

การประเมินตนเองของหน่วยบริการปฐมภูมิในการจัดบริการแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์*

ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล*

วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย†

สันติ ลากเบญจกุล‡

ดวงดาว ศรียากุล§

ผู้รับผิดชอบบทความ: สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและเหตุผล โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ได้พัฒนาแนวทางการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงและนำร่องการดำเนินการในคลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster: PCC) 20 แห่ง เมื่อดำเนินการมาได้ 4 เดือน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินกระบวนการจัดบริการของ PCC ในโครงการวิจัยว่าดำเนินการได้ดีมาน้อยเพียงใดเปรียบเทียบกับหน่วยประเภทอื่นที่อยู่ในอำเภอเดียวกัน **ระเบียบวิธีศึกษา** สัมภาษณ์ผู้ให้บริการต่อกระบวนการจัดบริการของหน่วยบริการตนเอง กลุ่มตัวอย่างคือ ทีมหมอครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงทุกคนในหน่วยบริการ 4 ประเภท ใน 20 อำเภอ ประกอบด้วย PCC ในโครงการวิจัย 301 ตัวอย่าง, PCC นอกโครงการวิจัย 240 ตัวอย่าง, คลินิกเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล 172 ตัวอย่าง, และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีได้เป็นเครือข่าย PCC 351 ตัวอย่าง, เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกระบวนการจัดบริการ 5 ด้าน คือ 1) การสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย 2) การทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม 3) ระบบข้อมูล 4) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย และ 5) ความต่อเนื่องและเชื่อมประสานบริการ และระบบสนับสนุนองค์กรต่อการจัดบริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ANOVA และ least-significant difference **ผลการศึกษา** PCC ในโครงการวิจัยได้คะแนนเฉลี่ยด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย, การทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม, ระบบข้อมูล, ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย, และความต่อเนื่องและเชื่อมประสานบริการ เท่ากับ 6.3, 6.1, 6.7, 5.9 และ 6.3 ตามลำดับ ซึ่ง

* คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

† คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

‡ โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดลพบุรี

§ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์

Received 24 March 2020; Revised 26 August 2020; Accepted 29 October 2020

Suggested citation: Srithamrongsawat S, Suriyawongpaisal P, Srisornvichai V, Lapbenjakul S, Sriyakun D. Self-assessment of primary care units in providing integrated people-centered care to patients with diabetes and hypertension. Journal of Health Systems Research 2020;14(4):387-404.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย, สันติ ลากเบญจกุล, ดวงดาว ศรียากุล. การประเมินตนเองของหน่วยบริการปฐมภูมิในการจัดบริการแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2563;14(4):387-404.



คะแนนแต่ละด้านสูงกว่าคะแนนประเมินตนเองของทุกประเภทหน่วยบริการอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) สรุปและอภิปราย บุคลากรใน PCC ของโครงการวิจัยประเมินตนเองว่าจัดบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางสูงกว่าบุคลากรของหน่วยบริการอื่น แต่ด้านระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยมีระดับคะแนนน้อยกว่าด้านอื่นๆ ซึ่งควรมีการพัฒนาต่อไป ข้อเสนอแนะในการวิจัยและพัฒนาต่อไป คือ ให้มีการวิจัยประเมินผลลัพธ์ดำเนินการ และอบรมพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการจัดการบริการตามรูปแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

คำสำคัญ: บริการปฐมภูมิ, การประเมินตนเอง, ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวาน, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

Self-Assessment of Primary Care Units in Providing Integrated People-Centered Care to Patients with Diabetes and Hypertension

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

* Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

† Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

‡ Thawung Hospital

§ Phetchabun Hospital

Corresponding author: Samrit Srithamrongsawat, sstrsw2012@gmail.com

Abstract

Background and Rationale: An implementation research on integrated people-centered primary care has developed protocols and piloted new care processes to patients with diabetes and hypertension in 20 primary care clusters (PCCs) in Thailand. This study was conducted after 4 months of implementation aiming to assess care process provided by the piloted PCCs compared with other types of health facilities within the same district. **Methodology:** A survey of providers' opinion on care process provided by themselves was conducted. Samples were all health workers providing care to patients with diabetes and hypertension in 4 types of health facilities in 20 districts, these included 301 piloted PCCs, 240 PCCs outside the project, 172 hospital non-communicable disease clinics, and 351 non-PCC health centers. A self-assessment form developed by the researchers was employed. The form covered 5 care process components: patient-provider relationships, shared care plan, health information system, self-management support, continuity of care and coordination including organizational supports. Data analysis was done using ANOVA test and the least significant difference test. **Results:** People working in piloted PCCs reported high mean scores on patient-provider relationships, shared care plan, health information system, self-management support, and continuity of care and coordination as 6.3, 6.1, 6.7, 5.9 and 6.3 respectively. Mean scores of all dimensions of the piloted PCCs were significantly higher than those of other types of health facilities (p -value < 0.05). **Conclusion and discussion:** The piloted PCCs reported highest integrated people-centered care to patients with diabetes and hypertension compared with all other types of health facilities. However, the self-management support got the lowest score that needed further strengthening. Further research on implementation outcomes was proposed including capacity building of staff on essential skills in providing integrated people-centered care.

