

# การประเมินผลเบื้องต้น: ประสบการณ์การได้รับการดูแลแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์\*

ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล\*

วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย†

สันติ ลากบุญกุล‡

ดวงดาว ศรียากุล§

ผู้รับผิดชอบบทความ: สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

## บทคัดย่อ

โครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ได้นำร่องการปรับรูปแบบและกระบวนการจัดบริการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิหรือคลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster: PCC) จำนวน 20 แห่งในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในการนี้มีการประเมินผลเบื้องต้นภายหลังจากดำเนินการไปได้ 4 เดือน เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับบริการจาก PCC ในโครงการวิจัยเทียบกับหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นและแผนกบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในอำเภอเดียวกัน โดยสำรวจผู้ป่วยในชุมชนของอำเภอนำร่องแห่งละ 200 ตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 4,071 ตัวอย่าง จำแนกเป็นผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาล 1,311 ตัวอย่าง, PCC ในโครงการวิจัย 1,721 ตัวอย่าง, PCC นอกโครงการวิจัย 823 ตัวอย่าง และ รพ.สต. ทัวไป 216 ตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับทีมบุคลากรสาธารณสุขของ PCC ในโครงการวิจัยดีกว่าหน่วยบริการประเภทอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งการรู้จักชื่อแพทย์ ชื่อเจ้าหน้าที่หมอครอบครัว มีช่องทางติดต่อได้สะดวก อย่างไรก็ตาม ยังมีช่องว่างที่ต้องพัฒนาคือ ผู้ป่วยควรได้รับบริการจากแพทย์และหมอครอบครัวคนเดิมทุกครั้ง นอกจากนี้ จากแนวทางการดูแลที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังพึงได้รับทราบทั้งห้าด้านคือ ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ แผนการดูแลรักษา เป้าหมายการรักษา การปฏิบัติตนและผลการรักษานั้น ผู้ป่วยประเมินว่าได้รับบริการตามแนวทางการดูแลโรคเรื้อรังจาก PCC ในโครงการวิจัยเป็นส่วนใหญ่หรือแทบทุกครั้งในสัดส่วนสูงกว่าหน่วยบริการประเภทอื่นเกือบทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการการปฏิบัติตนต่ำกว่าด้านอื่นๆ อีกทั้งมีข้อสังเกตว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับทีมบุคลากรสาธารณสุขและการ

\* คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

† คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

‡ โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดลพบุรี

§ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์

Received 3 April 2020; Revised 11 June 2020; Accepted 16 June 2020

**Suggested citation:** Srithamrongsawat S, Suriyawongpaisal P, Srisornvichai V, Lapbenjakul S, Sriyakun D. Initial assessment of experiences on receiving integrated people-centered care of patients with diabetes and hypertension. *Journal of Health Systems Research* 2020;14(2):143-155.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย, สันติ ลากบุญกุล, ดวงดาว ศรียากุล. การประเมินผลเบื้องต้น: ประสบการณ์การได้รับการดูแลแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2563;14(2):143-155.

ได้รับบริการตามแนวทางการดูแลโรคเรื้อรังของ PCC นอกโครงการวิจัยมิได้ดีกว่าของคลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาล ทั้งนี้จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยผลการดำเนินงานและผลลัพธ์การจัดบริการในระยะต่อไป

**คำสำคัญ:** เครือข่ายบริการปฐมภูมิ, ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับทีมหมอครอบครัว, เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

## Initial Assessment of Experiences on Receiving Integrated People-Centered Care of Patients with Diabetes and Hypertension

Samrit Srithamrongsawat\*, Paibul Suriyawongpaisal\*, Vorasith Srisornvichai†, Santi Lapbenjakul‡, Duangdao Sriyakun§

\* Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University, † Prince of Songkla University

‡ Thawung Hospital, § Phetchabun Hospital

Corresponding author: Samrit Srithamrongsawat, sstrsw2012@gmail.com

### Abstract

An implementation research on the development of integrated-people centered care started a pilot reform of service delivery system in 20 primary care clusters (PCCs). Patients with diabetes and/or hypertension were employed in this pilot test model. An initial assessment was taken after a 4-months implementation on patient's experiences on receiving integrated people-centered care comparing between PCC under the project with other primary and ambulatory care facilities in the same district. A community survey of 200 samples was conducted from each district. There were totally 4,071 samples, 1,311 samples from hospital DM/HT clinics, 1,721 from PCCs in the project, 823 from other PCCs, and 216 samples from health centers.

Results showed that PCCs in the project had significantly better patient-family care team relationship compared with other types of health facilities, a greater proportion of patients knew the name of family physician, family care team, and had more convenient communication channel. However, the target of receiving care from the same family doctor and team needed further improvement. The PCCs in the project achieved significantly greater proportions of patients receiving care according to the guideline for chronic illness care in most of the 5 dimensions (knowing health determinant factor, care plan, goal setting, health behavior, and care result) compared with other types of facilities. However, the dimension on health behavior modification got relatively low score compared with other dimensions. It is noticeable that the other PCCs did not perform any better than hospital DM/HT clinics either in terms of patient-doctor/family care team relationship or care for chronic illness. Further implementation research is needed to evaluate implementation outcomes and service outcomes of the model.

