

Model of Integrated Primary Care System Management Based on People-Centered Approach

Nutthaporn Panchakhan^{1*}, Yongyuth Kaewtem^{*}

(Received: August 10, 2023, Revised: August 10, 2023, Accepted: September 2, 2023)

Abstract

This mixed-method research purposed to propose a suitable integrated primary healthcare system management model that was grounded in a people-centered approach. The participants consisted of 212 patients with chronic disease within the primary care cluster. Data was procured through the administration of questionnaires and the facilitation of group discussions among 61 professionals. Qualitative data was analyzed using descriptive and inferential statistics to examine the structural equation modeling with Smart PLS Graph 4.0, while qualitative data was analyzed through systematic content analysis.

The level of opinions among chronic disease patients who visit family medicine clinics was remarkably high regarding health factors and treatment goals (Mean = 3.95, SD = .80 Mean = 3.73, SD = .97). In contrast, the factors related to treatment plans, self-care behaviors, and treatment outcomes were of a moderate (Mean = 3.40, SD = 1.18, Mean = 3.04, SD = .80 Mean = 3.03, SD = .95) The structured primary healthcare system, with an emphasis on the populace as the central focus, exhibits patient self-care behaviors as a mediating element that influences therapeutic outcomes. Health factors and treatment goals were crucial initial considerations that significantly impact treatment outcomes. The personal at family medicine clinics establish service systems that prioritize patient needs, encourage patient involvement in devising their healthcare plans, and involve families in setting care goals to ensure the continuity and efficacy of care and enable individuals to engage in self-care that is appropriate to their circumstances.

Keywords: Primary Care System; People-Centered Approach; Patients with Chronic Diseases; Primary Care Cluster

^{*}Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding author: muinuttha16@gmail.com Tel: 084-0429463



รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

ณัฏฐ์ธรรณ ปัญจันธ^{1*}, ยงยุทธ แก้วเต็ม*

(วันรับบทความ: 10 สิงหาคม 2566, วันแก้ไขบทความ: 10 สิงหาคม 2566., วันตอบรับบทความ: 2 พฤศจิกายน 2566)

บทคัดย่อ

วิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 212 คน ในคลินิกหมอครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและการประชุมระดมความคิดเห็นกับกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 61 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติพรรณนา และ สถิติอนุมานการวิเคราะห์ตัวแบบสมการโครงสร้างด้วยโปรแกรม Smart PLS 4.0 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความคิดเห็นของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในคลินิกหมอครอบครัวในเรื่องปัจจัยสุขภาพ เป้าหมายการรักษา อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.95, SD = .80 และ Mean = 3.73, SD = .97) ส่วนปัจจัยในเรื่องแผนการรักษา การปฏิบัติตน และผลของการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.40, SD = 1.18, Mean = 3.04 SD = .80, Mean = 3.03, SD = 0.95) ตามลำดับ โดยรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง คือ ปัจจัยการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเป็นตัวแปรต้นกลางของความสำเร็จของผลลัพธ์ของการรักษา โดยมีปัจจัยสุขภาพและการมีเป้าหมายการรักษาเป็นปัจจัยเริ่มต้นสำคัญที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการรักษา โดยบุคลากรของคลินิกหมอครอบครัวควรมีการจัดระบบการให้บริการโดยเน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการกำหนดเป้าหมายโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

คำสำคัญ: ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ; ประชาชนเป็นศูนย์กลาง; ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง; คลินิกหมอครอบครัว

*อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: muinuttha16@gmail.com Tel: 084-0429463

บทนำ

ปัจจุบัน ประเทศทั่วโลกต้องการเพิ่มสถานะสุขภาพของคนในประเทศของตนให้ดีขึ้น ทั้ง ๆ ที่ทรัพยากรมีเท่าเดิมหรือลดลงกว่าเดิม มีหลายประเทศพยายามสร้างระบบสุขภาพขึ้นมาใหม่เพื่อให้บริการด้านสุขภาพตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งไม่ง่ายที่จะสร้างระบบสุขภาพที่ดีขึ้นมาได้ เพราะการที่แต่ละประเทศมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ตลอดจนโรคหรือความเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้นทำให้การรักษาต้องใช้ต้นทุนที่สูงขึ้น ทำให้ความคาดหวังของประชาชนต่อระบบสุขภาพเพิ่มสูงมากขึ้นตามมา (Alberta Health service, 2012) จากบริบทที่เปลี่ยนแปลงนำมาสู่การปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิด้วยหลักการใช้ชุมชนเป็นฐาน การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การดูแลที่ต่อเนื่องและผสมผสาน ให้บริการด้านหน้าในการดูแลสุขภาพและการจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยในปี พ.ศ.2559 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ภายใต้นโยบายคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) ซึ่งเป็นการจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการ โดยการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพ ซึ่งจะขยายหน่วยบริการปฐมภูมิครอบคลุมทั่วประเทศ อีกทั้งรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2560 (Office of the Constitutional Court, 2017) ได้กำหนดว่าให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (family medicine doctor, FM) ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยกำหนดให้ใช้คลินิกหมอครอบครัวเป็นรูปแบบหลักในการขับเคลื่อนระบบ โดยมีหลักการสำคัญ คือการนำจุดแข็งที่ว่า “บริการที่เป็นมิตร ใกล้ชิดและเข้าใจชุมชน” ของระบบสุขภาพ ปฐมภูมิที่มีอยู่เดิมเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาและเพิ่มสมรรถนะให้กับบริการปฐมภูมิที่ใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวมุ่งเน้นให้ดูแลประชาชนเป็นศูนย์กลางให้เกิดประสิทธิภาพ รวมถึงบูรณาการระบบบริการในระดับต่างๆ ไปพร้อมกับสร้างระบบการบริหารจัดการให้เป็นระบบสนับสนุนและเอื้อให้เข้ากับการดูแล “คน” มากกว่าดูแลตาม “งาน” ทำให้ประชาชนรู้เท่าทันสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพจนสามารถดูแลตนเองได้ดี ส่งผลต่อการลดภาระโรค พร้อมกับการเพิ่มสุขภาวะ และพัฒนาคุณภาพการให้บริการได้อย่างเต็มศักยภาพ (Ministry of Public Health, 2016) อีกทั้งพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน การมีกองทุนตำบล และมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งจะเป็นกลไกการจัดการปัญหาสุขภาพในภาพรวมของอำเภอที่มีการตราเป็นกฎกระทรวง มหาดไทยเพื่อให้ภาคีต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลคุณภาพชีวิตประชาชน และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 (Royal Thai Government Gazette, 2019) โดยมีกลไกการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรม มีคุณภาพและมีมาตรฐาน โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็น 2 โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดในประเทศไทย ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2022) พบว่า ในปี 2564 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 5.2 ล้านคน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 13.2 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 7.8 และร้อยละ 20.1 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนไทย โดยในปี 2564 โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทย คิดเป็นร้อยละ 14.2 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด และโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของคนไทย คิดเป็นร้อยละ 10.6 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด สาเหตุของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีหลายปัจจัย ได้แก่ พันธุกรรม พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักตัวเกินหรืออ้วน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ปัจจัยเสี่ยงทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น ความยากจน ภาวะเครียด การทำงานหนัก สภาพแวดล้อมที่ไม่ดี โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควบคุม

น้ำหนัก เลิกสูบบุหรี่ ควบคุมความเครียด ตรวจสุขภาพเป็นประจำ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถรักษาได้ด้วยยา แต่การรักษาที่ดีที่สุดคือการควบคุมโรคด้วยตนเอง