Keywords: primary care, self-assessment, self-management support, patients with diabetes, patients with hypertension

บทคัดย่อและเหตุผล

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของไทยได้รับการพัฒนาต่อเนื่องมาเป็นระยะ เริ่มจาก “สุขศาลา” ที่มุ่งดูแล สุขอนามัยและการป้องกันโรคระบาด และ “สำนักงาน ผดุงครรภ์” ที่ดูแลอนามัยมารดาและทารก ซึ่งต่อมาทั้งคู่ ถูกยกระดับเป็น “สถานีอนามัย” เพื่อดูแลสุขภาพ สำคัญของประชาชนในยุคนั้น คือ การป้องกันโรคติดต่อ อนามัยแม่และเด็ก การสุขภาพิบาล โดยยึดแนวคิด “การ สาธารณสุขมูลฐาน” สี่ประการหลัก คือ การมีส่วนร่วมของ ชุมชน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ความร่วมมือระหว่าง สาขา และการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเบื้องต้น อย่างไรก็ตาม การปฏิรูประบบบริการสุขภาพเบื้องต้นถูกนำไปสู่การ ปฏิบัติน้อยกว่าหลักสามประการแรก⁽¹⁾ ต่อมากระทรวง สาธารณสุขมีนโยบายทศวรรษการพัฒนาสถานีอนามัย (พ.ศ. 2535-2544) มีผลให้สถานีอนามัยได้รับการพัฒนา ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะด้านอาคารสถานที่และเครื่องมือ ทางการแพทย์ แต่่นโยบายดังกล่าวขาดความชัดเจนและต่อ เนื่องในการดำเนินการ⁽²⁾ แนวคิด “เวชศาสตร์ครอบครัว” ได้ถูกนำมาใช้ในการยกระดับคุณภาพมาตรฐานบริการ ทางการแพทย์ในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริการ สุขภาพปฐมภูมิในระยะต่อมา⁽³⁾ รวมถึงการขับเคลื่อน ภายใต้อำนาจหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽⁴⁾ การยกระดับ สถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ. สต.) ในปี 2552 ก็มีผลให้สถานีอนามัยได้รับการพัฒนา แข็งกายภาพและได้รับทรัพยากรเพิ่มขึ้นทั้งด้านกำลังคน งบประมาณ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ แต่ไม่พบหลัก ฐานว่ามีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของด้านบริการ ด้าน ระบบประกันคุณภาพ และด้านความเชื่อมโยงของบริการ⁽⁵⁾ การขับเคลื่อนแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวชัดเจนขึ้นอีก ครั้งด้วยนโยบายทีมหมอครอบครัวในปี 2557 แต่มีความ ผันผวนและไม่ต่อเนื่องของนโยบาย⁽⁶⁾

การขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐม- ภูมิเกิดขึ้นอีกครั้งโดยนโยบาย “คลินิกหมอครอบครัว” (primary care cluster: PCC) ในปี 2559 สอดรับกับ

รัฐธรรมนูญไทย พ.ศ. 2560 ที่กำหนดให้มีระบบการแพทย์ ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนใน สัดส่วนที่เหมาะสม⁽⁷⁾ และประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่องการประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ⁽⁸⁾ ทั้งนี้แนวคิด หลักของนโยบายคลินิกหมอครอบครัวก็คือ เปลี่ยนแนวคิด จากการใช้โรงพยาบาลและวิชาชีพเป็นฐานมาเป็นใช้ชุมชน เป็นฐาน เน้นการดูแลคน การดูแลเป็นทีมโดยมีประชาชน เป็นศูนย์กลาง และจัดให้มีทีมหมอครอบครัว โดยประกอบ ด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สหสาขาวิชาชีพ และอาสา สมัครสาธารณสุข (อสม.) ร่วมกันดูแลประชาชน 10,000 คน จัดบริการที่เชื่อมโยงบูรณาการ ดูแลทุกคน ดูแลทุก อย่าง ดูแลทุกที่ ดูแลทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี โดยมีระบบ การเงินที่เอื้อและสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการอย่าง บูรณาการ โดยคาดหวังว่าระบบดังกล่าวจะทำให้ประชาชน ไทยมีสุขภาพดีขึ้น ลดการป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่ม ประสิทธิภาพของการดูแลรักษาโรคเรื้อรังและลดภาวะ แทรกซ้อน ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่หน่วยบริการ สุขภาพปฐมภูมิได้ดีขึ้นและลดการใช้บริการที่โรงพยาบาล ที่ไม่จำเป็นลง อันจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการเข้ารับ บริการ⁽⁹⁾

ทั้งนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-com-municable diseases, NCD) เป็นภาวะโรคสำคัญและมี แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับสากล⁽¹⁰⁾ และ ในประเทศไทย⁽¹¹⁾ จนถูกกำหนดเป็นหนึ่งในเป้าหมายการ พัฒนาที่ยั่งยืน⁽¹²⁾ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีการเจ็บป่วยหลาย โรคร่วมกัน รักษาไม่หาย และลงท้ายด้วยภาวะแทรกซ้อน ต่างๆ รวมถึงภาวะทุพพลภาพ จำเป็นต้องได้รับการดูแล อย่างบูรณาการ ต่อเนื่องและรอบด้าน รวมถึงต้องมีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยร่วมด้วย ทำให้ รูปแบบการจัดบริการหลักที่ดำรงอยู่ซึ่งเน้นการดูแลรักษา โรคเฉียบพลัน โรคเดี่ยว เป็นครั้งๆ ไป ขาดความเหมาะสมในการจัดบริการ จึงมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย เรื้อรัง (chronic care model)^(13,14) ช่วงปลายศตวรรษ ที่ 20 ซึ่งรูปแบบดังกล่าวมีองค์ประกอบสำคัญ 6 อย่าง