**Keywords:** primary care cluster, patient-doctor/family care team relationship, diabetes, hypertension

### ภูมิหลังและเหตุผล

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable disease) เป็นภาระโรคสำคัญทั่วโลกและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>(1,2)</sup> โดยเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูงถือเป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของการสูญเสียสุขภาพของคนไทยในเพศหญิงและเพศชายตามลำดับ<sup>(3)</sup> ข้อมูลการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายครั้ง

ที่ 5 พ.ศ. 2557<sup>(4)</sup> พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 8.9 และ 24.7 ตามลำดับ ซึ่งสูงขึ้นเมื่อเทียบกับข้อมูลการสำรวจปี 2552<sup>(5)</sup> ที่มีความชุกเพียงร้อยละ 6.9 และ 21.4 ตามลำดับ หรือคิดเป็นจำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 3 แสน และ 6 แสนคนตามลำดับ ในขณะที่ยังมีผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน/ความดัน

โลหิตสูง แต่ยังไม่ทราบว่าเป็นถึงกว่าร้อยละ 40 นอกจากนี้ยังพบว่าประสิทธิผลการรักษาก็ยังอยู่ในระดับไม่น่าพอใจ กล่าวคือมีผู้ป่วยเบาหวานเพียงร้อยละ 23.5 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และร้อยละ 30 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ ภาวะดังกล่าวเป็นที่น่ากังวลต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะตามมาในอนาคต ในขณะที่ข้อมูลจากเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยซึ่งสุ่มสำรวจข้อมูลการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมาเป็นระยะก็พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่สถานพยาบาลต่างๆ รักษาอยู่ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้/ระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้มีเพียงประมาณร้อยละ 36 และ 50 ตามลำดับ และแนวโน้มได้เปลี่ยนแปลงตั้งแต่เริ่มสำรวจมาในปี 2553<sup>(6)</sup>

บริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นกลยุทธ์และระบบสำคัญในการนำไปสู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ<sup>(7,8)</sup> และเป็นกุญแจสำคัญในการนำไปสู่ระบบสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน (universal health coverage)<sup>(9)</sup> สำหรับประเทศไทยนั้น ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นช่องทางสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพ จนได้รับการยอมรับว่าเป็นรากฐานของความสำเร็จในการจัดระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health insurance coverage) ตั้งตั้งแต่ พ.ศ. 2545<sup>(10)</sup> ทั้งนี้เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอหรือที่เรียกว่าเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (contracting unit for primary care: CUP) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีบทบาทสำคัญในการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่ยังให้บริการในลักษณะตั้งรับและไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงได้มากนัก ระบบติดตามภาวะแทรกซ้อนยังขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดการพัฒนาศักยภาพ<sup>(11)</sup> ดังนั้น การพัฒนาระบบการจัดบริการและศักยภาพของบุคลากรของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิจึงมีความสำคัญต่อประสิทธิผลของการจัดบริการ

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายขับเคลื่อนการพัฒนา

เครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือคลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster: PCC) ภายใต้รัฐธรรมนูญไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 258 การปฏิรูปประเทศ ช. ด้านอื่นๆ<sup>(5)</sup> ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม<sup>(12)</sup> และพระราชบัญญัติระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562<sup>(13)</sup> แนวคิดหลักของนโยบายคือเปลี่ยนแนวคิดจากการใช้โรงพยาบาลและวิชาชีพเป็นฐานมาเป็นผู้ป่วยเป็นฐาน เน้นการดูแลคน ดูแลเป็นทีมโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง และจัดให้มีทีมหมอครอบครัวโดยประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สหสาขาวิชาชีพ และ อสม. ร่วมกันดูแลประชาชน 10,000 คน จัดบริการที่เชื่อมโยงบูรณาการดูแลทุกคน ดูแลทุกอย่าง ดูแลทุกที่ ดูแลทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี โดยมีระบบการเงินที่เอื้อและสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการอย่างบูรณาการ โดยคาดหวังว่า ระบบดังกล่าวจะทำให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีขึ้น ลดการป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มประสิทธิผลของการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง และลดภาวะแทรกซ้อน ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิดีขึ้นและลดการใช้บริการที่โรงพยาบาลที่ไม่จำเป็นลง อันจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ<sup>(14)</sup>

นโยบายดังกล่าวให้ความสำคัญกับการยกระดับศักยภาพด้านการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิ และมีแนวคิดให้จัดบริการโดยให้ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้การให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพไปร่วมจัดบริการเป็นการเพิ่มศักยภาพการให้บริการโดยปริยาย อย่างไรก็ตาม ยังขาดรูปธรรมในการปรับกระบวนการจัดการบริการให้เกิดการบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางว่าจะดำเนินการอย่างไร เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของนโยบาย โครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางได้พัฒนารูปแบบและแนวทางการจัดบริการของ PCC ขึ้น ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ คือ การสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมหมอครอบครัวกับ

ผู้ป่วย, การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม, การจัดทำข้อมูลสุขภาพรายบุคคล, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย, และความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสานบริการ ทั้งนี้ ได้มีการนำร่องดำเนินการปรับรูปแบบการจัดบริการของ PCC จำนวน 20 แห่ง โดยกำหนดขอบเขตการดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงเป็นกรณีศึกษา ในครั้งนี้จึงมีการประเมินผลเบื้องต้นของการได้รับบริการของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงจาก PCC และหน่วยบริการประเภทอื่นในอำเภอเดียวกัน ภายหลังดำเนินการไปได้ 4 เดือน

