

การเปรียบเทียบการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง
ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลกำแพงเพชร
และโรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

Comparison of Integrated People-centered Care for Chronic Care
Patients of Kamphaeng Phet Hospital and Khlong Khlung Hospital
Primary Care Cluster, Kamphaeng Phet Province

สุวัฒนา คำสุข^{1*} และ มลวิภา กาศสมบูรณ์²

Suwattana Kumsuk^{1} and Monwipa Katsomboon²*

¹ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จ.ลำปาง 52000

¹Department of Community Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Nakhorn Lampang,
Lampang 52000, Thailand

²สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร อ.เมือง จ.กำแพงเพชร 62000

²Kamphaeng Phet Provincial Health Office, Kamphaeng Phet 62000 Thailand

*Corresponding author Email: suwattana.k@mail.bcnlp.ac.th

(Received: March 9, 2021; Accepted: August 16, 2021)

Abstract: The study is a preliminary evaluation of a redesigned health service by integrated people-centered care model for chronic care patients at Primary Care Clusters in Kamphaeng Phet Province. Thirty-three participants, a member of the family care teams, were recruited by using purposive sampling method. They rated their responses in a survey and expressed their views during a focus group interview. Independence t-test and content analysis were applied for data analyses. The results revealed that family care teams in Kamphaeng Phet Province have implemented an integrated people-centered care model in providing care to their patients with chronic diseases. The five processes of the model were at a good level, including having an interaction between the family care teams and their patients, a shared care plan and participation, health information to enhance health literacy and self-management support, and continuity of care and coordination. The finding could be applied to develop a health care service by integrated people-centered care model for an integrated and participated approach to better community development and to improve of quality of life.

Keywords: Primary care system, people-centered care, expanded chronic care model

บทคัดย่อ: การศึกษานี้เพื่อประเมินผลการดำเนินการเบื้องต้นในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของทีมหมอครอบครัวในจังหวัดกำแพงเพชร โดยระเบียบวิธีวิจัยแบบสำรวจและสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง กลุ่มตัวอย่างเลือกด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงจากสมาชิกทีมหมอครอบครัว จำนวน 33 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ independence t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า ทีมหมอครอบครัวในจังหวัดกำแพงเพชรมีการดำเนินการพัฒนาระบบการให้บริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางครบทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับดีทั้งสองแห่งโดยมีการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมหมอครอบครัวและประชาชน

และมีการจัดทำแผนดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วมด้วยระบบข้อมูลที่สนับสนุนการบริหารจัดการตนเองทำให้ประชาชนได้รับบริการที่ต่อเนื่องและมีการเชื่อมประสานกัน ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางเพื่อการทำงานร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการบริการประชาชนอันนำไปสู่การพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต

คำสำคัญ: ระบบบริการปฐมภูมิ บริการที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง รูปแบบขยายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คำนำ

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในปัจจุบันเสนอให้จัดการบูรณาการบริการสุขภาพที่จำเป็นแก่คนทุกกลุ่มวัยอย่างมีส่วนร่วมและเท่าเทียมด้วย “ทีมหมอครอบครัว” เพื่อการดูแลประชาชนในตำบลร่วมกัน เรียกว่า เครือข่ายบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องควบคุมระดับน้ำตาลได้ประมาณร้อยละ 36 และมีระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้สองครั้งติดต่อกันร้อยละ 50 (Aekplakorn *et al.*, 2018) จึงจำเป็นต้องเร่งรัดการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การจัดบริการในรูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (Winitsorn *et al.*, 2015) ที่ทำงานแบบเชื่อมประสาน พัฒนาบริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสามารถเพิ่มความพึงพอใจและความยืดหยุ่นในการดูแลสุขภาพของบุคคล (Delaney, 2017) การบริการสุขภาพที่บูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 1) การสร้างปฏิสัมพันธ์ของทีมหมอครอบครัวกับประชาชน 2) การจัดทำแผนการดูแล รายบุคคลอย่างมีส่วนร่วมเป็นการดูแลรายบุคคลแบบองค์รวม 3) การจัดทำระบบให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองและมีการแบ่งปันข้อมูลระหว่างสถานบริการสุขภาพ 4) ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองให้มีความรู้ในการจัดการสุขภาพตนเอง และ 5) ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสานกับภาคีเครือข่ายเพื่อการสนับสนุนการดูแล (Sriyakun and Lapbenjakul, 2020)