คือ การสนับสนุนเชิงระบบและองค์กร, ระบบข้อมูลทางคลินิกสนับสนุนการดูแลของผู้ให้บริการและผู้ป่วย, รูปแบบการจัดบริการที่เป็นทีมและมีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ, ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ, ระบบสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม, และระดมทรัพยากรชุมชนสนับสนุนการดูแล และต่อมามีการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่วนขยาย (expanded chronic care model)⁽¹⁵⁾ โดยเพิ่มองค์ประกอบการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชนแทนการระดมทรัพยากรชุมชน คือ การสร้างนโยบายสาธารณสุขที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของการดำเนินงานของชุมชน

แนวคิดหลักสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง คือ การจัดระบบการดูแลที่เป็นทีมแบบบูรณาการ รอบด้าน ต่อเนื่อง และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งแนวคิดดังกล่าวก็ถูกผนวกเข้าไปในการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิในระยะต่อมา⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ ในการนี้ เพื่อแปลงแนวคิดการจัดบริการแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของนโยบาย “คลินิกหมอครอบครัว” ให้เป็นรูปธรรม โครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ได้พัฒนารูปแบบและแนวทางการจัดบริการดังกล่าวขึ้น ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ⁽¹⁹⁾ คือ 1) การสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมหมอครอบครัวกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น (trust) ในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลและให้คำปรึกษา 2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการค้นหา คัดกรองความเสี่ยง และประเมินความจำเป็นในการดูแลแบบองค์รวม และร่วมกันจัดทำแผนดูแลเฉพาะรายร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน 3) การจัดทำข้อมูลสุขภาพรายบุคคล เพื่อผู้ให้บริการและผู้ป่วยใช้ร่วมกันในการดูแล ขณะเดียวกันก็เป็นการแบ่งปันและเชื่อมโยงข้อมูลให้แก่หน่วยบริการต่างๆ 4) การมีระบบสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีกระบวนการพัฒนาและเครื่องมือในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลปัญหาสุขภาพ

ของตนเองได้อย่างเหมาะสม และ 5) ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน มีระบบการจัดการและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงการเจ็บป่วยและวงจรการดูแล และทำหน้าที่ประสานการส่งต่อและรับกลับเมื่อจำเป็น ตลอดจนเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายในการดูแลป้องกันและจัดการกับปัญหาสุขภาพในชุมชนและครอบครัว

ในการนี้ โครงการวิจัยฯ ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับ PCC ที่เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการนำร่องเพื่อทำความเข้าใจกับรูปแบบบริการดังกล่าว และได้นำรูปแบบและแนวทางดังกล่าวไปใช้ในการปรับกระบวนการจัดบริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของ PCC นำร่องมาระยะหนึ่ง (4 เดือน) จึงมีการประเมินกระบวนการจัดบริการของ PCC ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยฯ ว่าสามารถดำเนินการตามรูปแบบการจัดบริการดังกล่าวได้ดีมากน้อยเพียงใดเมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทอื่นในพื้นที่เดียวกัน

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณโดยสำรวจความเห็นของทีมหมอครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อกระบวนการจัดบริการของหน่วยบริการตนเองว่าเป็นไปตามรูปแบบบริการแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางเพียงใด

ประชากรของการศึกษาคือ แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน PCC หรือให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงของสถานพยาบาลใน 20 อำเภอที่เป็นที่ตั้งของ PCC นำร่อง จำแนกกลุ่มตัวอย่างเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุขทุกคนใน PCC นำร่อง 20 แห่ง 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุขทุกคนใน PCC ในอำเภอเดียวกันที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการวิจัย 3) ทีมสหสาขาวิชาชีพทุกคนที่ร่วมให้บริการในคลินิกเบาหวานหรือ

ความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลแม่ข่าย (ต่อไปขอใช้คำว่า “คลินิก NCD” แทน) และ 4) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ที่มีได้เป็นเครือข่ายใน PCC และมีการจัดบริการแก่ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (รพ.สต.)