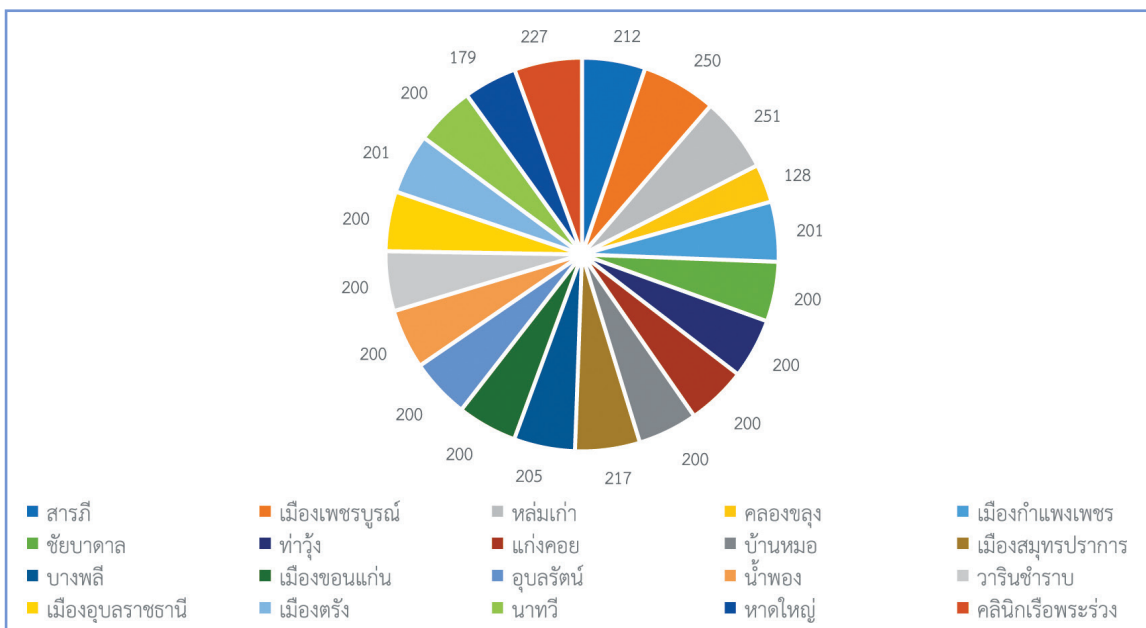
### ระเบียบวิธีศึกษา

ทำการสำรวจประสบการณ์ของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของ PCC ตัวอย่างของการสำรวจคือ ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและรับบริการที่ PCC และที่สถานพยาบาลประเภทอื่นในอำเภอเดียวกัน กำหนดให้สุ่มสำรวจผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและรับบริการที่ PCC และ คลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในอำเภอ

เดียวกันอย่างละ 100 ตัวอย่าง รวมเป็น 200 ตัวอย่างต่อพื้นที่ ในการสุ่มเลือกตัวอย่างนั้น ให้ทำการแยกผู้ป่วยตามหมู่บ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการก่อนและเก็บตัวอย่างผู้ป่วยในหมู่บ้านทั้งหมด หากยังได้ไม่ครบ ก็ให้สุ่มเลือกหมู่บ้านถัดไปจนได้ตัวอย่างครบตามที่กำหนด

อย่างไรก็ตาม ในการสำรวจจริงพบว่า บางจังหวัด (อุบลราชธานีและกำแพงเพชร) ไม่สามารถเก็บข้อมูลตามแผนที่วางไว้ เนื่องจากโรงพยาบาลได้ปิด OPD walk-in และถ่ายโอนผู้ป่วยทั้งหมดไปรับบริการที่ศูนย์แพทย์ของโรงพยาบาลและ รพ.สต. ขณะเดียวกันก็มีบางจังหวัด (กำแพงเพชร) มีนโยบายให้ทุกแห่งเป็น PCC ดังนั้น ข้อมูลที่ได้มาจึงมีผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ทั้งสี่ลักษณะ คือ คลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลหรือศูนย์แพทย์ที่มีได้เป็น PCC, PCC ในโครงการวิจัย (PCC ที่สมัครเข้าร่วมพัฒนาระบบบริการกับโครงการวิจัย), PCC ที่มีได้อยู่ในโครงการวิจัย (PCC ในพื้นที่เดียวกันแต่ไม่ได้สมัครเข้าร่วมพัฒนาระบบบริการกับโครงการวิจัย), และ รพ.สต. ทั่วไป จำนวนตัวอย่างที่ได้ทั้งหมด 4,071 ราย จาก 20 พื้นที่นำร่องทั่วประเทศ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

เป็นตัวอย่างผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิกเบาหวาน/



แผนภูมิที่ 1 จำนวนตัวอย่างของบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้ข้อมูลกระจายตามพื้นที่

ความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาล/ศูนย์แพทย์ชุมชน 1,311 ราย (ร้อยละ 32.2), จาก PCC ในโครงการวิจัย 1,721 ราย (ร้อยละ 42.3), จาก PCC นอกโครงการวิจัย 823 ราย (ร้อยละ 20.2), และ รพ.สต.ทั่วไป 216 ราย (ร้อยละ 5.3) ทั้งนี้ตัวอย่างผู้ป่วยรับบริการที่ รพ.สต. มาจาก 4 พื้นที่เท่านั้น จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีได้ อย่างไรก็ตาม จะนำเสนอข้อมูลควบคู่ไปด้วย ดังตารางที่ 1

แบบสอบถามแบ่งเป็นสามตอน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและประวัติการรับบริการ 2) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย และ 3) แบบสอบถามการดูแลโรคเรื้อรังซึ่งปรับมาจาก Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) ฉบับภาษาไทย\* โดยมีการปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทของระบบสาธารณสุขไทย และได้นำไปทดสอบความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงจำนวนหนึ่ง โดยการสนทนากลุ่มนอกพื้นที่วิจัยเพื่อดูว่าผู้ป่วยเข้าใจข้อคำถามที่ใช้หรือไม่ แบบสอบถามเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การได้รับบริการต่างๆ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา มีทั้งหมด 24 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือก 5 ระดับ คือ แทบจะไม่เคย โดยทั่วไปไม่ เป็นบางครั้ง ส่วนใหญ่ และแทบจะทุกครั้ง

ตารางที่ 1 จำนวนตัวอย่างแยกตามประเภทหน่วยบริการ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาล/ศูนย์การแพทย์ชุมชน	1,311	32.2
คลินิกหมอครอบครัว (PCC) ในโครงการวิจัย	1,721	42.3
คลินิกหมอครอบครัว (PCC) นอกโครงการวิจัย	823	20.2
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั่วไป	216	5.3

PCC: primary care cluster

\*Thai PACIC translation <http://www.improvingchroniccare.org/downloads/pacithai.doc>

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS version 18 และทดสอบค่าสถิติโดยใช้ค่า chi-square

## การผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโดยการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. MURA2019/1018)

## ผลการศึกษา

ในตอนนี้จะนำเสนอข้อมูลเป็นสามส่วนหลักคือ ข้อมูลทั่วไปและประวัติการรับบริการ ปฏิสัมพันธ์กับทีมหมอครอบครัว และประสบการณ์การได้รับบริการของผู้ป่วย

### 1. ข้อมูลทั่วไปและประวัติการรับบริการของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

ร้อยละ 73.2 ของตัวอย่างเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 58.67 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าเป็นหลัก หนึ่งในสามไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมาคือ เกษตรกร ร้อยละ 20.3 และ อาชีพอิสระ เช่น ค้าขาย ร้อยละ 17.8