การพัฒนาเครือข่ายปฐมภูมิ จังหวัดกำแพงเพชรเป็นพื้นที่นำร่องในชุดโครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเครือข่ายบริการปฐมภูมิ/คลินิกหมอครอบครัว การนำเสนอบทความนี้เป็นผลการประเมินเบื้องต้นของการดำเนินการบริการแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

อุปกรณ์และวิธีการ

การวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบสำรวจเชิงพรรณนาและการสนทนากลุ่มเพื่อเสนอรายละเอียดของการดำเนินการและความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรคือสมาชิกทีมสหวิชาชีพในทีมหมอครอบครัวเครือข่ายปฐมภูมิจังหวัดกำแพงเพชร การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเฉพาะเจาะจงในพื้นที่นำร่องของชุดโครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเครือข่ายบริการปฐมภูมิ/คลินิกหมอครอบครัว ได้แก่ ทีมหมอครอบครัวจากเครือข่ายปฐมภูมิขาแข้งราวและเครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาง ผู้ตอบคำถามเป็นสมาชิกในทีมหมอครอบครัวที่สมัครใจร่วมตอบแบบสอบถามและสนทนาเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกโรคเรื้อรัง จำนวน 33 ราย ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุขต่างๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือประกอบด้วย แบบประเมินตนเองที่พัฒนามาจาก Assessment of Chronic Illness

Care ฉบับภาษาไทย และ Assessment of Primary Care Resources and Supports for Chronic Disease Self-Management มีทั้งหมด 4 ตอน ประกอบด้วย

1) ข้อมูลส่วนบุคคลและประสบการณ์ในการให้บริการ

2) ชุดคำถามเกี่ยวกับกระบวนการจัดการบริการ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การลงทะเบียนและการสร้างปฏิสัมพันธ์ (2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม (3) การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย (4) ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและ (5) ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน

3) ชุดคำถามเกี่ยวกับระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดการบริการที่บูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางโดยให้ระดับความคิดเห็น ตั้งแต่ 1 ถึง 10 แบ่งเป็นระดับ 1 หรือ D หมายถึง มีการดำเนินการน้อยหรือมีระบบสนับสนุนบริการน้อยมากถึงไม่มี ระดับ 2-4 หรือ C หมายถึง มีการดำเนินการเป็นครั้งคราวหรือมีระดับการสนับสนุนพื้นฐาน ระดับ 5-7 หรือ B หมายถึง มีการดำเนินการและจัดการอย่างเป็นระบบและมีระบบการสนับสนุนดี และระดับ 8-10 หรือ A หมายถึง มีการดำเนินการและจัดการครบองค์ประกอบของการจัดการแบบบูรณาการโดยยึดหลักประชาชนเป็นศูนย์กลางและมีระบบสนับสนุนบริการที่ดีมาก การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค เท่ากับ 0.90

4) แบบคำถามปลายเปิดถึงโครงสร้างเกี่ยวกับการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวทั้ง 5 องค์ประกอบเพื่อใช้สำหรับการสนทนากลุ่ม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เริ่มจากการชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเมื่อผู้ร่วมวิจัยยินดีเข้าร่วมโครงการจะลงนามในแบบยินยอมและทำการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเป็นเวลา 15-20 นาที และร่วมสนทนากลุ่มเป็นเวลา 60-80 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ independence t-test สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ชุดโครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางผ่านการรับรองจากคณะกรรมการประเมินผลจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. MURA 2019/1018 วันที่ 28 ตุลาคม 2562

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้บริการ (Table 1)

Table 1. Characteristics of this study samples

Data		PCC Chakungrao (N=17)		PCC Wang Yang (N =16)	
		Frequency	Percentage	Frequency	Percentage
Sex	Male	4	12.12	4	12.12
	Female	13	39.39	12	36.36
Age	21-40	11	33.33	7	21.21
	41-60	6	18.18	9	27.27
Education	< Bachelor	1	3.03	1	3.03
	Bachelor	14	42.43	10	30.30
	≥Master	2	6.06	5	15.15

Table 1. (continued)