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินตนเองซึ่งนักวิจัยพัฒนาขึ้นตามองค์ประกอบทั้งห้าด้านของรูปแบบการจัดการบริการแบบบูรณาการที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยปรับจาก Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)** ฉบับภาษาไทย ซึ่งพบว่าสามารถใช้ได้ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ⁽²⁰⁾ และ Assessment of Primary Care Resources and Supports for Chronic Disease Self-Management (PCRS)^{††} ซึ่งแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นมีทั้งหมด 4 ตอน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล 2) กระบวนการจัดบริการตาม 5 องค์ประกอบหลัก 3) ระบบสนับสนุนการจัดบริการของหน่วยงาน และ 4) ปัญหาอุปสรรค (คำถามปลายเปิด) ทั้งนี้ในแบบประเมินตอนที่ 2 และ 3 (ตารางที่ 1) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 1- 10 คะแนน ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1 = ดำเนินการหรือสนับสนุนน้อยมากถึงไม่มีเลย, 2 – 4 = ดำเนินการเป็นครั้งคราว ไม่สม่ำเสมอ บริการแบบตั้งรับ การสนับสนุนอยู่ในระดับพื้นฐาน, 5 – 7 = ดำเนินการและจัดการอย่างเป็นระบบ ทำงานเป็นทีม และบริการมีการเชื่อมประสานดี มีระบบการสนับสนุนที่ดี, 8 – 10 = ดำเนินการอย่างเป็นระบบรอบด้านและครอบคลุม แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นนี้ได้ตรวจสอบความตรงของข้อคำถามโดยทีมนักวิจัยและผู้เชี่ยวชาญรวม 24 ท่าน ส่วนข้อมูลความน่าเชื่อถือของแบบประเมินจากข้อมูลผู้ตอบแบบประเมิน 1,064 ตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach’s Alpha ของข้อคำถามส่วนที่

2 และ 3 จำนวน 15 ข้อเท่ากับ 0.927

การเก็บรวบรวมข้อมูลให้ตัวอย่างแต่ละคนได้พิจารณาให้คะแนนหน่วยบริการตนเองอย่างเป็นอิสระต่อกันตามเกณฑ์ที่กำหนด หน่วยการวิเคราะห์คือตัวอย่างแต่ละคนที่ให้ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าเฉลี่ยและทดสอบค่าสถิติ ANOVA test นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของประเภทหน่วยบริการด้วยค่าสถิติ least-significant difference (LSD) นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้โปรแกรม SPSS version 18

การผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโดยการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. MURA2019/1018)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสิ้น 1,064 ราย จาก 20 อำเภอที่เป็นที่ตั้งของ PCC นำร่อง ในจำนวนนี้แยกเป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการปฏิบัติงานในหน่วยบริการที่เป็น PCC นำร่องในโครงการวิจัยฯ 301 ราย (ร้อยละ 28.3), PCC นอกโครงการวิจัยฯ 240 ราย (ร้อยละ 22.6) ปฏิบัติงานในคลินิก NCD ของ รพ.แม่ข่าย 172 ราย (ร้อยละ 16.2) และผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ที่มีได้เป็นเครือข่ายใน PCC 351 ราย (ร้อยละ 33.0 (ตารางที่ 2))

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงกว่าร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย 41.56 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 76.5) ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน - ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล (ร้อยละ 41.5) รองลงมา คือ นักวิชาการสาธารณสุข และ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข (ร้อยละ 26.4 และ 9.3 ตามลำดับ)

** The MacColl Institute for Healthcare Innovation, Group Health Cooperative. Copyright 2004 <http://www.improvingchroniccare.org>

†† The Diabetes Initiative with support from the Robert Wood Johnson Foundation® in Princeton, New Jersey. Revised December 2008. Copyright © 2006 Washington University School of Medicine in St. Louis



