าง รพ. กับ พื้นที่มากขึ้น เพราะบางครั้งการเอาเครื่องมือลงไปในพื้นที่ไม่คุ้มค่า และไม่ได้ตามเป้าหมาย” “ควรเสริมสร้างบรรยากาศการทำงาน ความอิสระในการตัดสินใจ ความร่วมมือร่วมใจในการทำงาน” “ความผูกพันในองค์กรเป็นสิ่งสำคัญ จริงๆ มันมีอยู่แล้วในตัวคนทุกคน เพียงแต่ภาระงานที่มันหนักอึ้ง อาจทำให้เราลืมนึกกันไป แต่ทุกวันที่เราทุกคนก็ทำงานร่วมแรงร่วมใจกันอยู่แล้ว และลึกๆ เราทุกคนก็อยากจะเฟื่องค์กร อยากให้องค์กรน่าอยู่ เพราะเราก็จะมีความสุขไปด้วย”
7. พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง E: Employee Competency Development (Knowledge & skill)	“การพัฒนาความรู้ทักษะ ควรเน้นที่การปรับใช้เทคโนโลยีสารสนเทศใหม่ให้เป็นปัจจุบัน ส่งเสริมการสืบค้น Best Practice จาก guideline ที่เป็นปัจจุบัน” “ความรู้ทักษะควรเน้นในเรื่องการดูแลเฉพาะทางให้มากขึ้น เช่น การดูแลผู้ป่วย NCD ที่มี Complication” “ทักษะและความรู้ควรจะมีการแนะนำเรื่อง CPG ใหม่ และสอนทักษะที่อัปเดตทันสมัยอยู่เสมอ โดยเฉพาะทักษะการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ หรือ MI จะดีมาก”

ประเด็นร่วมของการดำเนินงาน	ตัวอย่างความคิดเห็น
ที่มา: จากประเด็นคำถามเรื่องการพัฒนาความรู้ทักษะ	“อยากให้เน้นเทคนิค MI และการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพในการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน” “การวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง ดูเป็นรายบุคคลแบบครอบคลุมทุกด้าน มีการประสานสหวิชาชีพและเครือข่าย ในการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการพัฒนาบุคลากร CG และหมอบรรลุให้มีความรู้ในการปฏิบัติงาน พัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง เพื่อตอบโจทย์ความต้องการของการดูแลสุขภาพ ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งมีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพอย่างชัดเจน”

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ผลการประเมินกระบวนการรวมทั้งระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ นั้น อยู่ในระดับ B คือ มีการดำเนินการและจัดการอย่างเป็นระบบ มีการทำงานเป็นทีมและมีการบริการที่เชื่อมประสานที่ดีและมีระบบการสนับสนุนที่ดี แต่อย่างไรก็ดีเมื่อพิจารณาจำแนกตามลักษณะหน่วยบริการของอำเภอสารภีพบว่า คลินิก NCD ของโรงพยาบาลสารภีมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าหน่วยบริการอื่นๆทั้งหมดทั้งในเรื่องของกระบวนการจัดบริการรวมทั้งระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการในประเด็น ขณะที่ PCC ของอำเภอสารภี พบว่า PCC ในโครงการนำร่องมีค่าเฉลี่ยสูงกว่า PCC นอกโครงการทั้งหมดทั้งในเรื่องของกระบวนการจัดบริการรวมทั้งระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการในเกือบทุกประเด็น ส่วน รพ.สต.ทั่วไปในอำเภอสารภี พบว่า มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าหน่วยบริการอื่นๆทุกด้านในการเปรียบเทียบกระบวนการรวมทั้งระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระดับอำเภอ นั้น ดังผลสัมภาษณ์ที่พบว่า “การจัดสรรภาระงานปัจจุบันขาดบุคลากร ภาระงานมากทำให้มีเวลาน้อยในการลงปฏิบัติงาน” และ “ระบบสารสนเทศที่ไม่เชื่อมโยงระหว่าง รพช. กับ PCC ต้องอาศัยการส่งข้อมูลผ่านกระดาษอยู่ และบางครั้งการที่ผู้ป่วยมาใช้บริการอีกที่หนึ่งโดยไม่ได้มีข้อมูลนำส่งใด ๆ ติดตัวมากับผู้ป่วยด้วย” ซึ่งเป็นประเด็นระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการปฐมภูมิที่สำคัญ