Data	PCC Chakungrao (N=17)		PCC Wang Yang(N =16)	
	Frequency	Percentage	Frequency	Percentage
Occupations				
Registered nurse	5	15.15	3	9.09
Public health personnel	2	6.06	6	18.18
Physician	2	6.06	2	6.06
Physical therapist	2	6.06	1	3.03
Others: Pharmacist, Social worker, Traditional Thai Medicine, Dentist, Nutritionist, Thai massage	6	18.18	4	11.11
Experiences in a family care team				
0 – 1	7	21.21	3	9.09
2 – 3	8	24.24	11	33.33
> 3	2	6.06	2	6.06
Roles in a family care team				
provider	11	33.33	13	39.39
manager	3	9.09	3	9.09
Others: PCC manager, NCD manager	3	9.09	0	0

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทีมหมอครอบครัวเครือข่ายปฐมภูมิกังกราว โรงพยาบาลกำแพงเพชร ดังนี้ เพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 39.39 และ 12.12 ตามลำดับ) อายุระหว่าง 21-40 ปี มากกว่าอายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 33.33 และ 18.18 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 42.43) ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 15.15) มีประสบการณ์ในทีมหมอครอบครัวระหว่าง 2-3 ปี (ร้อยละ 24.24) และมีบทบาทเป็นผู้ให้บริการ (ร้อยละ 33.33) ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในทีมหมอครอบครัวเครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาง

เพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุระหว่าง 41-60 ปี มากกว่าอายุระหว่าง 21-40 ปี (ร้อยละ 27.27 และ 21.21 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 30.30) ปฏิบัติงานตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 18.18) มีประสบการณ์ในทีมหมอครอบครัวระหว่าง 2-3 ปี (ร้อยละ 33.33) และมีบทบาทเป็นผู้ให้บริการ (ร้อยละ 39.39)

2. การประเมินกระบวนการจัดการบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างทีมหมอครอบครัวในเครือข่ายปฐมภูมิกังกราวและเครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยางของโรงพยาบาลคลองขลุง

Table 2. Means comparison of process evaluation on integrated people centered care between Chakungrao and Wang Yang primary care clusters

Health Service System	Chakungrao (N=17)		WangYang (N=16)		t	Sig
	Mean	SD	Mean	SD		
1) Interactions between patients and a family care team	7.16	0.01	6.76	0.44	0.80	0.43
Having a family physician	7.13	1.31	6.88	1.32	0.53	0.60
Having a family care team	7.19	1.33	6.65	1.93	0.94	0.35

*significant at a level of 0.05

Table 2. (continued)

Health Service System		Chakungrao (N=17)		WangYang (N=16)		t	Sig
		Mean	SD	Mean	SD		
2)	Interactions between patients and a family care team	7.16	0.01	6.76	0.44	0.80	0.43
	Having a family physician	7.13	1.31	6.88	1.32	0.53	0.60
	Having a family care team	7.19	1.33	6.65	1.93	0.94	0.35
3)	Shared care plan and participation	5.58	0.29	6.61	0.16	-1.70	0.10
	Having efficient individual care plan	5.88	2.28	7.06	1.39	-1.79	0.09
	Having efficient and coverage individual care plan	5.19	2.29	6.65	1.69	-2.09	0.04*
	Having coverage Individual care plan and family member involvement	5.69	1.78	6.12	1.62	-0.73	0.47
4)	Health information system	7.09	1.69	6.84	1.30	-0.47	0.64
	Health information system within network	7.58	1.87	7.13	1.50	-0.79	0.44
	Health information system with individual care plan	6.58	2.29	6.56	1.55	-0.04	0.97
5)	Health literacy & self-management supports	6.19	0.02	6.24	0.01	-0.08	0.94
	Having risk assessment	5.06	1.95	5.65	1.93	-0.86	0.39
	Having a toolkit for behavior change	7.31	1.92	6.82	1.94	0.73	0.47
6)	Continuity of care and coordination	6.34	0.62	6.82	0.10	-0.87	0.39
	Endless transferable between health care facilities	6.38	2.36	6.76	1.95	-0.51	0.61
	Collaboration within network	6.31	1.49	6.88	2.09	-0.91	0.37