ตารางที่ 1 แบบประเมินกระบวนการจัดบริการและระบบสนับสนุนการจัดบริการ

ประเด็น ระดับ คะแนน	ระดับคุณภาพ									
	D		C		B			A (ทั้งหมดใน B และ)		
	1		2	3 4	5	6 7	8	9	10	
1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว (patient-provider relationships)**										
1. ผู้ป่วยมีแพทย์ครอบครัว	ผู้ป่วยไม่รับทราบหรือไม่มีแพทย์ ประจำครอบครัว	ผู้ป่วยทราบว่าใครคือแพทย์ครอบครัว แต่ไม่ทราบช่องทางติดต่อที่สะดวก	ผู้ป่วยทราบว่าใครคือแพทย์ครอบครัว และมีช่องทางติดต่อที่สะดวก	ผู้ป่วยทราบว่าใครคือแพทย์ครอบครัว และมีช่องทางติดต่อที่สะดวก	ผู้ป่วยสะดวกใจและสามารถติดต่อแพทย์ครอบครัวได้โดยสะดวกเมื่อจำเป็น					
2. ผู้ป่วยมีหมอครอบครัว (ไม่นับ อสม. จิตอาสา)	ผู้ป่วยไม่รับทราบหรือไม่มีหมอประจำครอบครัว	ผู้ป่วยรับทราบว่าใครคือหมอครอบครัว แต่ไม่ทราบช่องทางติดต่อที่สะดวก	ผู้ป่วยรับทราบว่าใครคือหมอครอบครัว และมีช่องทางติดต่อที่สะดวก	ผู้ป่วยรับทราบว่าใครคือหมอครอบครัว และมีช่องทางติดต่อที่สะดวก	ผู้ป่วยสะดวกใจและสามารถติดต่อหมอครอบครัวได้โดยสะดวกเมื่อจำเป็น					
2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม (shared care plan)										
1. จัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย	ไม่มีการดำเนินการ	มีแผนการดูแลเฉพาะราย แต่ไม่ได้ปรับแผนให้ทันสมัยสม่ำเสมอ	ใช้กับผู้ป่วยบางรายเท่านั้น	ใช้กับผู้ป่วยทุกราย	เชื่อมโยงต่อเนื่องกับแผนการดูแลของแพทย์เฉพาะทาง					
2. ความครอบคลุมของแผนการดูแลเฉพาะราย	ไม่มีการดำเนินการ	ใช้กับผู้ป่วยบางรายเท่านั้น	ใช้กับผู้ป่วยทุกราย	ใช้กับผู้ป่วยทุกราย	เชื่อมโยงต่อเนื่องกับแผนการดูแลของแพทย์เฉพาะทาง					
3. ความรอบด้านและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการวางแผนการดูแล	ไม่มีการดำเนินการ	มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลรักษา แต่ผู้ป่วยและญาติไม่มีส่วนร่วมในการกำหนด	ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการดูแลรักษาและการดูแลรักษาและมีการปรับเป็นระยะ	ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการดูแลรักษาและมีการปรับเป็นระยะ	แผนการดูแลรักษามีเป้าหมายชัดเจน มีความรอบด้าน และมีภาคีเครือข่ายอื่นเข้ามาสนับสนุนร่วมด้วย					
3) การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย (health information system)										
1. ระบบข้อมูลเชื่อมต่อระหว่างสถานพยาบาล	ไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้	ส่งข้อมูลจำเป็นไปถึงสถานพยาบาลปลายทางในการส่งต่อผู้ป่วยบางราย	ส่งข้อมูลจำเป็นไปถึงสถานพยาบาลปลายทางในการส่งต่อผู้ป่วยทุกราย	ส่งข้อมูลจำเป็นไปถึงสถานพยาบาลปลายทางในการส่งต่อผู้ป่วยทุกราย	มีการเชื่อมต่อข้อมูลที่จำเป็นระหว่างสถานพยาบาลต้นทางกับปลายทาง					
2. มีระบบข้อมูลสนับสนุนการดูแลรายบุคคล (personal health record)	ไม่มี	มีสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย โดยผู้ให้บริการเป็นคนบันทึกข้อมูล และใช้สื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมเป็นครั้งคราว	ผู้ให้บริการและผู้ป่วยร่วมกันบันทึกข้อมูลและใช้สื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมโดยสม่ำเสมอ	ผู้ให้บริการและผู้ป่วยร่วมกันบันทึกข้อมูลและใช้สื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมโดยสม่ำเสมอ	ผู้ให้บริการและผู้ป่วยร่วมกันบันทึกข้อมูลและใช้สื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมโดยสม่ำเสมอ					
4) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD (self-management supports for patients with non-communicable disease)										
1. มีเครื่องมือประเมินความเสี่ยงด้านต่างๆ ของผู้ป่วย	ไม่มีการดำเนินการ	มีเครื่องมือประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย แต่ไม่แน่ชัดว่าผู้ป่วยสามารถประเมินตนเองได้เพียงใด	ผู้ป่วยบางรายใช้ได้ถูกต้อง และสามารถจัดการกับความเครียดจนเห็นผลตามที่คาดหวัง	ผู้ป่วยทุกรายใช้ได้ถูกต้อง และสามารถจัดการกับความเครียดจนเห็นผลตามที่คาดหวัง	ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเสี่ยงที่คาดหวัง					



ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการ

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการทั้งหมด 1,064 ตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทหน่วยบริการที่ปฏิบัติงานอยู่		
PCC ที่เป็นพื้นที่นำร่องโครงการวิจัย	301	28.3
PCC ที่มีในพื้นที่นำร่องโครงการวิจัย	240	22.6
คลินิก NCD โรงพยาบาลแม่ข่าย	172	16.2
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	351	33.0
เพศ		
หญิง	882	82.9
ชาย	181	17.0
ไม่ระบุ	1	0.1
อายุเฉลี่ย (ปี)	41.56 (SD. 10.38)	
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	26	2.4
ปริญญาตรี	814	76.5
ปริญญาโท	186	17.5
วุฒิบัณฑิต/อนุมัติบัณฑิต/ปริญญาเอก	38	3.6
ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน		
พยาบาลวิชาชีพ	442	41.5
นักวิชาการสาธารณสุข	281	26.4
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	99	9.3
แพทย์ (ไม่ระบุสาขาเชี่ยวชาญ)	58	5.5
เภสัชกร	48	4.5
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	35	3.3
แพทย์แผนไทย	32	3
นักกายภาพบำบัด	28	2.6
นักโภชนาการ/โภชนากร	14	1.3
ผอ.รพ.สต.	14	1.3
ทันตแพทย์	8	0.8
เทคนิคการแพทย์	3	0.3
นักจิตวิทยา	2	0.2
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (ปี)	3.60 (SD. 4.13)	
บทบาทที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง		
ผู้บริหาร	155	14.6
ผู้บริหารและจัดการระบบหรือให้บริการผู้ป่วยด้วย	40	3.8
ผู้ที่รับผิดชอบงาน NCD ของหน่วยบริการ	177	16.6
ผู้ร่วมให้บริการ	678	63.7
ไม่ระบุ	14	1.3