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คือ ร้อยละ 48.8 เป็นโรคเบาหวานเพียงร้อยละ 13.6 และที่ป่วยเป็นทั้งสองโรคร่วมกันร้อยละ 37.6 ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยเฉลี่ย 8, 7, และ 10.2 ปีสำหรับเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและเป็นร่วมกันทั้งสองโรคตามลำดับ สองในสามของผู้ป่วยรายงานว่าตนเองควบคุมโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงได้ดี แต่เมื่อดูผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุดของตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 63.9 ของตัวอย่างมีผลบันทึกการตรวจในสมุดประจำตัวผู้ป่วย และร้อยละ 34.5 มีค่าน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 125 mg/dl คิดเป็นร้อยละ 54.0 เฉพาะกลุ่มที่มีผลบันทึกการตรวจในสมุดประจำตัวผู้ป่วย ในขณะที่มีตัวอย่างเพียงร้อยละ 28.5 มีข้อมูลผลบันทึกการตรวจน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในสมุดประจำตัวผู้ป่วย และตัวอย่างร้อยละ 13.2 มีผลการตรวจครั้งล่าสุดระบุว่า

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศหญิง	2,980	73.2
อายุ (ปี) (เป็นค่าเฉลี่ย, SD)	58.67 (21.25)	
ระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	3,311	81.3
<b>อาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้หลัก</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1,480	36.4
เกษตรกร	826	20.3
อาชีพอิสระ เช่น ค้าขาย	726	17.8
รับจ้างทั่วไป	572	14.1
<b>โรคเรื้อรัง</b>		
เบาหวาน	553	13.6
ความดันโลหิตสูง	1,988	48.8
เบาหวานและความดัน	1,529	37.6
<b>ระยะเวลาที่ป่วย (ปี) (เป็นค่าเฉลี่ย, SD)</b>		
เบาหวาน	8.0 (7.0)	
ความดันโลหิตสูง	7.0 (6.6)	
เบาหวานและความดัน	10.2 (7.6)	
<b>ผลการดูแลรักษาโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง</b>		
ควบคุมได้ดี	2,694	66.2
ควบคุมไม่ได้	1,165	28.6
มีภาวะแทรกซ้อน	135	3.3
<b>ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด (mg/dl)</b>		
น้อยกว่า 125 mg/dl	1,406	34.5
เท่ากับหรือมากกว่า 125 mg/dl	1,202	29.4
ไม่ระบุ	1,468	36.1
<b>ผลการตรวจน้ำตาลสะสม (HbA1c) ครั้งล่าสุด</b>		
น้อยกว่า 7%	537	13.2
เท่ากับหรือมากกว่า 7%	623	15.3
ไม่ระบุ	2,911	71.5
<b>ค่าความดันโลหิตที่วัดครั้งล่าสุด (ช่วงบนและช่วงล่าง; mmHg)</b>		
ระดับความดันโลหิตไม่เกิน 140/90	2,754	67.6
ระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90	1,053	25.9
ไม่ระบุ	264	6.5
<b>สิทธิหลักประกันสุขภาพหลัก</b>		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	3,353	82.4
ประกันสังคม	174	4.3
สิทธิข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการท้องถิ่น/องค์กรอิสระของรัฐ	379	9.3
ไม่มีสิทธิใดๆ จ่ายเงินเอง	24	0.6
สิทธิอื่นๆ	141	3.5

สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาเฉพาะกลุ่มที่มีผลการตรวจน้ำตาลสะสม สัดส่วนดังกล่าวจะเพิ่มเป็นร้อยละ 46.3 ส่วนตัวอย่างที่มีผลบันทึกค่าความดันโลหิตที่วัดครั้งล่าสุดในสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่ระบุว่าต่ำกว่า 140/90 mg Hg มีร้อยละ 67.6 หรือร้อยละ 72.3 เฉพาะในกลุ่มที่มีผลบันทึกการวัดความดันโลหิตในสมุดประจำตัวผู้ป่วย ทั้งนี้ ผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ 80 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลัก แสดงดังตารางที่ 2

**2. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วย**  
จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้ให้บริการมีความแตกต่างกันตามประเภทของหน่วยบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน (ตารางที่ 3) กล่าวคือ ผู้ป่วยที่รับบริการที่ PCC ในโครงการวิจัยมีสัดส่วนผู้รู้จักเรื่องหมอครอบครัว ทราบชื่อแพทย์ประจำครอบครัว และผู้เป็นหมอครอบครัว (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแลครอบครัวนั้นๆ) รวมถึงช่องทางการติดต่อกับหมอครอบครัว สูงกว่าผู้ป่วยในพื้นที่อื่นอย่างชัดเจน แม้ว่า

ตารางที่ 3 ปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการแบ่งตามประเภทของหน่วยบริการ

ปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ	ร้อยละ (n=4,071)				p-value
	1. รพ./ศูนย์แพทย์ n = 1,311	2. PCC ในโครงการวิจัย n = 1,721	3. PCC นอกโครงการวิจัย n = 823	4. รพ.สต. n = 216	
ทราบเรื่องหมอครอบครัว	38.7	48.3	39.5	46.3	0.000
ทราบชื่อแพทย์ประจำครอบครัว	29.3	54.5	42.0	35.6	0.000
ทราบชื่อเจ้าหน้าที่ผู้เป็นหมอครอบครัว	47.1	57.4	42.6	39.4	0.000
มีช่องทางการติดต่อกับหมอครอบครัว	26.4	33.2	19.1	15.9	0.000
มีเบอร์โทรศัพท์	19.8	26.0	13.8	14.0	
มี line	1.5	1.0	1.2	0	
อื่นๆ	5.1	6.1	4.1	1.9	
ผู้มีเบอร์โทรศัพท์หรือ line ที่เคยติดต่อ	57.6	53.8	70.7	70.0	0.000
ได้รับบริการและการดูแลจากหมอครอบครัว	45.8	65.1	65.4	85.6	0.000
คนเดิมทุกครั้ง					
ได้รับการรักษาจากแพทย์คนเดิมทุกครั้ง	45.9	58.5	68.0	86.5	0.000
คนแรกที่จะขอความช่วยเหลือเมื่อมีคำถามเกี่ยวกับสุขภาพ					0.000
เพื่อนบ้าน	3.6	3.0	3.9		4.6
บุตรหลาน/ญาติ/คนในครอบครัว	58.7	51.1	46.9		53.7
หมอครอบครัว	13.4	24.7	21.7		27.3
อสม.	11.8	11.9	9.2		12.5
ผู้นำชุมชน/นายก อปท.	0.2	0.7	0.1		1.4
แพทย์ครอบครัว	3.9	5.5	5.0		0
อื่นๆ	8.4	3.1	13.1		0.5