*Significant at a level of 0.05

Table 2 พบว่า 1) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและหมอครอบครัวในทีมหมอครอบครัวเครือข่ายปฐมภูมิขาँगราว (mean=7.16, SD=0.01) สูงกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาง (mean= 6.76, SD= 0.44) แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=0.80, df=31) เมื่อแยกรายข้อผู้ป่วยที่รับบริการทีมหมอครอบครัวเครือข่ายปฐมภูมิขาँगราวทราบชื่อหมอครอบครัวและมีช่องทางการติดต่อกับทีมหมอครอบครัว (mean= 7.13, SD= 1.31) รวมถึงทราบว่าตนเองมีทีมหมอครอบครัวประจำครอบครัว (mean= 7.19, SD= 1.33) มากกว่าผู้ป่วยที่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาง (mean= 6.88, 6.65 และ SD= 1.32, 1.93 ตามลำดับ) 2) ทีมหมอครอบครัวในเครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยางมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม (mean=6.61, SD=0.16) มากกว่าเครือข่ายปฐมภูมิขาँगราว (mean=5.58, SD=0.29) แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=1.70, df=31) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าการจัดทำแผนเฉพาะรายบุคคลในการดูแลผู้ป่วยของทีมหมอครอบครัวเครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยางมีประสิทธิภาพและครอบครัวมีส่วนร่วม

(mean=7.06, 6.12 และ SD=1.39, 1.62) มากกว่า เครือข่ายปฐมภูมิชาวกักราว (mean=5.88, 5.69 และ SD=2.28, 1.78 ตามลำดับ) และยังพบว่า มีประสิทธิผลครอบคลุมมากกว่า (mean=6.65, 5.19 และ SD=1.69, 2.29 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.04 ($t=2.09$, $df=31$) 3) มีการจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการจัดการ การเชื่อมประสานระหว่างสถานบริการและการสนับสนุนของทีมหมอบรรคครัว เครือข่ายปฐมภูมิชาวกักราว (mean=7.09, SD=0.30) ในระดับดีกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาง (mean=6.31, SD=0.23) แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=0.47$, $df=31$) เมื่อแยกรายข้อ พบว่าระบบข้อมูลที่เชื่อมต่อสถานพยาบาลและการมีข้อมูลการดูแลรายบุคคลของทีมหมอบรรคครัว เครือข่ายปฐมภูมิชาวกักราวอยู่ในระดับดี (mean=7.58, 6.58 และ SD=1.87, 2.29 ตามลำดับ) กว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาง (mean=7.13, 6.56 และ SD=1.50, 1.55 ตามลำดับ) 4) ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังของทีมหมอบรรคครัว เครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยางอยู่ในระดับดี (mean=6.24, SD=0.01) กว่าทีมหมอบรรคครัว เครือข่ายปฐมภูมิชาวกักราว

(mean=6.19, SD=0.02) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=.08$, $df=31$) เมื่อแยกรายข้อ พบว่ามีการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงดีกว่า (mean=5.65, 5.06 และ SD=1.93, 1.95 ตามลำดับ) แต่ทีมหมอบรรคครัว เครือข่ายปฐมภูมิชาวกักราวมีชุดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่ในระดับดีกว่า (mean=7.31, 6.82 และ SD=1.92, 1.94 ตามลำดับ) และ 5) ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสานอย่างเป็นระบบและมีการสนับสนุนในทีมหมอบรรคครัว เครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยางอยู่ในระดับดีกว่า (mean=6.82, SD= 0.10) เครือข่ายปฐมภูมิชาวกักราว (mean=6.34, SD=0.62) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=.87$, $df=31$) เมื่อแยกรายข้อพบว่าทีมหมอบรรคครัว เครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยางมีระบบติดตามผู้ป่วยและมีผู้ป่วยบางรายได้รับการติดต่อเนื่องรวมถึงการประสานงานกับเครือข่ายในชุมชนอยู่ในระดับดี (mean=6.76, 6.88 และ SD=1.95, 2.09 ตามลำดับ) กว่าทีมหมอบรรคครัว เครือข่ายปฐมภูมิชาวกักราว (mean=6.38, 6.31 และ SD=2.36, 1.49 ตามลำดับ)

3. การประเมินระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Table 3. Means of supportive systems at Chakungrao and Wang Yang primary care clusters (N=33)

Data	PCC Chakungrao		PCC Wang Yang		t	Sig
	M	SD	M	SD		
Supportive system at PCC	7.34	1.31	7.13	1.49	0.43	0.67
Working as a team	7.44	1.26	7.00	1.46	0.92	0.36
Continuous improvement on service quality	6.69	1.49	6.82	2.01	-0.22	0.83
Understanding of an integrated and patient-centered care	7.38	1.96	7.41	1.37	-0.06	0.95
Confidence and autonomy of time management	7.88	1.31	7.75	1.13	0.94	0.36