NCD = non-communicable disease; PCC = primary care cluster

ระยะเวลาปฏิบัติงานให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง - เฉลี่ย 3.6 ปี (น้อยสุดคือ 0 ปี นานสุด 34 ปี) ทั้งนี้ สองในสามของผู้ให้ข้อมูลเป็นสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทเพียงเป็นผู้ร่วมให้บริการ (ร้อยละ 63.70) รองลงมาคือผู้ที่มีบทบาทรับผิดชอบงานคลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.6 (เป็น system manager, NCD clinic manager, case manager โดยอาจเป็นตำแหน่งเดียวหรือหลายตำแหน่ง ร่วมกับการให้บริการผู้ป่วย) ถัดมาเป็นผู้บริหารที่เป็นผู้ให้ข้อมูล (ผอ.รพ.สต. หรือ ผู้จัดการ PCC ไม่ระบุว่า มีบทบาทในการจัดการหรือให้บริการ) ร้อยละ 14.6 ขณะเดียวกันมีผู้บริหารร้อยละ 3.8 ที่ระบุว่า มีบทบาทในการจัดการระบบหรือจัดการคลินิกหรือร่วมให้บริการผู้ป่วยด้วย

2. การจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

จากการประเมินสถานพยาบาลตนเองของทีมบุคลากรสาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อการจัดบริการ พบว่า PCC ในโครงการวิจัยมีคะแนนเฉลี่ยของทั้ง 5 องค์ประกอบ ทั้งในภาพรวมขององค์ประกอบและข้อย่อยสูงกว่าหน่วยบริการประเภทอื่นทั้งหมด ในขณะที่ PCC ที่ไม่อยู่ในโครงการวิจัยมีคะแนนเฉลี่ยของ 2 องค์ประกอบที่สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของคลินิก NCD ของโรงพยาบาลคือ การสร้างปฏิสัมพันธ์ของประชาชนกับทีมหมอครอบครัว และการจัดทำข้อมูลการดูแลรายบุคคล ส่วนในอีกสามองค์ประกอบที่เหลือมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าของคลินิก NCD ของ รพ. ส่วน รพ.สต. มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในภาพรวมของทั้งห้าองค์ประกอบ (ตารางที่ 3)

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการประเมินกระบวนการจัดบริการแต่ละด้านรายคู่ประเภทหน่วยบริการด้วยวิธี least-significant difference (LSD) แสดงผลในตารางที่ 4

1) การสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์

ครอบครัวหรือหมอครอบครัว เกณฑ์พิจารณาในด้านนี้ประกอบด้วย การรับทราบของผู้ป่วยว่าใครคือแพทย์หรือหมอครอบครัวของตน การมีช่องทางให้ติดต่อได้สะดวก การรับทราบช่องทางการติดต่อของผู้ป่วย และการที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อได้โดยสะดวกเมื่อจำเป็น ผลการประเมินในภาพรวมพบว่า PCC ในโครงการวิจัย ได้คะแนนภาพรวม 6.34 (คะแนนหมอครอบครัว 6.69 สูงกว่าแพทย์ครอบครัว 5.98) ประเมินว่าประชาชนรู้จักแพทย์ครอบครัวและหมอครอบครัว และมีช่องทางให้ติดต่อได้โดยสะดวกเมื่อจำเป็น ทั้งนี้คะแนนเฉลี่ยของหน่วยบริการแต่ละประเภทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คะแนนเฉลี่ยปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ครอบครัวของ PCC ในโครงการวิจัยสูงกว่าของหน่วยบริการอื่นๆ ทุกประเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะเดียวกันคะแนนเฉลี่ยของ PCC นอกโครงการวิจัยก็สูงกว่าของคลินิก NCD รพ. และ รพ.สต. ตามลำดับ

ส่วนปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับหมอครอบครัวนั้น คะแนนเฉลี่ยของ PCC ในโครงการวิจัยก็สูงกว่าของหน่วยบริการอื่นๆ ทุกประเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกันคะแนนเฉลี่ยของ PCC นอกโครงการวิจัยก็สูงกว่าของ คลินิก NCD และ รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนเฉลี่ยของคลินิก NCD ของ รพ. นั้นไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับของ รพ.สต.

2) การจัดทำแผนการดูแลอย่างมีส่วนร่วม พิจารณาสามด้านหลักคือ การมีแผนดูแลเฉพาะราย ความครอบคลุมของการจัดทำแผน และความรอบด้านและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการดูแล พบว่า PCC ในโครงการวิจัยมีคะแนนภาพรวม 6.10 โดยเป็นคะแนนการจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย 6.24 (มีแผนและมีการปรับปรุงและปฏิบัติตามแผนสม่ำเสมอ) คะแนนความครอบคลุมการจัดทำแผน 5.73 (ครอบคลุมผู้ป่วยส่วนใหญ่ แต่ขาดความเชื่อมโยงกับแผนการดูแลของแพทย์เฉพาะทาง) และคะแนนความรอบด้านและการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน 6.33 (ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการทำแผน

ตารางที่ 3 การประเมินกระบวนการจัดการบริการจำแนกตามประเภทของหน่วยบริการ

กระบวนการจัดการบริการ	Mean (SD)				p-value (ANOVA)
	PCC ใน โครงการวิจัย	PCC นอก โครงการวิจัย	คลินิก NCD รพ.	รพ.สต.	
1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว (patient-provider relationships)					
1. ผู้ป่วยมีแพทย์ครอบครัว	5.98 (2.20)	4.65 (2.53)	3.64 (2.59)	2.77 (2.37)	<0.001
2. ผู้ป่วยมีหมอครอบครัว	6.69 (2.07)	5.95 (2.30)	5.06 (2.80)	5.38 (2.38)	<0.001
รวมคะแนน	6.34 (2.13)	5.30 (2.41)	4.35 (2.70)	4.07 (2.38)	
2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม (shared care plan)					
1. จัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย	6.24 (2.01)	5.09 (2.19)	5.42 (2.31)	4.84 (2.15)	<0.001
2. ความครอบคลุมแผนการดูแลเฉพาะราย	5.73 (2.07)	4.70 (2.14)	4.96 (2.20)	4.70 (2.07)	<0.001
3. ความรอบด้านและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ ในการวางแผนการดูแล	6.33 (1.79)	5.47 (2.13)	5.77 (1.97)	4.94 (1.96)	<0.001
รวมคะแนน	6.10 (1.96)	5.08 (2.15)	5.38 (2.16)	4.83 (2.06)	
3) การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย (health information system)					
1. ระบบข้อมูลเชื่อมต่อระหว่างสถานพยาบาล	7.01 (1.71)	6.67 (1.99)	6.49 (1.93)	6.08 (1.88)	<0.001
2. มีระบบข้อมูลสนับสนุนการดูแลรายบุคคล	6.48 (2.03)	6.09 (2.15)	5.71 (2.54)	5.63 (2.14)	<0.001
รวมคะแนน	6.74 (1.87)	6.38 (2.07)	6.10 (2.24)	5.85 (2.01)	
4) ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD (self-management supports)					
1. มีเครื่องมือประเมินความเสี่ยงด้านต่างๆ	5.56 (1.79)	5.01 (1.85)	4.97 (1.81)	4.92 (1.86)	<0.001
2. มีชุดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเครือข่ายผู้ป่วย	6.22 (1.85)	5.50 (1.94)	5.87 (1.75)	5.22 (1.85)	<0.001
รวมคะแนน	5.89 (1.82)	5.25 (1.89)	5.42 (1.78)	5.07 (1.86)	
5) ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน (continuity of care and coordination)					
1. ความต่อเนื่องของการดูแล	6.16 (2.01)	5.73 (2.11)	5.65 (1.97)	4.99 (2.03)	<0.001
2. การเชื่อมประสานกับการสนับสนุนทางสังคม	6.51 (1.69)	6.03 (1.88)	6.14 (1.65)	5.55 (1.91)	<0.001
รวมคะแนน	6.33 (1.85)	5.88 (1.99)	5.89 (1.81)	5.27 (1.97)	

NCD = non-communicable disease; PCC = primary care cluster

และมีการปรับแผนให้ปัจจุบันเป็นระยะแต่ยังขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอื่น)

ทั้งนี้คะแนนเฉลี่ยทั้งสามข้อย่อยของ PCC ในโครงการวิจัยสูงกว่าของทุกประเภทหน่วยบริการอื่นในพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยทั้งสามข้อย่อยของ PCC นอกโครงการวิจัยไม่ได้แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับของคลินิก NCD ของ รพ. แต่คะแนนด้านความ

รอบด้านและการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนของผู้ป่วยของ PCC นอกโครงการวิจัยสูงกว่าของ รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคลินิก NCD ของ รพ. มีคะแนนเฉลี่ยในด้านการมีแผน ด้านความรอบด้านและด้านการมีส่วนร่วมในการทำแผนสูงกว่าของ รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) การจัดระบบข้อมูลการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน/
ความดันโลหิตสูง พิจารณาในด้านการเชื่อมต่อกันของ

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการประเมินกระบวนการจัดบริการแต่ละด้านรายคู่ประเภทหน่วยบริการด้วยวิธี least-significant difference (LSD)