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยได้ดำเนินการมาตรการต่างๆ เช่น ส่งเสริมให้มีการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ตรวจสุขภาพประจำปี เลิกสูบบุหรี่ สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาและวัคซีนใหม่ๆ เพื่อใช้ในการรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนไทย ประชาชนทุกคนควรร่วมมือกันป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และสนับสนุนนโยบายของรัฐบาลในการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2021) จากข้อมูลต่างๆ แสดงให้เห็นว่าโรคเรื้อรังเป็นภาระโรคสำคัญและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น การวิจัยนี้จึงใช้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มโรคที่เป็นตัวแทนสะท้อนคุณภาพการพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Srithamrongsawat, Suriyawongpaisan, Sornsriwichai, Labbenjakul & Sriyakul, 2020) โดยให้หน่วยบริการนำร่องปรับรูปแบบการจัดบริการ ตามองค์ประกอบ ได้แก่ การขึ้นทะเบียนกลุ่มเป้าหมายตามความเสี่ยงโดยเน้น กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (pre DM/ pre HT) และกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ (uncontrolled) ให้มีชื่อแพทย์และทีมสุขภาพประจำครอบครัวโดยให้กลุ่มเป้าหมาย และครอบครัวได้มีส่วนร่วม การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง การสังเคราะห์และคืนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเอง การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และนวัตกรรมในการสนับสนุนให้เกิดการจัดการดูแลตนเอง รายบุคคล/ครอบครัว นำมาซึ่งการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยสุขภาพ แผนการรักษา เป้าหมายการรักษา การปฏิบัติตน และผลของการรักษา โดยหาความสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละคู่ อาทิ เช่น ปัจจัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับแผนการรักษา ตามที่ Taengsakha K., Maneesriwongul W., Putawatana P. (2019) พบว่าปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต และแผนการรักษามีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา การทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม (Share care plan) ของผู้ให้บริการที่ออกแบบการดูแลตามสถานะสุขภาพและความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Khumkaew (2023) และ Kerdmongkol, Amnatsatsue & Rattanasoungthum (2017) ส่วน Sukkawaspong (2019) พบว่าผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย HT มีค่าความดันโลหิต Systolic BP ลดลง และการศึกษาของ Kosonjit & Noimuenwa (2017) และการพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิยังมีการพัฒนาผู้จัดการดูแลและระบบการจัดการเพื่อให้เกิดผู้ประสานงานการดูแล (care coordinator) รวมถึงการทำงานเชื่อมโยงกับเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอและระดับตำบล อีกทั้งการจัดระบบสนับสนุนเพื่อให้เกิดการจัดบริการเชื่อมโยงประสานระหว่างเครือข่าย บริการปฐมภูมิหรือคลินิกหมอครอบครัวกับโรงพยาบาล ชุมชนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการจัดการปัญหาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

จังหวัดเชียงใหม่ ในพื้นที่อำเภอสารภี ได้ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์สาธารณสุข และจัดบริการปฐมภูมิให้กับประชาชน โดยทีมหมอครอบครัว 3 ทีม จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (PCC) โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine: FM) ประจำแห่งละ 1 คน รับผิดชอบประชากร 13 ตำบล 106 หมู่บ้าน 30,626 หลังคาเรือน ประชากร 81,182 คน ทีมหมอครอบครัวดำเนินงานโดยสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลสารภีและทีมบุคลากรจาก PCC ให้บริการภาคเช้า ด้านการรักษาพยาบาล ส่วนภาคบ่ายจะลงพื้นที่เพื่อไปดำเนินงานด้านส่งเสริมป้องกันโรค ทั้งที่เป็นงานปกติตามกลุ่มวัย งานเชิงนโยบาย รวมทั้งงานด้านสิ่งแวดล้อมร่วมกับประชาชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บุคลากรในหน่วยงานปกครองส่วน

ท้องถิ่น (อปท.) และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ผลการดำเนินงานที่เป็นปัญหาในพื้นที่ คือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2 อันดับแรกคือโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โดยมองว่าการจัดตั้ง PCC ช่วยให้งานด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคดีขึ้น ด้านการดำเนินงานโรคเรื้อรังของอำเภอสารภีมีผู้จัดการดูแล (Care manager: CM) และผู้ดูแล (Caregiver: CG) ครอบคลุมพื้นที่ ตลอดจนมีการดำเนินงานตามกลุ่มวัยและการคัดกรองต่างๆ เชิงรุกในชุมชน ซึ่งต้องมีการปรับเปลี่ยนเวลาในการลงไปปฏิบัติงานตามเวลาของประชาชน นอกจากนี้ยังมีระบบการส่งต่อและการให้คำปรึกษา (Consult) ผ่านการใช้ไลน์ หรือโทรศัพท์ และมีกรรมการในแต่ละงานทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับรพ.สต. ซึ่งจะมีการประชุมกันอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีการประสานกับ อปท. โดยงานคลินิกหมอครอบครัวได้มองเห็นความสำคัญเรื่อง ปัจจัยสุขภาพในคลินิกหมอครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการในคลินิกหมอครอบครัว การจัดทำแผนการรักษาเกี่ยวกับผู้รับบริการ โดยมีการกำหนดเป้าหมายการรักษาในคลินิกหมอครอบครัว เพื่อให้ผู้รับบริการมีการปฏิบัติตนที่ดีและมีผลการรักษาที่ดีตามมา (Saraphi Provincial Health Office, 2020)

จากการที่คลินิกหมอครอบครัว อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ มีการดำเนินงานโดยอาศัยตัวแปรต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยสุขภาพ แผนการรักษา การปฏิบัติตน เป้าหมายการรักษา ผลของการรักษา แต่ยังไม่เห็นความสัมพันธ์ที่ชัดเจนและการมีรูปแบบในการให้บริการที่เป็นภาพรวมของคลินิกหมอครอบครัว อีกทั้งการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังไม่เคยมีการสรุปในภาพรวมของการดำเนินงาน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในคลินิกหมอครอบครัว อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ว่าปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยสุขภาพ แผนการรักษา เป้าหมายการรักษา การปฏิบัติตน และผลของการรักษานั้นมีความเชื่อมโยงกันอย่างไร มีปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อผลของการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในคลินิกหมอครอบครัว และรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกหมอครอบครัวที่เหมาะสมนั้นควรเป็นอย่างไรเพื่อนำไปสู่แนวทางการพัฒนาและส่งเสริมการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวผ่านงานคลินิกหมอครอบครัวในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

สมมติฐานการวิจัย

- สมมติฐานที่ 1 (H1): ปัจจัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับแผนการรักษา
- สมมติฐานที่ 2 (H2): แผนการรักษามีความสัมพันธ์กับเป้าหมายการรักษา
- สมมติฐานที่ 3 (H3): ปัจจัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน
- สมมติฐานที่ 4 (H4): แผนการรักษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน
- สมมติฐานที่ 5 (H5): เป้าหมายการรักษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน
- สมมติฐานที่ 6 (H6): การปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา
- สมมติฐานที่ 7 (H7): ปัจจัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา
- สมมติฐานที่ 8 (H8): แผนการรักษามีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา
- สมมติฐานที่ 9 (H9): เป้าหมายการรักษามีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา

นิยามศัพท์

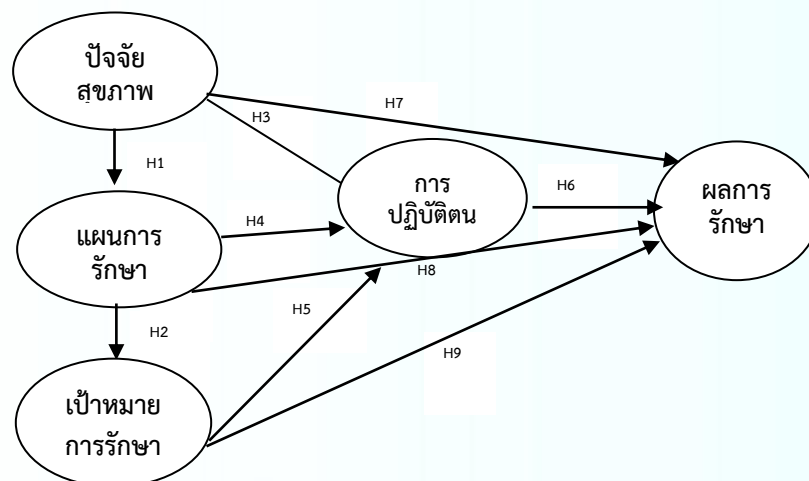
คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการ โดยการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขและวิชาชีพอื่นๆ ร่วมกันดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ โดยจัดให้มีจำนวนประชากร 10,000 คน/ทีม ทำหน้าที่ดูแลประชาชนแบบญาติมิตรใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงาน และให้ทีม 3 ทีมมารวมตัวกันเกิดเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เรียกว่า “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ Primary Care Cluster (PCC) เท่ากับ 1 Cluster

การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ (integrated care) หมายถึง การจัดระบบการดูแลรักษาสุขภาพที่มุ่งเน้นการสร้างความเชื่อมโยงภายในระบบบริการสุขภาพ ทั้งการดูแลรักษาในระยะเฉียบพลัน (Acute care) การดูแลรักษาในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ (Primary care) และระบบบริการด้านสังคมอื่นๆ เช่น การดูแลรักษาในระยะยาว (Long-term care) ระบบการศึกษา ระบบการสร้างอาชีพ ระบบที่อยู่อาศัย เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งผลลัพธ์ทางคลินิก ความพึงพอใจของผู้ป่วย และประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ

การบริการสุขภาพโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people-centered care) หมายถึง การดูแลรักษาสุขภาพที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามแนวคิดในการจัดระบบการดูแลรักษาสุขภาพที่มุ่งเน้นการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วยในแต่ละครั้งของการตรวจรักษา หรือมุ่งเน้นการดูแลรักษาความเจ็บป่วยแต่ละครั้ง โดยมีเป้าหมายเพื่อจัดการโรคของผู้ป่วยโดยพิจารณาโรคร่วมของผู้ป่วย ในการวิจัยนี้ดูเรื่องปัจจัยสุขภาพ แผนการรักษา เป้าหมายการรักษา การปฏิบัติตน และผลของการรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลรักษาโรคเรื้อรังและมุ่งเน้นการจัดการกับการดำเนินโรคของผู้ป่วยในระยะยาว (Starfield, 2011)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic disease) หมายถึง บุคคลที่ป่วยด้วยโรคที่เมื่อเป็นแล้วจะมีอาการหรือต้องรักษาติดต่อกันนาน เป็นแรมเดือนแรมปี หรือตลอดชีวิต มักได้แก่โรคไม่ติดต่อ (Non-infectious disease) เป็นส่วนใหญ่ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-method design) ประกอบด้วย โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วยมาตรวัดตัวแปรทุกตัวตามกรอบแนวคิด และระยะที่ 2 วิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การประชุมระดมความคิดเห็นกับกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงาน

จำนวน 61 คน โดยนำผลการศึกษาเชิงคุณภาพมาสนับสนุนผลการศึกษาเชิงปริมาณใน ระยะที่ 1 โดยนำข้อมูลเชิงคุณภาพมาใช้เสริมและสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณเป็นการวิจัยแบบผสมผสานในเชิงอธิบายเป็นลำดับ (The explanatory sequential design) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ที่มีภูมิลำเนาและขึ้นทะเบียนรับบริการกับสถานพยาบาลในพื้นที่อำเภอสารภี จำนวน 33,533 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภูมิลำเนาและขึ้นทะเบียนรับบริการเป็นประจำกับศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสารภี โรงพยาบาลสารภี และ PCC หนองยางตอนแฝก สำหรับขนาดกลุ่มตัวอย่างตามการวิเคราะห์ข้อมูลหลายตัวแปร โดยการวิเคราะห์สมการโครงสร้างเพื่อให้ได้ผลการศึกษามีค่าสูงเพียงพอมีความน่าเชื่อถือ จึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ถือว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Comrey and Lee, 1992) คือ จำนวน 200 คน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 212 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ คือ 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลสารภีหรือคลินิกหมอครอบครัวหนองยางตอนแฝก 2) สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ 3) มีความเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัย 4) มีภูมิลำเนาอยู่ตำบลสารภี ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ โดยมีเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ไม่สามารถเข้าร่วมครบทุกขั้นตอนจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: เชิงปริมาณ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อหน่วยบริการที่ผู้ป่วยรับบริการ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคเรื้อรัง ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาบริการครั้งล่าสุด ผลการดูแลรักษา ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิตที่วัดครั้งล่าสุด สิทธิหลักประกันสุขภาพ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลของโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นแบบสอบถามกลางของทีมวิจัยหลักคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Srithamrongsawat et al., 2020) เพื่อประเมินการได้รับความช่วยเหลือจากทีมดูแลสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ ลักษณะของเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ของ Likert's Rating Scale โดยข้อคำถามเป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด จากคะแนนเต็ม 5 หมายถึง การปฏิบัติที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงในระดับมากที่สุด ถึงคะแนน 1 หมายถึงการปฏิบัติที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงในระดับน้อยที่สุด การแปลผล คือ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 = การปฏิบัติที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงในระดับน้อยที่สุด, ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 = การปฏิบัติที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงในระดับน้อย, ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 = การปฏิบัติที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงในระดับปานกลาง, ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 = การปฏิบัติที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงในระดับมาก, ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 = การปฏิบัติที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงปริมาณ การทดสอบความเที่ยงตรง (validity) โดยแบบสอบถามที่ใช้เป็นแบบสอบถามกลางของทีมวิจัยหลักคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว จึงไม่ได้มีการหาค่าความเที่ยงต่อ แต่การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม ไปทำการทดลองกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้แต่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของทั้งฉบับ เท่ากับ .89 สำหรับแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างได้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสมบูรณ์ของภาษา เนื้อหาและความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์

ระยะที่ 2 วิจัยเชิงคุณภาพ

ใช้ทฤษฎีเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology study) โดยมุ่งศึกษาและทำความเข้าใจประสบการณ์ตามการรับรู้และให้ความหมายกับประสบการณ์ที่กระทำตามแนวคิดของฮัสเซิล (Husserl, 1965) ซึ่งเป็นการศึกษาและทำความเข้าใจประสบการณ์ การดำเนินชีวิต และบรรยายปรากฏการณ์ที่เป็นอิสระโดยปราศจากการทดสอบสมมติฐานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกหอออดรอบครัว เลือกลุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจง คือ กลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายปฐมภูมิอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สารภี แพทย์ที่รับผิดชอบ PCC/ สสอ. ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล 10 คน ทีมบุคลากรของ รพ.สต./สสอ. 51 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 61 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมวิจัย ดังนี้

1) เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ 2) เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นผู้จัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยตรงได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย เป็นต้น 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย 4) ไม่มีปัญหาสุขภาพอื่นจะมีผลทำให้เกิดปัญหารุนแรงระหว่างเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: เชิงคุณภาพ

ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในการสำหรับการประชุมระดมความคิดเห็นกับกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านปฐมภูมิ โดยแยกกลุ่มตามพื้นที่ปฏิบัติงานเป็น 4 ประเภท คือ พื้นที่ที่เป็นคลินิกหอออดรอบครัวที่ร่วมในโครงการวิจัย พื้นที่คลินิกหอออดรอบครัวที่ไม่อยู่ในโครงการวิจัย คลินิก DM/HT ของโรงพยาบาล และพื้นที่ รพ.สต.ทั่วไป ซึ่งแนวคำถามหลักมาจากเครื่องมือกลางของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Srithamrongsawat et al., 2020) เป็นแนวคำถามให้แสดงความคิดเห็นในการปรับปรุงงานโดยมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในการให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในแต่ละด้าน 1) การพัฒนาความรู้ทักษะต่อผู้รับบริการ 2) บรรยากาศการทำงาน 3) การพัฒนาความรู้ทักษะเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยได้รับการอนุญาตให้บันทึกเสียงแล้วนำไปถอดคำต่อคำโดยเปลี่ยนชื่อ สถานที่เป็นรหัสแทน