Table 3 องค์กรทีมหมอบรรคครัว เครือข่ายปฐมภูมิชาวกักราวมีระบบสนับสนุนการจัดบริการปฐม

ภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอยู่ในระดับดี (mean=7.34, SD=1.31) กว่าองค์กรทีมหมอบรรคครัว เครือข่าย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาง (mean=7.13, SD=1.49) แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=0.43$, $df=31$) เมื่อแยกรายข้อพบว่าการทำงานเป็นทีม (mean=7.44, SD=1.26) และความเชื่อมั่นในการจัดสรรเวลาการทำงานอย่างมีอิสระ (mean=7.88, SD=1.31) ของทีมหมอครอบครัวเครือข่ายปฐมภูมิฯกักราวอยู่ในระดับดีกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาง (mean=7.00, 7.75 และ SD=1.46, 1.13 ตามลำดับ) และกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องรวมถึงการทำความเข้าใจกับหลักการจัดบริการครบองค์ประกอบทีมหมอครอบครัวเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาง (mean=6.82, 7.41 และ SD=2.01, 1.37 ตามลำดับ) ดำเนินการอยู่ในระดับดีกว่าเครือข่ายปฐมภูมิฯกักราว (mean=6.69, 7.38 และ SD=1.49, 1.96 ตามลำดับ)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เริ่มจากการสนทนากลุ่ม ถอดเทปแบบคำต่อ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา หลังจากนั้นตรวจสอบผลการศึกษาโดยบุคลากรในพื้นที่ ผลดังนี้

1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและทีมหมอครอบครัว มีการแนะนำชื่อหมอครอบครัวและเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินในรูปแบบสติ๊กเกอร์ทุกครอบครัวในเขตรับผิดชอบ มีการจัดทำภาพขนาดเท่าคนจริงของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเป็นการแนะนำให้ประชาชนรู้จักกับแพทย์ครอบครัวประจำคลินิกหมอครอบครัว การประชาสัมพันธ์การจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวผ่านอาสาสมัครประจำหมู่บ้านและการเยี่ยมบ้านของทีมหมอครอบครัวจะนัดหมายการเยี่ยมบ้านผ่านอาสาสมัครประจำหมู่บ้านร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ส่วนช่องทางการติดต่อระหว่างหมอครอบครัวและครอบครัวที่รับบริการรวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีหลายทาง ได้แก่ โทรศัพท์ การใช้แอปพลิเคชันไลน์ที่แบ่งกลุ่มสนทนาในห้องสนทนาแบบเป็นทางการหรือ official line และห้องสนทนาเฉพาะชุมชนที่

หมอครอบครัวรับผิดชอบเพื่อเป็นการสื่อสารข้อมูลระหว่างกัน

2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม หมายถึง การวางแผนการเยี่ยมบ้านอย่างมีส่วนร่วม พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้ประสานทีมสหวิชาชีพในการวางแผนการเยี่ยมบ้าน ส่วนใหญ่นำความจำเป็นเร่งด่วนในกลุ่มผู้ป่วยกลับบ้านหลัง stroke ผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มผู้พิการและกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากการค้นหาผู้ป่วยโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือจากการส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่าย หลังจากนั้นพยาบาลวิชาชีพร่วมกับนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบชุมชนประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลแบบบูรณาการที่เน้นบริบทของประชาชนกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพโดยการมีส่วนร่วมของญาติและชุมชน ส่วนใหญ่จะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยทางแอปพลิเคชันไลน์หรือมีการประชุมกันในทีมหมอครอบครัวแล้วจึงกำหนดทีมเยี่ยมบ้านตามแผนการเยี่ยมบ้านซึ่งไม่จำเป็นต้องเยี่ยมบ้านครบทีม เช่น เกสัชกรจะเข้าเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อดูแลปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ซึ่งผู้ป่วยบางคนอาจไปรับบริการตรวจรักษาจากสถานบริการหลายแห่งจำเป็นต้องดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย หรือผู้ป่วยกลับบ้านหลัง stroke นักกายภาพบำบัดเป็นบุคลากรที่สำคัญในการให้ความรู้และคำแนะนำในการทำกายภาพบำบัดที่บ้านหรือประเมินสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ป่วย เป็นต้น หลังจากกำหนดรายเยี่ยมและจัดลำดับการเยี่ยมบ้านแล้วพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้นัดหมายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้นัดหมายผู้ป่วยและญาติในการกำหนดวันและเวลาการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการจัดการดูแลโดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) มีส่วนร่วมในการเข้าร่วมวางแผนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) การสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (motivational