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่ากระบวนการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอำเภอสารภีนั้นอยู่ในระดับที่ดีทั้งนี้เพราะว่าเป็นอำเภอที่มีการขับเคลื่อนการทำงานและพัฒนางานด้านปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นอำเภอต้นแบบในด้านปฐมภูมิและเป็นอำเภอต้นแบบในระดับประเทศในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อีกทั้งมีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และให้การสนับสนุนในการดำเนินงานและพัฒนางานปฐมภูมิเป็นอย่างดีและมีการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม นอกจากนี้แล้วยังมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการดำเนินงาน

ในชุมชนและมีการทำงานเป็นทีมในลักษณะของสหสาขาวิชาชีพ มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ดังผลสัมภาษณ์ที่พบว่า “หลัก ๆ เลยในการทำงานชุมชนต้องเข้าถึงง่าย ไม่ต้องซับซ้อน ทำงานแล้วเน้นที่ผลของการทำงาน ตัดทอนขั้นตอนบางอย่างที่ไม่จำเป็นออกบ้าง” และ “วิธีการทำงานควรมีการประชุมทีมทำงานในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และควรถอดบทเรียนร่วมกันทุกเดือน” รวมถึง “ควรเน้นการทำงานแบบสหวิชาชีพโดยมีผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม” และอำเภอสารภียังเป็นแหล่งจัดการศึกษาและฝึกอบรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวอีกด้วย ซึ่งการดำเนินงานของการควบคุมป้องกันโรคโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอำเภอสารภีนั้น ได้มีการดำเนินงานมาอย่างเข้มข้นในระดับหนึ่งอยู่แล้ว ซึ่งสอดคล้องกับสรุปผลการศึกษาของชัยวุฒิ จันดีกระยอมและกาญจนา จันทะนุย์¹⁵ ที่สรุปว่าการพัฒนาระบบบริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการมากขึ้น อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา สาดตระกูลวัฒนา¹⁶ ที่สรุปว่าการพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง (DM & HT) ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบไปด้วยทิศทางนโยบาย เป้าหมาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการบริการ การมีส่วนร่วมของชุมชน การสนับสนุนการตัดสินใจ (ผู้ให้บริการมีความมั่นใจในการให้บริการและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง) รวมทั้งการสนับสนุนการดูแลตนเองของครอบครัว ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สามารถลดความแออัดของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลและลดความรุนแรงของโรค รวมทั้งทำให้คุณภาพการดูแลรักษามีคุณภาพดียิ่งขึ้น

การดำเนินงานตามแนวนโยบายคลินิกหมอครอบครัว (PCC) รวมทั้งแนวคิดของการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางนั้นเป็นแนวคิดที่ใหม่และยังเป็นช่วงเริ่มต้นของการนำไปปฏิบัติ ดังนั้นทำให้ยังไม่เห็นความแตกต่างกันมากนักในระบบของการจัดบริการและการให้การสนับสนุน รวมทั้งผลสัมฤทธิ์ของงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็น PCC และ หน่วยอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ นิสมันต์¹⁷ ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care Units) ของอำเภอ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม FBS และ HbA1C ได้นั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับหน่วยบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้แล้วการดำเนินงานการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ นั้นยังมีข้อติดขัดอยู่บ้างทั้งทางด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัว การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วมที่ยังไม่ครอบคลุมมากนัก รวมทั้งยังขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ (เช่น เครื่องวัดความดันและเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด) ในการสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD เป็นต้น ซึ่งต้องได้รับการพัฒนาและสนับสนุนต่อไป อีกทั้งบริบทของพื้นที่ที่แตกต่างกันในการนำแนวคิดนี้ไปใช้อาจมีผลกระทบได้เช่นเดียวกัน ซึ่ง Ekman,