ความเชื่อถือของวิจัยเชิงคุณภาพ

สำหรับเชิงคุณภาพผู้วิจัยให้ความสำคัญในเรื่องความน่าไว้วางใจของข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้จากการประชุมระดมความคิดเห็นได้มีการทวนสอบข้อมูลเพื่อให้ได้มาซึ่งความเชื่อมั่นของข้อมูล โดยก่อนสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยสรุปบทวนประเด็นที่ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบก่อนที่จะวิเคราะห์ข้อมูล และทำการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลก่อนวิเคราะห์ เพื่อช่วยในการลงรหัสและตีความหมายข้อมูลได้ถูกต้อง เมื่อได้ผลการวิเคราะห์ที่เป็นข้อสรุปได้นำเสนอให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทราบอีกครั้ง ถ้ามีข้อความใดแก้ไขหรือคลุมเครือ จะมีการทวนสอบเพื่อทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างอาสาสมัครและผู้วิจัย (Polit & Beck, 2018) เพื่อยืนยันความถูกต้องเป็นการตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ให้ข้อมูล (member check)

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังผ่านการพิจารณาโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) สำรวรายชื่อผู้ป่วยโรคโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่ที่ศึกษาและเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ 2) ผู้วิจัยได้จัดการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ การยินยอมตอบแบบสอบถาม และรายละเอียดข้อคำถามของแบบสอบถามแก่บุคลากรและผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการตอบแบบสอบถาม 3) ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามฯ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที และผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามเพื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยตนเอง 4) สำหรับข้อมูลเชิง

คุณภาพด้วยวิธีการประชุมระดมความคิดเห็น โดยแยกเป็นกลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาลสารภีที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในหน่วยงานปฐมภูมิ และกลุ่มบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและใน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ด้วยแนวคำถามถึงโครงสร้าง และให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็น มีผู้จัดบันทึก 2 คน (Note-taker) และขออนุญาตบันทึกการประชุม ใช้เวลาประชุมประมาณ 1.30 – 2.00 ชม. เมื่อประชุมเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วตรวจสอบความถูกต้อง เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาปฏิบัติงานในทีม บทบาทที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการ และข้อมูลกระบวนการปฏิบัติงานของตัวอย่างใช้ สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านปัจจัยสุขภาพ แผนการรักษา เป้าหมายการรักษา การปฏิบัติตนเอง ผลของการรักษา และผู้วิจัยใช้สถิติอนุมาน (inferential statistic) เพื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ด้วยโปรแกรม Smart PLS 4.0

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลที่ได้จากการประชุมระดมความคิดเห็นในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการ ดำเนินงานในการให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในแต่ละด้าน เช่น 1) การพัฒนาความรู้ทักษะต่อผู้รับบริการ 2) บรรยากาศการทำงาน 3) การพัฒนาความรู้ทักษะเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยทีมผู้วิจัย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะแพทยศาสตร์ หรือ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนชุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล (หมายเลข COA. MURA2019/1018) เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ.2562 (งานวิจัยนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว และ ไม่ได้ไปรบกวนกลุ่มตัวอย่างหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จ แต่ด้วยงานมีปัญหาในเรื่องระยะเวลาในการวิเคราะห์ อภิปรายผลประกอบกับวิกฤตสถานการณ์โควิด จึงทำให้การนำเสนอผลการศึกษาล่าช้า แต่เนื่องจากเห็นว่าจะงานมี ประโยชน์ต่อการดำเนินงานคลินิกหอบหืดในด้านการปฐมภูมิ จึงขออนุญาตนำมาเผยแพร่เพื่อประโยชน์ใน เชิงวิชาการ) กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และแจ้งสิทธิของกลุ่ม ตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 212 คน โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เพศหญิง ร้อยละ 64.15 อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 77.36 การศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 78.30 ไม่มีอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้หลัก ร้อยละ 50.47 ส่วนข้อมูลสถานะสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรค ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 51.42 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 65.55 รับบริการด้านสุขภาพ ครั้งล่าสุดใน 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง (120-139 และ/หรือ 80-89) ร้อยละ 55.66 กรณีผู้ป่วยเบาหวาน มีระดับ FBS ล่าสุด มากกว่า 126 mg/dl ร้อยละ 64.78 ส่วนใหญ่ใช้ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 81.13

สำหรับผลการวิเคราะห์ระดับของตัวแปรทั้ง 5 ตัวแปร พบว่า ระดับความคิดเห็นของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน คลินิกหอบหืดในเรื่องปัจจัยสุขภาพ, เป้าหมายการรักษา อยู่ในระดับมาก ส่วนปัจจัยในเรื่องแผนการรักษา, การปฏิบัติตน และผลของการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ปัจจัยสุขภาพ แผนการรักษา เป้าหมายการรักษา การปฏิบัติตน และผลของการรักษา

ตัวแปร	Mean	S.D.	แปลผล
1. ปัจจัยสุขภาพ	3.95	0.80	มาก
2. แผนการรักษา	3.40	1.18	ปานกลาง
3. เป้าหมายการรักษา	3.73	0.97	มาก
4. การปฏิบัติตน	3.04	0.80	ปานกลาง
5. ผลของการรักษา	3.03	0.95	ปานกลาง