PCC: primary care cluster



สัดส่วนดังกล่าวยังไม่สูงมากนักก็ตาม โดยผู้ป่วยที่รับบริการที่ PCC ในโครงการวิจัยทราบชื่อแพทย์ประจำครอบครัว และทีมหมอครอบครัวร้อยละ 54.5 และ 57.4 ตามลำดับหนึ่งในสามของผู้ป่วยที่รับบริการที่ PCC ในโครงการวิจัย มีช่องทางการติดต่อกับทีมหมอครอบครัว โดยในกลุ่มที่มีเบอร์โทรศัพท์หรือ line มีการติดต่อกับทีมหมอครอบครัว ร้อยละ 54 ซึ่งต่ำกว่าของผู้ป่วยที่รับบริการที่ PCC นอกโครงการวิจัยและ รพ.สต. ที่มีเบอร์โทรศัพท์หรือ line ในการติดต่อกับทีมหมอครอบครัว (ร้อยละ 70) โดยเรื่องที่ผู้ป่วยติดต่อส่วนใหญ่คือ การนัดหมายพบแพทย์หรือหมอครอบครัว (ร้อยละ 43) รองลงมาคือ สอบถามเกี่ยวกับอาการป่วย (ร้อยละ 37) และสอบถามเกี่ยวกับยา (ร้อยละ 16)

สำหรับการได้รับบริการและการดูแลจากแพทย์และหมอครอบครัวคนเดิมทุกครั้งนั้น หากไม่นับรวม รพ.สต. ผู้ป่วยที่รับบริการที่ PCC ในโครงการวิจัยและนอกโครงการวิจัยก็มีสัดส่วนที่ได้รับบริการจากแพทย์และหมอครอบครัวคนเดิมทุกครั้งสูงกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการที่โรงพยาบาลประมาณร้อยละ 60 เทียบกับร้อยละ 45

สำหรับบุคคลแรกๆที่ผู้ป่วยจะนึกถึงและจะขอความช่วยเหลือเมื่อมีคำถามเกี่ยวกับสุขภาพหรือต้องการความ

ช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพของตนคือ บุตรหลาน ญาติพี่น้อง หรือคนในครอบครัวเป็นหลัก (ร้อยละ 47-59) รองลงมาคือหมอครอบครัว (ร้อยละ 13-27) และอาสาสมัครสาธารณสุข (ร้อยละ 9-12) ส่วนแพทย์นั้นมีสัดส่วนที่ต่ำเพียงร้อยละ 5 ในพื้นที่ PCC อย่างไรก็ตาม ข้อคำถามดังกล่าวอาจขาดความชัดเจนว่าต้องการความช่วยเหลือในด้านใด เช่น หากต้องการให้ช่วยนำส่งสถานพยาบาลก็ย่อมนึกถึงบุคคลในครอบครัวเป็นหลัก

### 3. ประสบการณ์การได้รับบริการของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

แบบสอบถามมีทั้งหมด 24 ข้อ สามารถจัดกลุ่มข้อคำถามเป็น 6 ประเด็นหลัก คือ 1) ด้านปัจจัยสุขภาพ (ข้อ 1-3) 2) การจัดทำแผนการดูแลเฉพาะรายแบบมีส่วนร่วม (ข้อ 4-10) 3) การกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน (ข้อ 11-13) 4) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้เหมาะสม (ข้อ 14-21) 5) การติดตามผลการรักษา (ข้อ 22-23) และ 6) ความพึงพอใจของผู้ป่วย (ข้อ 24)

เมื่อพิจารณาในภาพรวมของแต่ละด้านพบว่า มีความแตกต่างกันของประสบการณ์การได้รับบริการของผู้ป่วยจากหน่วยบริการแต่ละประเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านที่ผู้ป่วยรายงานว่าได้รับบริการเป็นส่วนใหญ่หรือแทบ

ตารางที่ 4 ร้อยละผู้ป่วยที่ตอบ “ส่วนใหญ่หรือแทบทุกครั้ง” แบ่งตามด้านการดูแลและประเภทของหน่วยบริการ

แบบสอบถาม	ร้อยละ (n = 4,071)				p-value
	1. รพ./ศูนย์แพทย์ n = 1,311	2. PCC ในโครงการวิจัย n = 1,721	3. PCC นอกโครงการวิจัย n = 823	4. รพ.สต. n = 216	
การดูแลของโรคเรื้อรัง					
1. ด้านปัจจัยสุขภาพ	64.7	67.8	71.2	64.7	0.004
2. ด้านแผนการรักษา	57.1	62.4	56.9	66.4	<0.001
3. ด้านเป้าหมายการรักษา	59.7	66.5	56.3	71.9	<0.001
4. ด้านการปฏิบัติตน	45.2	49.0	43.9	61.3	<0.001
5. ด้านผลของการรักษา	56.7	66.2	58.3	63.9	<0.001
6. ด้านความพึงพอใจ	88.6	94.6	94.0	92.1	<0.001

PCC: primary care cluster



ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วยที่ตอบ “ส่วนใหญ่หรือแทบทุกครั้ง” จำแนกตามประเภทของหน่วยบริการ