I., et al.¹⁸ ได้กล่าวว่าการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยนำแนวคิดของการเอาประชาชนเป็นศูนย์กลางนั้นได้แสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องกลมกลืนกันอย่างยิ่งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยในการวางแผนการรักษา การทำให้ผลลัพธ์ของการรักษาดีขึ้น รวมทั้งการทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น แต่อย่างไรก็ดีการนำแนวคิดนี้ไปสู่การปฏิบัติจริงนั้นยังมีหลายสิ่งที่ท้าทายรออยู่ ขณะที่ Miles A, และ Sbridge JE¹⁹ ได้กล่าวว่าแนวคิดนี้ได้ถูกนำไปปฏิบัติในระบบสุขภาพสมัยใหม่ในปัจจุบันต้องนำเข้าไปร่วมกับยุทธศาสตร์ของชาติและให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนด้วย ซึ่งการขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนากระบวนการบริการสาธารณสุขปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุขของไทยนั้น สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์²⁰ เสนอแนะว่าควรให้มีหน่วยงานผู้รับผิดชอบการพัฒนากระบวนการสาธารณสุขปฐมภูมิทั้งในระดับกระทรวง เขตบริการสุขภาพและจังหวัด มีการจัดตั้งกองทุนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในระดับอำเภอขึ้น รวมทั้งมีนโยบายและแผนการกระจายกำลังคนสำหรับระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในพื้นที่ชนบทที่เป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

1) ควรนำแนวคิดของการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางไปเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพอำเภอ (District health system) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District health board)

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเสริมแรงจูงใจในการทำงานโดยลดภาระงานหรือ KPI ของหน่วย

บริการปฐมภูมิลงเหลือเท่าที่จำเป็น และมีระบบสารสนเทศที่เอื้อต่อการทำงาน

3) การปรับเปลี่ยนวิธีคิด (Mindset) เกี่ยวกับแนวคิดของการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางแก่บุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้โอกาสและให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติของอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้ รวมทั้งที่ปรึกษางานวิจัยและผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Alberta Health service. Workforce Model Transformation Project, Workforce Model Transformation (WMT) Leading Practices, Definitions, and References, September; 2012.
2. Mekton S. Performance guideline of primary care cluster for primary care unit. Nonthaburi: Bureau of Health Administration, Office of

- Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2016.
3. Berwick D, et al. The triple aim: health, care, and cost, health affairs 27, no.3:759-769 [Internet]. doi: 10.1377/hlthaff.27.3.759; 2008 Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/27/3/759>
 4. Regulations of the office of the prime minister on regional quality of life B.E.2561. Royal gazette, 135(45D); 2018.
 5. Constitution of the Kingdom of Thailand B.E.2560. Primary care medical system. Bangkok: P. Press. Co., Ltd.; 2017.
 6. Saraphi Provincial Health Office. Inspection and supervision of the Ministry of Public Health, Health Region 1. Copied document; 2018.
 7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. ระบบสารสนเทศด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ณ 10 มิ.ย. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2566]. เข้าถึงจาก: <https://www.chiangmaihealth.go.th>
 8. กลุ่มงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ. เบาหวาน ความดัน หัวใจ หลอดเลือด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ คปสอ.สารกวี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2566]. เข้าถึงจาก: <https://www.chiangmaihealth.go.th>
 9. Ministry of Public Health. Primary care cluster guideline for health care units. Ministry of Public Health; 2016.
 10. Leutz WN. Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. Milbank Q.; 1999.
 11. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care [Internet]. Netherlands: Int J Integr Care; 2013 [cited 2023]. Available from: <https://doi.org/10.5334/ijic.886>
 12. Starfield B. Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? Perm J. 2011; 15(2): 63-9.

13. Best JW. Research in Education. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.; 1970.
14. Likert R. The method of constructing and attitude scale. In Reading in. Fishbein, M (Ed.), Attitude Theory and Measurement. New York: Wiley & Sons, Inc; 1967.
15. Jandekrayom 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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; 10(4): 248-51.
19. 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.
20. Srithamrongsawas S, Suggestions for Primary Health Care Development Under Ministry of Public Health. Health Systems Research Institute; 2009.