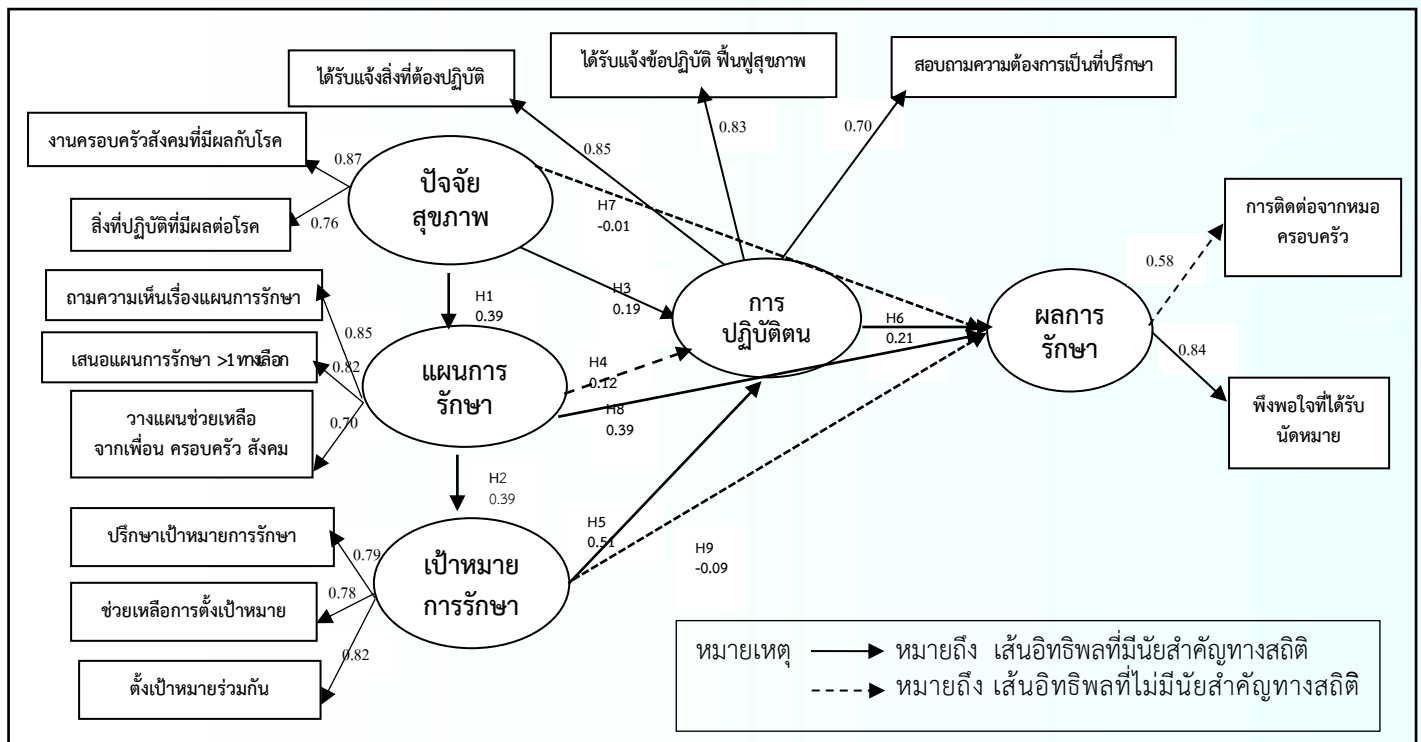
2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากสมการโครงสร้าง โดยใช้โปรแกรม Smart PLS 4.0 พบว่า ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรตามสมการโครงสร้าง ได้แก่ ปัจจัยสุขภาพ แผนการรักษา เป้าหมายการรักษา การปฏิบัติตน และผลของการรักษา โดยปัจจัยดังกล่าวมีอิทธิพลต่อกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัย	Coef.	t-stat	สรุปผล
H1: ปัจจัยสุขภาพ → แผนการรักษา	0.397	5.705**	สนับสนุน
H2: แผนการรักษา → เป้าหมายการรักษา	0.392	6.355**	สนับสนุน
H3: ปัจจัยสุขภาพ → การปฏิบัติตน	0.197	3.612**	สนับสนุน
H4: แผนการรักษา → การปฏิบัติตน	0.121	1.933	ไม่สนับสนุน
H5: เป้าหมายการรักษา → การปฏิบัติตน	0.516	8.999**	สนับสนุน
H6: การปฏิบัติตน → ผลของการรักษา	0.215	2.342**	สนับสนุน
H7: ปัจจัยสุขภาพ → ผลของการรักษา	-0.011	0.137	ไม่สนับสนุน
H8: แผนการรักษา → ผลของการรักษา	0.393	5.304*	สนับสนุน
H9: เป้าหมายการรักษา → ผลของการรักษา	-0.099	1.063	ไม่สนับสนุน

หมายเหตุ ** หมายถึง $t\text{-stat} \geq 2.58 (p\text{-value} \leq 0.01)$, * หมายถึง $t\text{-stat}$ อยู่ระหว่าง 1.96-2.58 ($p\text{-value} \leq 0.05$)

จากตารางที่ 2 พบว่า 1) สมมติฐานที่ 1: ปัจจัยสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อแผนการรักษา 2) สมมติฐานที่ 2: แผนการรักษามีอิทธิพลทางตรงต่อเป้าหมายการรักษา 3) สมมติฐานที่ 3: ปัจจัยสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อการปฏิบัติตน 4) สมมติฐานที่ 5: เป้าหมายการรักษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน 5) สมมติฐานที่ 6: การปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา และ 6) สมมติฐานที่ 8: แผนการรักษามีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา ผลการทดสอบเป็นไปตามสมมติฐาน ดังภาพที่



ภาพที่ 2 แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุในการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกหมอครอบครัว อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

จากภาพที่ 2 พบว่า ผลลัพธ์ของการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (ความพึงพอใจที่ได้รับนัดหมาย) ได้รับอิทธิพลทางตรงมาจากปัจจัยการปฏิบัติตน (ได้รับแจ้งสิ่งที่ต้องปฏิบัติ ข้อปฏิบัติฟื้นฟูสุขภาพ สอบถามความต้องการเป็นที่ปรึกษา) และปัจจัยเรื่องแผนการรักษา (ถามความเห็นเรื่องแผนการรักษา เสนอแผนการรักษา >1 ทางเลือก วางแผนช่วยเหลือจากเพื่อน ครอบครัว สังคม) ขณะเดียวกันปัจจัยสุขภาพ (งาน ครอบครัว สังคมที่มีผลกับโรค และสิ่งที่ปฏิบัติที่มีผลต่อโรค) และการมีเป้าหมายการรักษา (ปรึกษาเป้าหมายการรักษา ช่วยเหลือการตั้งเป้าหมาย ตั้งเป้าหมายร่วมกัน) มีอิทธิพลทางอ้อมโดยส่งผ่านปัจจัยการปฏิบัติตน (ตัวแปรคนกลาง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

จากการประชุมระดมความคิดเห็นจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบเครือข่ายปฐมภูมิคลินิกหมอครอบครัว อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ เกี่ยวกับการจัดระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการฯ พบว่า

1 เน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า

“ควรเสริมแรงและเน้นให้ผู้ป่วยสนใจและดูแลตนเองก่อน และให้ผู้ป่วยบอกความต้องการในการดูแลของตนเองต่อเจ้าหน้าที่”

“การทำงานควรมุ่งที่การดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น”

“หากจะดูแลผู้ป่วย เราควรดูแลอย่างเข้าใจบริบทของผู้ป่วยด้วย”

“ควรสอบถามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย บนพื้นฐานความเชื่อของผู้ป่วยเป็นหลักด้วย”

“เน้นความต้องการผู้ป่วยที่อยู่บนความเป็นไปได้ ไม่ใช่ความต้องการของทีมหรือเจ้าหน้าที่”

2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า

“เน้นผู้ป่วยให้วางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การจัดเมนูอาหารและบันทึกการกินในแต่ละวัน เพื่อความต่อเนื่องและประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอง”

“วางแผนการลงพื้นที่ นัดหมายติดตามผู้ป่วยให้ชัดเจนเพื่อให้คำปรึกษาที่พบปัญหาจากการดูแลตนเอง”

“เจ้าหน้าที่ควรวางแผนและสร้างร่วมมือร่วมใจในการทำงาน”

“มีการวางแผนที่ดีและสร้างทีมงานให้เข้มแข็ง เพื่อให้การจัดบริการที่มีคุณภาพสูงสุด เน้นการทำงานเป็นทีม หล่อหลอมไปด้วยกัน จึงจะเกิดความสำเร็จได้”

“เน้นผลลัพธ์และการกำหนดเป้าหมายการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ร่วมกำหนดเองสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง”

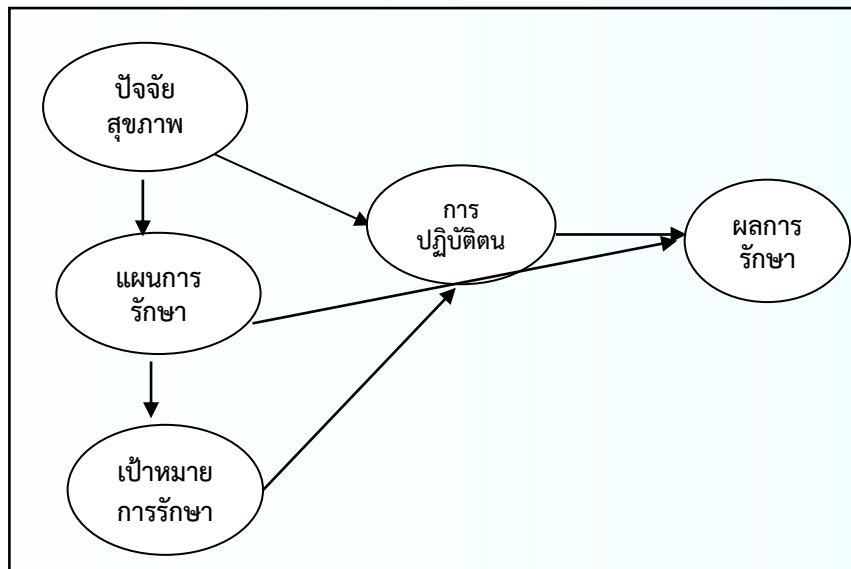
3. มีการกำหนดเป้าหมายโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและประสิทธิภาพในการดูแล ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า