แบบสอบถามการดูแลของโรคเรื้อรัง	ร้อยละ (n = 4,071)				p-value
	1. รพ./ศูนย์แพทย์ n = 1,311	2. PCC ในโครงการวิจัย n = 1,721	3. PCC นอกโครงการวิจัย n = 823	4. รพ.สต. n = 216	
1. ได้รับการสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	74.8	77.0	<b>81.8</b>	65.7	<0.001
2. ได้รับการสอบถามว่า งานที่ทำ ครอบครัว หรือสถานการณ์ทางสังคมเกี่ยวข้องหรือมีผลกับการดูแลโรค	50.0	52.8	<b>57.2</b>	59.3	0.003
3. ได้รับทราบว่ามีสิ่งที่มีผลอย่างไร	69.3	<b>73.4</b>	<b>74.6</b>	69.0	0.017
4. ได้รับการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนการรักษา	57.4	58.9	57.7	66.2	0.099
5. ได้รับการเสนอแนะทางเลือกการรักษามากกว่าหนึ่งทางเลือก	48.9	50.5	49.0	65.7	<0.001
6. หมอหรือพยาบาลคำนึงถึงค่านิยมและประเพณีเมื่อแนะนำแผนการดูแล	65.9	65.5	61.5	69.4	0.070
7. ได้รับความช่วยเหลือในการกำหนดแผนการปรับพฤติกรรมสุขภาพ	61.4	<b>69.4</b>	62.0	71.8	<0.001
8. ได้รับความช่วยเหลือในการสร้างแผนการดูแลล่วงหน้า	57	<b>64.1</b>	57.8	67.1	<0.001
9. ได้รับความช่วยเหลือในการวางแผน เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน ครอบครัว หรือสังคม	51.8	<b>60.7</b>	52.9	69.4	<0.001
10. ได้รับสำเนาแผนการรักษาของตน	57.1	<b>67.6</b>	57.2	55.1	<0.001
11. ได้รับการปรึกษาเกี่ยวกับเป้าหมายในการรักษาโรค	59.3	<b>68.0</b>	56.9	71.3	<0.001
12. ได้รับความช่วยเหลือในการตั้งเป้าหมายเพื่อปรับปรุงนิสัยการกินและการออกกำลังกาย	66.5	<b>69.8</b>	61.6	75.9	<0.001
13. ได้ตั้งเป้าหมายร่วมกัน	53.4	<b>61.7</b>	50.5	68.5	<0.001
14. ได้รับการอธิบายว่า สิ่งที่ดีขึ้นจะต้องทำ มีความสำคัญต่อสุขภาพของดีอย่างไร	72.5	<b>77.8</b>	72.8	71.8	0.002
15. ได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับข้อปฏิบัติที่ดีขึ้นควรจะทำเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ	65.9	<b>69.1</b>	60.1	68.1	<0.001
16. ได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมกับกลุ่มที่จะช่วยสนับสนุนมือกับโรค	42.0	45.7	38.3	61.1	<0.001
17. ได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมโครงการในชุมชน	38.8	<b>46.0</b>	36.2	55.6	<0.001
18. ได้รับการส่งต่อไปปรึกษา	30.7	31.3	30.4	56.9	<0.001
19. ได้รับคำแนะนำเรื่องการไปพบแพทย์อื่นๆ	35.5	34.6	34	55.1	<0.001
20. ได้รับการสอบถามถึงผลการไปพบแพทย์อื่นๆ	33.2	<b>39.9</b>	34.9	58.1	<0.001
21. ได้รับการสอบถามถึงสิ่งที่ดีขึ้นต้องการหรือเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง	43.2	47.2	44.7	63.7	<0.001
22. ได้รับการสอบถามเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาและผลของยา	77.5	79.4	78.4	69.0	0.006
23. ได้รับการติดต่อจากคลินิกหมอครอบครัว หลังพบแพทย์เพื่อสอบถามเกี่ยวกับการป่วย	35.9	<b>52.9</b>	38.2	58.8	<0.001
24. พอใจบริการที่ฉันได้รับ (การนัดหมาย ตรวจชั้นสูตร พบแพทย์ รับยา)	88.6	<b>94.6</b>	94.0	92.1	<0.001

PCC: primary care cluster



ทุกครั้งในสัดส่วนที่ค่อนข้างต่ำ หากไม่คิดรวม รพ.สต. คือ ด้านการปฏิบัติตนของผู้ป่วย (ตารางที่ 4) พบว่า ผู้ป่วยที่รับบริการที่ PCC ในโครงการวิจัยได้รับบริการเป็นส่วนใหญ่ หรือแทบทุกครั้งในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาล/ศูนย์แพทย์ และนอกโครงการวิจัยแทบทุกด้าน ยกเว้นด้านปัจจัยสุขภาพซึ่งผู้ป่วยที่รับบริการที่ PCC นอกโครงการวิจัยได้รับเป็นส่วนใหญ่หรือแทบทุกครั้งในสัดส่วนที่สูงกว่า

เมื่อพิจารณารายละเอียดของแต่ละด้าน พบความแตกต่างดังนี้ (ตารางที่ 5)

1. ด้านปัจจัยสุขภาพ (ข้อ 1-3) ในเรื่องการได้รับสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ บริบททางสังคม และครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาโรค และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการปฏิบัติตนของผู้ป่วยต่อผลการรักษาพบว่า ผู้ป่วยที่รับบริการที่ PCC นอกโครงการวิจัยฯ รายงานว่าได้รับการสอบถามและข้อมูลเป็นสัดส่วนสูงกว่าผู้ป่วยที่รับบริการที่ PCC ในโครงการวิจัย และโรงพยาบาล

2. ด้านแผนการรักษา (ข้อ 4-10) หากไม่นับรวมพื้นที่ รพ.สต. ผู้ป่วยที่รับบริการที่ PCC ในโครงการวิจัยได้รับการทำแผนการดูแลสุขภาพพร้อมกันระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย สูงกว่าผู้ป่วยที่รับบริการที่ PCC นอกโครงการวิจัย และโรงพยาบาล โดยเฉพาะด้านการได้รับความช่วยเหลือในการกำหนดแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างแผนการดูแลล่วงหน้า การช่วยเหลือในการวางแผนให้เข้าถึงความช่วยเหลือจากภาคส่วนอื่นและการได้รับสำเนาแผนการรักษา

3. ด้านเป้าหมายการรักษา (ข้อ 11-13) ผู้ป่วยที่รับบริการที่ PCC ในโครงการวิจัยได้รับการปรึกษาและตั้งเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับทีมสุขภาพ ในสัดส่วนที่สูงกว่า PCC นอกโครงการวิจัยและคลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาล

4. ด้านการปฏิบัติตน (ข้อ 14-21) เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ภาพรวมพบว่ามียกระดับการได้รับบริการ

ส่วนใหญ่หรือแทบทุกครั้งในสัดส่วนต่ำกว่าด้านอื่นๆ โดยเฉพาะในประเด็นการได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมกลุ่มที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรับมือกับโรคหรือโครงการในชุมชน การส่งต่อไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหรือไปพบแพทย์เฉพาะทาง การสอบถามถึงผลการไปพบแพทย์อื่นๆ และการสอบถามเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือเกี่ยวกับโรคและการดูแล

5. ด้านผลการรักษา (ข้อ 22-23) ผู้ป่วยที่รับบริการที่ PCC ในโครงการวิจัยได้รับสอบถามเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาและผลของยา ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงของ รพ. และ PCC นอกโครงการวิจัยและสูงกว่าผู้ป่วยที่รับบริการที่ รพ.สต. อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่รับบริการที่ รพ.สต. ได้รับการติดตามสอบถามอาการเมื่อมีการส่งต่อไปพบแพทย์ ในสัดส่วนที่สูงกว่าหน่วยบริการประเภทอื่น รองลงมาคือ PCC ในโครงการวิจัย

6. ด้านความพึงพอใจ (ข้อ 24) ผู้ป่วยที่รับบริการที่ PCC ในและนอกโครงการวิจัย และ รพ.สต. มีสัดส่วนที่พึงพอใจต่อบริการส่วนใหญ่หรือแทบทุกครั้งในสัดส่วนสูงกว่าผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาล

## วิจารณ์และข้อยุติ

จากการประเมินผลเบื้องต้นนี้พบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงกับทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานที่ PCC ในโครงการวิจัยดีกว่าหน่วยบริการประเภทอื่นเกือบทุกมิติ ยกเว้นเรื่องการได้รับบริการจากแพทย์คนเดิม/หมอครอบครัวคนเดิมทุกครั้ง ซึ่ง รพ.สต. ทำได้ดีกว่า อย่างไรก็ตาม มีข้อจำกัดด้านการเป็นตัวแทนของตัวอย่างจากพื้นที่ รพ.สต. เนื่องจากมาจาก 4 ใน 20 พื้นที่เท่านั้น ทั้งนี้ยังพบว่ามิชอบว่างให้ PCC ในโครงการวิจัยยังต้องพัฒนาอีกมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากคาดหวังให้มีปฏิสัมพันธ์ไปถึงระดับที่ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจต่อทีมหมอครอบครัว หรือเป็นบุคคลแรกที่ประชาชนคิดถึงในการไปปรึกษาเรื่องสุขภาพ ด้านที่ PCC ในโครงการวิจัยยังทำได้ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบ

กับด้านอื่นๆ คือ การจัดให้มีช่องทางการติดต่อกับหมอครอบครัวได้อย่างสะดวก ทั้งนี้ การมีช่องทางการติดต่อที่สะดวกถือเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญเบื้องต้นและจัดให้มีได้ไม่ยาก ประเด็นต่อมาซึ่งเป็นประเด็นสำคัญและเป็นหัวใจของนโยบายหมอครอบครัวก็คือ การให้ผู้ป่วยได้รับการบริการจากแพทย์และหมอครอบครัวคนเดิมทุกครั้งในการมารับบริการ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ให้แพทย์/หมอครอบครัวรู้จักผู้ป่วยอย่างแท้จริง ไม่ใช่เพียงให้บริการแต่ละครั้ง แต่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง รอบด้านและบูรณาการ อันเป็นหลักการสำคัญของการจัดบริการแบบบูรณาการที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งก็พบว่า PCC ทั้งในและนอกโครงการวิจัยยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์/หมอครอบครัวคนเดิมทุกครั้งในการมารับบริการ ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักการดูแลของเวชศาสตร์ครอบครัว ส่วนหนึ่งก็เกิดจากนโยบายและข้อจำกัดของโรงพยาบาล บางแห่งมีปัญหาแพทย์ไม่พอในบางวันทำให้ไม่มีแพทย์ออกไปให้บริการ หรือบางแห่งก็มีนโยบายให้แพทย์หลายท่านเวียนไปปฏิบัติงานที่ PCC ซึ่งลักษณะนี้ PCC ก็มีสภาพไม่ต่างจากแค่หน่วยบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ซึ่งลักษณะดังกล่าวปรากฏให้เห็นใน PCC นอกโครงการวิจัยในพื้นที่เดียวกัน หากพิจารณาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพของ PCC นอกโครงการวิจัยหลายด้านที่มีได้แตกต่างจากของโรงพยาบาลเท่าใดนัก บ่งชี้ว่าการเป็น PCC โดยไม่มีการปรับกระบวนการทำงานและรูปแบบการจัดบริการ ก็อาจไม่สร้างความแตกต่างของประเด็นเรื่องปฏิสัมพันธ์และความไว้วางใจที่มีต่อกันได้

สำหรับประสบการณ์การได้รับการบริการของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงนั้น ผู้ป่วยที่รับบริการที่ PCC ในโครงการวิจัยได้รับการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เหมาะสมในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลและ PCC นอกโครงการวิจัยเกือบทุกด้าน ยกเว้นกรณีของผู้ป่วยที่รับบริการที่ รพ.สต. ทั้งนี้ตัวอย่างผู้ป่วยที่มาจากพื้นที่ รพ.สต. มีจำกัดและมาจากบางพื้นที่เท่านั้น จึงอาจไม่