interviewing) ที่เน้นผู้ป่วยเป็นหลัก และ3) การเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลเป็นการบันทึกข้อมูลแต่ยังไม่ได้จัดทำในรูปแบบรายงานการดูแลรายบุคคล เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องเวลาและจำนวนบุคลากร โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอธิบายว่า เราดูคนไข้...ดูประชาชนไม่ได้ดูเรื่องสุขภาพอย่างเดียวเราดูเรื่องอื่นด้วย

3) การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งมีการใช้ระบบข้อมูลหลากหลายแบบ ได้แก่ (1) ทีมหมอครอบครัวมีระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่เชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลประจำจังหวัดผ่านระบบ continuity of care (COC) หรือ Smart COC เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสมุดประจำตัวผู้ป่วย (2) การใช้ระบบสารสนเทศ เรียกว่า PCC link ให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาข้อมูลตนเองจากการสแกน QR code เพื่อใช้ในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และ (3) ใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการปรึกษาทีมหมอครอบครัว และใช้ในการส่งข้อมูลระหว่างสมาชิกในทีม

4) ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงโรคเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุข โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมแล้วเป็นผู้คัดกรอง ภายใต้การกำกับของทีมนักวิชาชีพในทีมคลินิกหมอครอบครัว และผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังว่าควรมีการแบ่งระดับการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล หรือ personal health record และควรมีการเสนอข้อมูลให้ผู้ป่วยและคนทั่วไปอ่านแล้วเข้าใจง่าย การให้ข้อมูลบางประเภทที่เป็นความลับผู้ป่วยควรพิจารณาการเข้าถึงข้อมูลให้ได้เฉพาะกลุ่ม สำหรับข้อมูลที่ควรให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงได้แก่ ชื่อ-นามสกุล ที่อยู่ สิทธิผู้ป่วย ประวัติครอบครัว โรคประจำตัวและยาที่ผู้ป่วยได้รับ แต่สำหรับโรคบางกลุ่มที่ต้องเก็บเป็นความลับก็ยังเป็นข้อกังวลและควรคำนึงถึงเรื่องการฟ้องร้องเกี่ยวกับ

แนวทางการรักษาของแพทย์แต่ละคน ซึ่งแพทย์แต่ละท่านมีวิธีการที่ไม่เหมือนกัน ฉะนั้นถ้าให้คนอื่นมาดูได้ก็อาจจะมีความเกี่ยวกับการฟ้องร้องได้นอกจากนี้ข้อมูลที่สามารถให้ผู้ป่วยประเมินตนเองควรแสดงผลในรูปแบบกราฟเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาโรคซึ่งสามารถจัดทำในรูปแบบแอปพลิเคชันและง่ายต่อการทำความเข้าใจ

5) ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสานแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการเชื่อมประสานในหลากหลายมิติ ดังนี้ การรับและส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานบริการสุขภาพ ข้อมูลผู้ป่วยและแผนการรักษาส่งผ่านระบบสารสนเทศ ที่เรียกว่าระบบ continuity of care (COC) หรือ smart COC โดยเจ้าหน้าที่จะตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยที่ถูกส่งกลับมารักษาที่บ้านและให้อาสาสมัครสาธารณสุขติดตามผู้ป่วย หลังจากนั้นให้ประสานกับทีมหมอครอบครัว เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยและรวบรวมข้อมูลในการวางแผนเยี่ยมบ้านกับทีมหมอครอบครัว สำหรับการเชื่อมประสานกับหน่วยงานอื่นจังหวัดกำแพงเพชรมีการประสานงานเป็นเครือข่าย เช่น กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้สูงอายุและคนพิการ ช่วยสนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นต่าง ๆ เช่น อุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน หรือการปรับปรุงสภาพบ้านให้กับผู้สูงอายุและผู้พิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จะมาดูแลเยี่ยมฉุกเฉินหรือต้องการความช่วยเหลือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีบ้านหรือไม่มีส้วม รวมถึงความช่วยเหลือด้านการเงินในเบื้องต้น สำหรับการดูแลเชื่อมประสานในการจัดบริการปฐมภูมิที่บูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดจุดวัดความดันโลหิตด้วยตนเองในชุมชน โดยเกิดจากการพบปัญหาที่เกิดจากการทำงานและร่วมกันแก้ไข โดยกล่าวว่า คนไข้เขาไม่สามารถจะมาวัดความดันได้บ่อย ๆ บางคนไม่มีเครื่องวัดความดันและบางคนมารอคิวตั้งนานเพื่อวัดความดันเสร็จแล้วก็กลับไป จึงมีความต้องการให้มีการกระจายให้ทุกคนสามารถวัดความ