“ควรให้ญาติ-ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายดูแลสุขภาพตนเองและคนในครอบครัว”

“การวางแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง ดูเป็นรายบุคคลแบบครอบคลุมทุกด้าน มีการประสานสหวิชาชีพและเครือข่าย ในการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการพัฒนาบุคลากร CG และหมอครอบครัว ให้มีทักษะและความรู้ในการปฏิบัติงาน พัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของการดูแลสุขภาพ ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งมีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพอย่างชัดเจน”

“ควรมีปรับ mind set ทีมให้ตรงกัน เน้นการดูแลให้ญาติและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล และช่วยกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม สำหรับระบบการบริการก็เน้นการพัฒนา facility ของหมอครอบครัวให้มีศักยภาพเพียงพอ”

จากผลการศึกษาเชิงปริมาณ พบผลการทดสอบเป็นไปตามสมมติฐาน 6 สมมติฐาน ดังนี้ 1) H1: ปัจจัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับแผนการรักษา 2) H2: แผนการรักษามีความสัมพันธ์กับเป้าหมายการรักษา 3) H3: ปัจจัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน 4) H5: เป้าหมายการรักษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน 5) H6: การปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา 6) H8: แผนการรักษามีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา และผลการทดสอบไม่เป็นไปตามสมมติฐาน 3 สมมติฐาน ดังนี้ 1) H4: แผนการรักษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน 2) H7: ปัจจัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา 3) H9: เป้าหมายการรักษามีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา และจากผลการศึกษาเชิงคุณภาพนำไปสู่รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกหมอครอบครัว อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ตามวัตถุประสงค์ คือ ปัจจัยการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเป็นตัวแปรต้นความสำเร็จของผลลัพธ์ของการรักษา โดยมีปัจจัยสุขภาพและการมีเป้าหมายการรักษาเป็นปัจจัยเริ่มต้นสำคัญที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการรักษา โดยบุคลากรของคลินิกหมอครอบครัวควรมีการจัดระบบการให้บริการโดยเน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก ส่งเสริมให้มีการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการกำหนดเป้าหมายโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ดังนั้นรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจึงนำเสนอดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกหมอครอบครัว อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

อภิปรายผล

การอภิปรายผลตามแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามสมมุติฐานการวิจัยที่สนับสนุนสมมุติฐาน เนื่องจากการวิจัยการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพบได้น้อย ผู้วิจัยจึงนำเสนอความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันของตัวแปรที่เป็นปัจจัยในแต่ละสมมุติฐาน ดังนี้

สมมุติฐานที่ 1: ปัจจัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับแผนการรักษา ด้วยเพราะปัจจัยด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยซึ่งอาจส่งผลต่อการรักษา เช่น ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาและการดูแลอย่างใกล้ชิดจากคลินิกหมอครอบครัวเพื่อให้การรักษาโรคหลักมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Taengsakha K., Maneesriwongul W., Putawatana P. (2019) ที่ว่าปัจจัยสุขภาพที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สมมุติฐานที่ 2: แผนการรักษามีความสัมพันธ์กับเป้าหมายการรักษา สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Horapleard, Toontom & Siwina (2019) ที่พบว่า การใช้สมุดคู่มือประจำตัว เพื่อกำกับ ติดตามให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานกำกับ ติดตามตนเอง สามารถเฝ้าระวังและประเมินตนเองได้ สมมุติฐานที่ 3: ปัจจัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน ดังการศึกษาของ Promsuwan (2017) ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้ง Chobthamasakul (2021) พบว่า ปัจจัยภายใน ได้แก่ทัศนคติต่อการปฏิบัติตน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติและการรับรู้สมรรถนะของตน มีความสัมพันธ์ เชิงบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Paesuea (2015) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร ถ้าผู้ป่วยมีความรู้และรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้และดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกวิธีก็จะทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข สมมุติฐานที่ 5: เป้าหมายการรักษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน ตามที่ Chunrum, Chaichana & Chaosuansreechroen (2016) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของโรงพยาบาลสุคริริน จังหวัด

ตรง ด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) พบว่าภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 สมมุติฐานที่ 6: การปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา ดังผลการวิจัยของ Horapleard, Toontom & Siwina (2019) พบว่า การฝึกการดูแลตนเองด้านอาหาร การจัดการความเครียด การฝึกทักษะการออกกำลังกาย ทำให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับประสบการณ์ เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น จนนำไปสู่การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น และยังพบว่าการปฏิบัติ ด้านพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ เช่น การดื่มกาแฟ การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด การรับประทานยา และการมีโรคแทรกซ้อน ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (Buraphunt, Muangsom, 2013) สมมุติฐานที่ 8: แผนการรักษามีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา การทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม (Share care plan) ของผู้ให้บริการที่ออกแบบการดูแลตามสถานะสุขภาพและความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Khumkaew (2023) และ Kerdmongkol, Amnatsatsue & Rattanasoungthum (2017) ที่ได้จัดทำโปรแกรมการจัดการรายกรณีสามารถทำให้ผู้ป่วยจัดการตนเองและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ ส่วน Sukkawaspong (2019) พบว่าผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย HT มีค่าความดันโลหิต Systolic BP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายจากการที่มีแพทย์ไปตรวจมากขึ้นเป็น 3 วัน/สัปดาห์ ทำให้โอกาสที่ผู้ป่วยได้พบแพทย์เพื่อปรึกษา ได้รับคำแนะนำเพื่อปรับพฤติกรรมมากขึ้น ส่งผลให้ควบคุมระดับความดันโลหิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kosonjit & Noimuenwa (2017) พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับการจัดการรายกรณีต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี

สำหรับผลการทดสอบที่ไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน 3 สมมุติฐาน ได้แก่ สมมุติฐานที่ 4: แผนการรักษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะแผนการรักษาอาจจะไม่เหมาะสมกับความต้องการและความจำเป็นของผู้ป่วยทุกราย แต่อาจจะเหมาะกับผู้ป่วยเฉพาะรายซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการร่วมให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วย สอดคล้องกับเรื่องการนำแผนการรักษาตามแนวความคิดในเรื่องการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1988) ไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การศึกษาของโคแกน และเบทรุส (Kogan and Betrus, 1984) ที่นำเทคนิคการกำกับตนเองมาใช้ในผู้ป่วยไมเกรน โรคความดันโลหิตสูง และปวดศีรษะจากความเครียด พบว่าผู้ป่วยมีความเครียดลดลงและมีอาการดีขึ้น ซึ่งจะต้องอาศัยการร่วมให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้แผนการรักษาเหมาะสมกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยแต่ละราย สมมุติฐานที่ 7: ปัจจัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา เหตุที่ปัจจัยสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาอาจเป็นเพราะปัจจัยเกี่ยวกับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยซึ่งอาจส่งผลต่อการรักษา เช่น ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลเชิงลึกของแต่ละบุคคลที่จะต้องนำมาพิจารณาอย่างละเอียดก่อนทำการรักษาด้วยการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ สอดคล้องกับ Saengsinsorn (2021) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแล ตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระดับสูงนั้นการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงควรคำนึงถึง ปัจจัยส่วนบุคคลที่นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดระดับความดันโลหิตลงได้ และสมมุติฐานที่ 9: เป้าหมายการรักษามีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา เหตุที่เป้าหมายการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษา อาจเป็นเพราะไม่ได้มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันก่อนทำการรักษาซึ่งเป็นประเด็นสำคัญของการให้บริการคลินิกหออัครวาทที่จะต้องมีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลรับรู้ปัญหาและตั้งเป้าหมายของตนเอง สอดคล้องกับ Promdee & Chaitrong (2020) พบว่าการจัดการรายกรณีเป็นรายบุคคลในผู้ป่วยเบาหวาน มีเป้าหมายที่จะลดระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมโดยใช้กระบวนการจัดการรายกรณี พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการ

แลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองและให้คาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองหากไม่ปฏิบัติตามด้านสุขภาพที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาของตนเองและให้ตั้งเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตโดยให้ปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเอง

สำหรับรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง คือ ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับนัดหมายจากทีมหมอครอบครัว ซึ่งได้รับอิทธิพลทางตรงมาจากปัจจัยการปฏิบัติตนของผู้ป่วยซึ่งเป็นตัวแปรต้นกลางของความสำเร็จของผลลัพธ์ของการรักษา โดยเป็นผลมาจากการได้รับแจ้งสิ่งที่ต้องปฏิบัติ ข้อปฏิบัติฟื้นฟูสุขภาพจากบุคลากรในงานคลินิกหมอครอบครัว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่คลินิกหมอครอบครัว โดยทีมหมอครอบครัวได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยทีมหมอครอบครัวได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น และลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการให้ความสำคัญเป็นห่วงในมุมมองของแนวคิดการดูแลสุขภาพหมอครอบครัวแบบใกล้บ้านใกล้ใจ ด้วยการสอบถามความต้องการเป็นที่ปรึกษา สอดคล้องกับแนวคิดใกล้บ้านใกล้ใจ ที่สร้างฐานของระบบบริการสุขภาพให้กว้างและแข็งแรง ที่อาจเรียกว่า ระบบสุขภาพชุมชน บริการใกล้บ้านใกล้ใจ คนไทยทุกคนมีหมอประจำครอบครัว เพื่อนำสู่เป้าหมายสุขภาพของคนทั้งมวล (Health for All) ในการสร้างสุขภาพดี ดูแลผู้ป่วยทั้งหมดด้วยคุณภาพสูง โดยการปรับระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพเพื่อที่จะลดจำนวนผู้ป่วยที่มาแน่นที่โรงพยาบาลให้ลดลง เปิดโอกาสให้ทำงานยากๆ ด้วยคุณภาพที่สูงขึ้น (Wasi, 2017) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรเน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาเป็นหลักคิดในการทำงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจนตามบทบาทหน้าที่ อาทิ ผู้ป่วยใช้ซองซีปใส่ใส่สมุดบันทึกและข้อมูลการนัด การคืนข้อมูลเพื่อให้เจ้าหน้าที่บันทึกความก้าวหน้า การร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการทำงานกับชุมชน ต้องเข้าใจสภาพและวิถีชีวิตของชุมชน การถ่ายทอดข้อมูล การประสานงานลงสู่ครอบครัวโดยผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อสร้างกระแสให้เกิดการยอมรับว่าเป็นปัญหาของชุมชนทำให้เกิดการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหา (Paimoolpiam et al., 2016) ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยตั้งอยู่ใกล้บ้านและใกล้ชุมชนของผู้ป่วย สำหรับปัจจัยเรื่องแผนการรักษา พบว่า บุคลากรมีการสอบถามความเห็นผู้รับบริการเรื่องแผนการรักษา รวมทั้งมีการนำเสนอแผนการรักษา >1 ทางเลือก ได้แก่ การควบคุมการบริโภคอาหารแทนการปรับขนาดยาที่รับประทานของผู้ป่วยเบาหวาน หรือ การออกกำลังกายแทนการรับประทานยาลดไขมัน เป็นต้น โดยมีการวางแผนช่วยเหลือจากเพื่อน ครอบครัว สังคม ซึ่งถือว่าเป็นงานบริการที่ต้องดำเนินงานตามนโยบายคลินิกหมอครอบครัวในการสร้างสุขภาพดี ดูแลผู้ป่วยด้วยคุณภาพและประสิทธิภาพ (Wasi, 2017) ในขณะเดียวกันผลลัพธ์ของการรักษา คือ ความพึงพอใจที่ผู้ป่วยได้รับนัดหมายจากการรับบริการที่ทีมงานหมอครอบครัวนั้นได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากปัจจัยสุขภาพทั้งในด้านงาน ครอบครัว สังคมที่มีผลกับโรค และสิ่งที่ปฏิบัติที่มีผลต่อโรค และการมีเป้าหมายการรักษา ได้แก่ การได้รับการปรึกษาเกี่ยวกับเป้าหมายการรักษา การได้รับความช่วยเหลือการตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยผ่านตัวแปรต้นกลางคือปัจจัยการปฏิบัติตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยการตั้งเป้าหมายร่วมกัน เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่า มีการกำหนดเป้าหมายโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและประสิทธิภาพในการดูแล มีการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมรับรู้ปัญหาความจำเป็นของตนเอง (Kaewtem, Panchakhan, Suntep, Wongthida & Nirattisai, 2022) นอกจากนี้ยังสอดคล้อง

กับการศึกษาเรื่อง การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Sattayasomboon, 2020) ซึ่งจากหลักฐาน พบว่า วิธีการออกแบบระบบบริการที่ได้ผลดี นอกจากการให้การดูแลรักษาแล้วก็เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิต มีการรวมการจัดการศึกษาในการจัดการตนเอง โดยการให้มาตรการความรู้เสริมเกี่ยวกับความดันโลหิต ผ่านสื่อทางไกลเพื่อผลการให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม การบริหารยาในการควบคุมความดันโลหิต โปรแกรมส่วนใหญ่ยึดหลักที่สำคัญ คือ มีการให้ความรู้ เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การฝึกทักษะ การติดตามค่าความดันโลหิต มีการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง เช่น การวัดค่าความดันโลหิตที่บ้าน การติดตามสอนรายกลุ่มทางอินเทอร์เน็ต เป็นต้น ซึ่งผลจากการศึกษาที่ได้จากข้อมูลเชิงปริมาณดังกล่าวยังสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพของงานคลินิกหมอครอบครัวในครั้งนี้พบว่า บุคลากรของคลินิกหมอครอบครัวควรที่จะมีการจัดระบบการให้บริการโดยเน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการกำหนดเป้าหมายโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและประสิทธิภาพในการดูแล และควรเน้นการสื่อสารผู้ป่วยในเชิงบวกเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง อาทิเช่น 1) เน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก 2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง 3) มีการกำหนดเป้าหมายโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่า ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง และด้วยเหตุที่คลินิกหมอครอบครัวสามารถให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุม ตั้งแต่การป้องกัน การรักษาฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพ สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกด้าน คลินิกหมอครอบครัวสามารถให้บริการที่มีคุณภาพสูง ทีมหมอครอบครัวมีทักษะและประสบการณ์ที่สูง คลินิกหมอครอบครัวมีราคาไม่แพง ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยมาก โดยรัฐบาลควรสนับสนุนให้คลินิกหมอครอบครัวมีจำนวนมากขึ้น เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การศึกษาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่พบว่า การบริการคลินิกหมอครอบครัวควรเป็นการบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ การให้บริการเชิงรุก ส่งเสริมการมีทัศนคติในเชิงบวกของคณะทำงานในชุมชน โดยเน้นการบริหารจัดการที่ยึดผลประโยชน์ส่วนรวมชุมชนเป็นที่ตั้งเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืน (WannaKul, 2023) การมองเห็นคุณค่าและการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Kaewtem, Panchakhan, Wannalai & Foochuen, 2020) รวมทั้งการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวควรพัฒนาระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ เพื่ออำนวยความสะดวกและลดระยะเวลาในการรอรับบริการคลินิกหมอครอบครัวควรพัฒนาระบบการนัดหมายล่วงหน้า เพื่อลดความแออัดของคลินิกและเพิ่มคุณภาพการให้บริการคลินิกหมอครอบครัวควรพัฒนาระบบการติดตามผลการรักษา เพื่อประเมินผลการรักษาและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านงานคลินิกหมอครอบครัว โดยเน้นการให้คำปรึกษาในด้านสุขภาพที่เน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก เน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการกำหนดเป้าหมายโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งมีการกำหนดเป้าหมายในการรักษาโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในตัวแปรที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ ด้วยการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อดูผลการศึกษาที่เกิดขึ้นว่ามีอิทธิพลต่อกันอยู่หรือไม่ เช่น ตัวแปรแผนการรักษากับตัวแปรการปฏิบัติตน ตัวแปรปัจจัยสุขภาพกับตัวแปรผลของการรักษา และตัวแปรเป้าหมายการรักษากับตัวแปรผลของการรักษา