สามารถเป็นตัวแทนที่ดีในการสรุปผล อย่างไรก็ตาม มีช่องว่างที่ PCC ในโครงการวิจัยต้องพัฒนาอีกมากคือด้านการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง เนื่องจากการปฏิบัติตนที่เหมาะสมของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการดูแลโรคเรื้อรัง ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับผลการประเมินกระบวนการจัดบริการของ PCC ในโครงการวิจัยและหน่วยบริการประเภทอื่นตรงที่ว่า ยังมีจุดอ่อนในด้านการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนเพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย ประกอบกับบุคลากรยังขาดความรู้และทักษะในการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interview) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย<sup>(15)</sup> เช่นเดียวกับเรื่องปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมหมอครอบครัวกับประชาชน การจัดบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ PCC นอกโครงการวิจัยในหลายด้านถูกประเมินโดยผู้ป่วยว่ามีได้แตกต่างจากการจัดบริการของคลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาล โดยเฉพาะด้านการจัดทำแผนการรักษา การกำหนดเป้าหมายการรักษาและการปฏิบัติตน ดังนั้น ก็มีอาจคาดหวังได้ว่าประสิทธิผลของการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงจะดีขึ้นได้จากการมีนโยบาย PCC หาก PCC ยังคงให้บริการเสมือนหนึ่งเป็นคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล มิได้มีการปรับกระบวนการและรูปแบบการจัดบริการให้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบบ่งชี้ว่า กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพการจัดการโรคเบาหวานมีความสำคัญและส่งผลให้คุณภาพการดูแลดีขึ้นทั้งในแง่กระบวนการและผลลัพธ์บริการ<sup>(16)</sup> โดยเฉพาะกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพการจัดการโรคเบาหวานประกอบด้วยกลยุทธ์สามด้านคือ กลยุทธ์เชิงระบบ (การจัดการเคส, เปลี่ยนการให้บริการเป็นทีม, การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยระบบอิเล็กทรอนิกส์, การมีข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีการใช้ในการดูแลร่วมกัน) กลยุทธ์ด้านผู้ให้บริการ (การตรวจสอบและสะท้อนกลับข้อมูล, การให้ความรู้ใหม่ๆ แก่แพทย์, มีระบบข้อมูลเตือน, แรงจูงใจด้าน

การเงิน) และกลยุทธ์ด้านผู้ป่วย (การให้ความรู้, ส่งเสริมสนับสนุนการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วย, มีระบบข้อมูลเตือน) ซึ่งก็สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของมาตรการในการเพิ่มคุณภาพการจัดการโรคเบาหวานในบริบทของระบบบริการปฐมภูมิว่า มาตรการที่หลากหลายทั้งด้านผู้ให้บริการและเชิงระบบที่อำนวยความสะดวกสร้างและกระบวนกรการทบทวนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอมีประสิทธิผลในการพัฒนากระบวนการดูแล นอกจากนั้นหากมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยร่วมกับเสริมบทบาทของพยาบาลในการดูแลจะช่วยเพิ่มคุณภาพในกระบวนการดูแลและเพิ่มผลลัพธ์บริการด้วย<sup>(17)</sup>

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยดำเนินการ (implementation research) ของการพัฒนาแบบการ จัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (PCC) ซึ่งยังอยู่ในช่วงระยะเริ่มต้นของการปรับรูปแบบและกระบวนการจัดบริการของ PCC ภายใต้โครงการวิจัย และยังขาดการประเมินผลลัพธ์การจัดบริการ (service outcomes) การศึกษานี้จึงนำเสนอได้เพียงกระบวนการจัดบริการของ PCC ในโครงการวิจัยเมื่อเทียบกับหน่วยบริการอื่นในพื้นที่เดียวกัน จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยต่อไปเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการจัดบริการต่อกระบวนการดูแลและผลลัพธ์ด้านต่างๆ ต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินการจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยมีทีมนักวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ภายใต้สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ร่วมเป็นนักวิจัยในพื้นที่ในการเก็บข้อมูล รวมถึงได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารจังหวัดและอำเภอของพื้นที่เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (PCC) ทั้ง 20 แห่งในการดำเนินการวิจัย

## References

1. Bundhamcharoen K, editor. Burden of disease, Thailand 2014. Nonthaburi: International Health Policy Program Foundation; 2017.
2. Thamrangsri T, editor. Report on situation of NCDs: health crisis, social crisis. Nonthaburi: International Health Policy Program (IHPP); 2014.
3. Bundhamcharoen K, editor. Thailand burden of diseases attributable to risk factors 2014. Nonthaburi: International Health Policy Program Foundation; 2018.
4. Aekplakorn W, Pukcharoen H, Thaikla K, Sathiennoppakorn W. Report on the 5<sup>th</sup> National Health Examination Survey 2014. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2016.
5. Aekplakorn W, editor. The 4<sup>th</sup> National health examination survey (2008-9). Nonthaburi: National Health Examination Survey Office, Health Systems Research Institute; 2011. (in Thai)
6. Rangsin R, editor. Data collection and analysis for care among patients diagnosed with type 2 diabetes and hypertension visiting hospitals in care of Ministry of Public Health and hospital in Bangkok in Thailand, 2018. Bangkok: National Health Security Office and Medical Research Network of the Consortium of the Thai Medical schools (MedResNet); 2018.
7. World Health Organization. Health for all by the year 2000. Geneva: World Health Organization; 1978.
8. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank Quarterly. 2005;83(3):457-502.
9. World Health Organization. The world health report 2008 primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
10. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. Lancet. 2018;391(10126):1205-23.
11. Srivanichakorn S. Evaluation of health care system for diabetic patients of contracting units for primary care (CUP network under the universal care coverage system). Journal of Health Systems Research. 2007;1(1):17-34.
12. Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2560 [Internet]. Cabinet and Royal Gazette Publishing Office. 2017. Available from: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/A/040/1.PDF>.

13. Primary Health Care Act B.E. 2562 [Internet]. Cabinet and Royal Gazette Publishing Office. 2019. Available from: [http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/056/T\\_0165.PDF](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/056/T_0165.PDF).
14. Office of Permaent Secretary. Guideline for implementing primary care cluster for health facility. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2016.
15. Srithamrongsawat S, Suriyawongpaisal P, Srisornvichai. V, Lapbenjakul S, Sriyakun D. Development of integrated people-center primary care system. *Journal of Health Systems Research*. 2020;forth coming.
16. Tricco AC, Ivers NM, Grimshaw JM, Moher D, Turner L, Gali-  
peau J, et al. Effectiveness of quality improvement strategies on the management of diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2012;379(9833):2252-61.
17. Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, Eijk Van JT, As-  
sendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings: a systematic review. *Diabetes Care*. 2001;24(10):1821-33.