ค้นได้และเรามีเจ้าหน้าที่ อสม. ในชุมชนที่สามารถแนะนำได้ว่า สีแดง คืออันตราย สีเหลือง คือเฝ้าระวัง สีเขียวคือปลอดภัยอยู่ได้ ก็จะมีตัวนั้นเป็นกลไกที่ทำให้เขาใช้ตัวเองถึงสิ่งอันตรายและเขาควรจะทำอะไรต่อไป....ตอนนี้พื้นที่ที่มีจุดวัดกระจายอยู่ประมาณ 22 แห่งแล้ว

อภิปรายผล

จากผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและทีมหมอครอบครัว การจัดทำแผนดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม และการจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยของทั้งสองหน่วยบริการสอดคล้องกับการจัดบริการในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เน้นการพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วย (Sriyakun and Lapbenjakul, 2020) และยังคงคล้ายกับการจัดบริการรูปแบบนี้ในการศึกษาของ Stellefson *et al.* (2013) ซึ่งมีการลงทะเบียนผู้ป่วยและมีสมุดบันทึกประจำตัวเป็นส่วนช่วยให้ทีมหมอครอบครัวสามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการวางแผนดูแลผู้ป่วยและสามารถใช้ข้อมูลในการติดตามความก้าวหน้าของการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลมีการปรับปรุงให้ทันสมัยและปฏิบัติตามแผนรวมถึงมีการเชื่อมข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลและผู้ป่วย โดยทั้งสองแห่งให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการดูแลรักษาตนเองโดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางถือเป็นการออกแบบระบบบริการหรือ delivery system design ที่เน้นการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

การมีสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยโดยทีมหมอครอบครัวเป็นผู้บันทึกและในบางรายมีการใช้ข้อมูลในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมโดยสม่ำเสมอของทั้งสองหน่วยบริการแสดงถึงความพยายามในการใช้ทักษะที่หลากหลายในการทำงานร่วมกันเป็นทีม และการสร้างความตระหนักในการประเมินสถานะสุขภาพตนเองและสามารถจัดการปัญหาสุขภาพตนเองในเบื้องต้นก่อนไปพบแพทย์ ถือเป็นการ

การสนับสนุนการจัดการตนเอง หรือ self-management support (Srithamrongsawat *et al.*, 2020b) นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงและสามารถจัดการกับความเสี่ยงจนเห็นผลตามที่คาดหวัง รวมถึงมีการจัดชุดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะรายบุคคลทำให้มีการส่งเสริมการบริหารจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยหลัก 3 ประการ คือการทำงานเป็นทีม หรือ team based approach การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล หรือ shared care plan และการจัดการรายกรณีหรือ case management โดยการใช้สมุดบันทึกประจำตัวที่ให้ความรู้เกี่ยวกับระดับความรุนแรงของการเป็นโรคเรื้อรัง การบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางเคมี รวมถึงขนาดยา วิธีการรับประทานยา การดูแลตนเองเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินและคำแนะนำที่พึงปฏิบัติถือเป็นข้อมูลที่จำเป็น สำหรับผู้ป่วย ญาติและทีมหมอครอบครัว ซึ่งแตกต่างกับการจัดบริการในสหรัฐอเมริกา (Gomutbutra, 2020) ที่ส่วนใหญ่มีการจัดให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองในรูปแบบการเรียนรู้แบบกลุ่มและเดี่ยวโดยพยาบาลวิชาชีพและมีการติดตามผลการดูแลตนเองทางโทรศัพท์ (Stellefson *et al.*, 2013) อย่างไรก็ตามการปรับพฤติกรรมสุขภาพโดยการใช้สมุดบันทึกประจำตัวในการจัดการสุขภาพตนเองต่ออุปสรรคในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายจะช่วยให้การส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ผลดีขึ้น (Wungrath, Saengyo, & Ummee, 2018) สำหรับการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีที่เป็นหรือฉุกเฉินโดยการทำงานอย่างมีส่วนร่วมกับหน่วยงานอื่นหรือในทีมหมอครอบครัว/เครือข่ายปฎิคมุมเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีการเชื่อมประสานการทำงานร่วมกันระหว่างสถานบริการกับการสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ซึ่งเป็นการดูแลที่เน้นการใช้ประโยชน์ในชุมชนและสามารถกำหนดนโยบายร่วมกัน หรือเรียกว่า community resources and policies (Stellefson *et al.*, 2013)