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีการวิธีการดำเนินการให้เกิดการจัดการตนเองอย่างมีเป้าหมายร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชุมชน เพื่อการจัดการโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้โอกาสและให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในระดับผู้บริหารและปฏิบัติของอำเภอสาร์ภี จังหวัดเชียงใหม่ ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้ รวมทั้งที่ปรึกษางานวิจัยและผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- Alberta Health Service. (2012). Workforce Model Transformation Project, Workforce Model Transformation (WMT) Leading Practices, Definitions, and References, September
- Buraphunt R., Muangsom N. (2013). Factors Affecting Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus of Patients in Sangkhom Hospital, Udonthani Province. *KKU Journal for Public Health Research*. 6(3): 102-109. (in Thai)
- Chobthamasakul S. (2021). Causal Factors Affecting Health Promoting Behaviors of Ramkhamhaeng University Personnel. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. Vol. 22 No.1 January - April 2021: 422-431. (in Thai)
- Chunrum K., Chaichana B., Chaosuansreechroen K. (2016). Self-care of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: Development of Model Integration with AIC Technique (Sukhirin Hospital). *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 3(3): 179-193. (in Thai)
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A First Course in Factor Analysis* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2021). *Chronic Non-Communicable Diseases (NCD)*. (in Thai). Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2022). *Chronic Non-Communicable Diseases (NCD)*. (in Thai). Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, Carlsson J, Dahlin-Ivanoff S, Johansson IL, Kjellgren K, Lidén E. (2011). Person-centered care-ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing*. 10(4):248-51.
- Horapleard S., Toontom N., Siwina S. (2019). Application of Self-care Behavior Promotion

- Program and Social Support For Diabetic Patients at Ban Khaotakhong Health Promoting Hospital, Kasetwisai District, Roi Et Province, Thailand. *Academic Journal of Community Public Health*. 5(2): 52-67. (in Thai)
- Husserl, E. (1965). *Philosophy as a rigorous science*. In *Phenomenology and the crisis of philosophy*. New York: Harper and Row.
- Kanfer, F. (1988). Self-management methods. In. Kanfer & A.P. Goldstein. (Eds.). *Helping People Change: A Textbook of Methods*. (3rd edition) (pp. 283-338). New York: Pergamon.
- Kaewtem Y., Panchakhan N., Wannalai U., Foochuen Y., (2020). The Causal Model Affecting Caring of the elderly with disabilities in Phichai Sub-district, Mueang, Lampang Province *Research and Development Health System Journal*. 13(3):42-51.
- Kaewtem Y., Panchakhan N., Suntep W., Wongthida K., Nirattisai P. (2022). The Key Success and Failure Factors in Health Literacy to Reduce Salty Consumption Ban Pa Hiang Community, Mueang District, Lampang Province. *Academic Journal of Community Public Health*. 13(3):28-44.
- Kerdmongkol P., Amnatsatsue K., Rattanasoungthum P. (2017). Effect of a Case Management Program for Older People with Diabetic Retinopathy. *Journal of Public Health Nursing* 31(2): 1-10. (in Thai)
- Khumkaew J. (2023). Self-Assessment of Primary Healthcare Service Delivery System at Family Medicine Clinics for Managing Non-Communicable Chronic Diseases in Municipal Districts. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 17(3): 894-907. (in Thai)
- Kogan, H.N., & Betrus, P.A. (1984). Self-management: a nursing mode of Therapeutic influence. *Advance in Nursing Science*, (7), 55-73.
- Kosonjit R., Noimuenwa P. (2017). Effectiveness of Case Management in Patients with Diabetic Mellitus at Pak Phli Hospital, Nakhon Nayok Province. *Nursing Journal*. 44(1): 26-38. (in Thai)
- Leutz WN. (1999). Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*.
- Likert, R. (1967). The method of constructing an attitude scale. In M. Fishbein (Ed.), *Readings in attitude theory and measurement* (pp. 90-95). New York: Wiley & Son.
- Ministry of Public Health. (2016). *Primary Care Cluster Guideline for Health Care Units*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Office of the Constitutional Court. (2017). *Constitution of the Kingdom of Thailand B.E.2560 (2017)*. P. Press. Co. Ltd. s 258. (in Thai)
- Paesuea S. (2015). Factors related to self-care behavior of patients with type 2 diabetes in urban community Bangkok. Master of Public Health Thesis Graduate School Mahidol University. (in Thai)



- Paimoolpiam P., et al. (2023). Model Development to Improve Accessibility of Diabetes and Hypertension Patients with Participation of Community Network, Maesakorn Health Promoting Hospital, Wiang Sa District, Nan Province. *Journal of Health Science*. 25(3): 394-400. (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Promdee A., Chaitrong T. (2020). Effectiveness of Case Management among Patients with Diabetes Mellitus in Primary Care Cluster at Mukdahan Hospital. *Research and Development Health System Journal*. 13(1): 292-299. (in Thai)
- Promsuwan K. (2017). Factors related to health promotion behaviors of Nongmaikaen elderly club members, Chachoengsao Province. Dissertation, Chachoengsao: Rajabhat Rajanagarindra University. (in Thai)
- Royal Thai Government Gazette. (2019). *Primary Health System Act 2019*. Retrieved 30 April 2019 from <https://shorturl.at/DQU01>. (in Thai)
- Saengsinsorn P. (2021). A Study of Factors Related to Health Behavior of People at Risk of Diabetes and Hypertension in Phichit Province. *Phichit Public Health Research And Academic Journal*. 2(2): 43-54. (in Thai)
- Saraphi Provincial Health Office. (2020). *Inspection and supervision of the Ministry of Public Health, Health Region 1*. Chiang Mai. (in Thai)
- Sattayasomboon T. & Sattayasomboon Y. (2020). Hypertension and type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Systematic Review on the Chronic Care Model (CCM) and Self-Management Support (SMS). *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 7(2), 232-243. (in Thai)
- Srithamrongsawat S, Suriyawongpaisan P, Sornsriwichai W, Labbenjakul S, and Sriyakul D. (2020). Research project to develop an integrated and people-centered primary service system. Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI) (in Thai).
- Starfield B. (2011). Is Patient-Centered Care the Same as Person-Focused care. *Perm J*. 15(2):63-9.
- Sukkawaspong S. (2019). Evaluation of the operation of Mueang Pak Chong primary care cluster. *Reg 11 Med J*, 33(1):73-89. (in Thai)
- Taengsakha K., Maneesriwongul W., Putawatana P. (2019). Factors Related to Adherence to Treatment in Essential Hypertensive Patients with Early Renal Insufficiency. *Rama Nurs J*. 25(1): 87-101. (in Thai)
- WannaKul, S. (2023). The Study of Age-Friendly Primary Health Care: Case Study of Primary Care Cluster, Ban Si Muat Klao Sub District Health Promoting Hospital, Mueang District, Lampang Province. *Journal of Health Sciences Scholarship*. 6(2), 43-65.
- Wasi P. (2017). *Thai Health System in the Decade*. Nonthaburi: Office of the National Health Commission (NHO). (in Thai).