จากข้อมูลดังกล่าวอาจนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในทีมผู้ให้บริการและใช้ข้อมูลนี้เป็นแนวทางในการขยายเครือข่ายการดูแลสุขภาพภาคประชาชนกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยบางเพื่อเป็นการพัฒนารวมชนและคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ครอบคลุมมากขึ้น

สรุป

การพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และทีมหมอครอบครัวแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแก่ประชาชนในพื้นที่ศึกษาทั้งสองหน่วยบริการมีการดำเนินการได้ตามที่กำหนดทั้ง 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การลงทะเบียนและการสร้างปฏิสัมพันธ์ 2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม 3) การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย 4) ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD และ 5) ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางตามรูปแบบนี้สามารถใช้เป็นตัวอย่างในการดูแลสุขภาพภาคประชาชนทั้งในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อการทำงานร่วมกันในการพัฒนารวมชนและคุณภาพชีวิตของประชาชน

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยเรื่องนี้เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารามธิบดี ได้รับงบประมาณสนับสนุนงบจากสำนักคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ และสำนักวิจัยระบบสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

- Alkylators, W., S. Chariyalertsak, P. Kessomboon, S. Assanangkornchai, S. Taneepanichskul and P. Putwatana. 2018. Prevalence of diabetes and relationship with socioeconomic status in the Thai population: national health examination survey, 2004-2014. Journal of Diabetes Research. vol 2018. (Online) Available: <https://www.hindawi.com/journals/jdr/2018/1654530/> (March 5, 2021)
- Barr, V.J., S. Robinson, B. Marin-Link, L. Underhill, A. Dotts, D. Ravensdale and S. Salivaras. 2003. The expanded chronic care model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. Healthcare Quarterly. 7(1): 73-82.
- Delaney, L. J. 2018. Patient-centered care as an approach to improving health care in Australia. Collegian. 25: 119-123.
- Gomutbutra, P. 2020. Chronic care model: Improving primary care for patients with chronic illness. (Online). Available: <https://www.doctor.or.th/clinic/detail/7036>. (March, 7 2021)
- Srithamrongsawat, S., P. Suriyawongpaisal, V. Srisornvichai, S. Lapbenjakul, and D. Sriyakun. 2020b. Self-assessment of primary care units in providing Integrated People-centered care to patients with diabetes and hypertension. Journal of

- Health Systems Research. 14(4): 387-404. (in Thai)
- Sriyakun, D. and S. Lapbenjakul. 2020. Report on development of delivery model and guideline for integrated people-centered health service of primary care cluster. Health Systems Research Institute, Nonthaburi. 74 p. (in Thai)
- Stellefson M, K. Dipnarine, and C. Stopka. 2013. The chronic care model and diabetes management in US primary care settings: A systematic review. *Preventing Chronic Disease* 10:120180, doi:/10.5888/pcd10.1201
- Suriyawongpaisal, P. 2016. Monitoring and evaluation of family doctor policy. Health systems research institute, Nonthaburi. (in Thai)
- Wagner E.H., C. Davis, J. Schaefer, M. Von Korff and B. Austin. 1999. A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly*. 7(3): 5 6-66.
- Winitsorn, N., P. Tangchitmeti, N. Yuenyong, and S. Panbun, S. 2015. The development of chronic care model for urban older adults by community participation: a case study. *Journal of Nursing and Education*. 8(3): 14-32. (in Thai)
- Wungrath, J., S. Saengyo, and K. Ummee. 2018. Barriers to health care practice that impact to glycemic control among elderly with diabetes mellitus. *Journal of Community Development and Life Quality*, 6(2): 221-230. (in Thai)