กระบวนการจัดบริการ	หน่วยบริการ	กลุ่มที่	Mean Difference (I-J)			
			1	2	3	4
1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว (patient-provider relationships)						
1. ผู้ป่วยมีแพทย์ครอบครัว	PCC ในโครงการวิจัย	1	-	1.33*	2.34*	3.21*
	PCC นอกโครงการวิจัย	2	-	-	1.01*	1.87*
	คลินิก NCD รพ.	3	-	-	-	0.87*
	รพ.สต.	4	-	-	-	-
2. ผู้ป่วยมีหมอครอบครัว	PCC ในโครงการวิจัย	1	-	0.74*	1.63*	1.32*
	PCC นอกโครงการวิจัย	2	-	-	0.89*	0.57*
	คลินิก NCD รพ.	3	-	-	-	-0.31
	รพ.สต.	4	-	-	-	-
2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม (shared care plan)						
1. จัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย	PCC ในโครงการวิจัย	1	-	1.15*	0.82*	1.40*
	PCC นอกโครงการวิจัย	2	-	-	-0.33	0.25
	คลินิก NCD รพ.	3	-	-	-	0.58*
	รพ.สต.	4	-	-	-	-
2. ความครอบคลุมแผนการดูแลเฉพาะราย	PCC ในโครงการวิจัย	1	-	1.03*	0.77*	1.02*
	PCC นอกโครงการวิจัย	2	-	-	-0.26	-0.01
	คลินิก NCD รพ.	3	-	-	-	0.26
	รพ.สต.	4	-	-	-	-
3. ความรอบด้านและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการวางแผนการดูแล	PCC ในโครงการวิจัย	1	-	0.86*	0.56*	1.39*
	PCC นอกโครงการวิจัย	2	-	-	-0.30	0.53*
	คลินิก NCD รพ.	3	-	-	-	0.83*
	รพ.สต.	4	-	-	-	-
3) การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย (health information system)						
1. ระบบข้อมูลเชื่อมต่อระหว่างสถานพยาบาล	PCC ในโครงการวิจัย	1	-	0.34*	0.51*	0.93*
	PCC นอกโครงการวิจัย	2	-	-	0.18	0.59*
	คลินิก NCD รพ.	3	-	-	-	0.42*
	รพ.สต.	4	-	-	-	-
2. มีระบบข้อมูลสนับสนุนการดูแลรายบุคคล	PCC ในโครงการวิจัย	1	-	0.39*	0.77*	0.85*
	PCC นอกโครงการวิจัย	2	-	-	.382	0.46*
	คลินิก NCD รพ.	3	-	-	-	0.08
	รพ.สต.	4	-	-	-	-
4) ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD (self-management supports)						
1. มีเครื่องมือประเมินความเสี่ยงด้านต่างๆ	PCC ในโครงการวิจัย	1	-	0.55*	0.59*	0.64*
	PCC นอกโครงการวิจัย	2	-	-	0.04	0.09

ตารางที่ 4 (ต่อ) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการประเมินกระบวนการจัดบริการแต่ละด้านรายคู่ประเภทหน่วยบริการ ด้วยวิธี least-significant difference (LSD)

กระบวนการจัดบริการ	หน่วยบริการ	กลุ่มที่	Mean Difference (I-J)			
			1	2	3	4
2. มีชุดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเครือข่ายผู้ป่วย	คลินิก NCD รพ.	3	-	-	-	0.05
	รพ.สต.	4	-	-	-	-
	PCC ในโครงการวิจัย	1	-	0.72*	0.35*	1.00*
	PCC นอกโครงการวิจัย	2	-	-	-0.37	0.28
	คลินิก NCD รพ.	3	-	-	-	0.65*
	รพ.สต.	4	-	-	-	-
5) ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน (continuity of care and coordination)						
1. ความต่อเนื่องของการดูแล	PCC ในโครงการวิจัย	1	-	0.43*	0.51*	1.17*
	PCC นอกโครงการวิจัย	2	-	-	0.09	0.74*
	คลินิก NCD รพ.	3	-	-	-	0.65*
	รพ.สต.	4	-	-	-	-
2. การเชื่อมประสานกับการสนับสนุนทางสังคม	PCC ในโครงการวิจัย	1	-	0.48*	0.37*	0.96*
	PCC นอกโครงการวิจัย	2	-	-	-0.11	0.48*
	คลินิก NCD รพ.	3	-	-	-	0.59*
	รพ.สต.	4	-	-	-	-

NCD = non-communicable disease; PCC = primary care cluster

* LSD test; *p*-value < 0.05

ระบบข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลและการมีข้อมูลสนับสนุนการดูแลรายบุคคล พบว่า คะแนนเฉลี่ยของ PCC ในโครงการวิจัยเท่ากับ 6.74 โดยเป็นคะแนนการเชื่อมต่อของข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล 7.01 (การส่งต่อผู้ป่วยทุกรายพร้อมกับข้อมูลไปสถานพยาบาลปลายทางแต่ยังไม่มีการส่งข้อมูลกลับ) คะแนนการมีข้อมูลสนับสนุนการดูแลรายบุคคล 6.48 (ผู้ป่วยทุกรายมีสมุดบันทึกประจำตัวบันทึกโดยทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย แต่ใช้ในการสื่อสารระหว่างกันเฉพาะในผู้ป่วยบางราย)

คะแนนเฉลี่ยทั้งสองข้อย่อยของ PCC ในโครงการวิจัยสูงกว่าของทุกประเภทหน่วยบริการอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยทั้งสองข้อของ PCC นอกโครงการวิจัยไม่แตกต่างจากของคลินิก NCD ของ รพ. แต่สูงกว่าของ รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนน

เฉลี่ยการเชื่อมต่อข้อมูลฯ ของคลินิก NCD ของ รพ. สูงกว่าของ รพ.สต. แต่ไม่แตกต่างกันในเรื่องการมีระบบข้อมูลสนับสนุนการดูแลรายบุคคล

4) ระบบสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย พิจารณาในด้านการมีเครื่องมือประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย และการมีชุดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเครือข่ายผู้ป่วย คะแนนเฉลี่ยในภาพรวมของ PCC ในโครงการวิจัยเท่ากับ 5.89 ซึ่งมีระดับต่ำสุดในบรรดาดังกล่าวทั้งหมด ห้าด้าน แสดงว่ายังพัฒนาได้น้อยกว่าด้านอื่นๆ โดยคะแนนเฉลี่ยการมีเครื่องมือประเมินความเสี่ยงเท่ากับ 5.56 (มีการใช้ในผู้ป่วยบางราย) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการมีชุดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเครือข่ายผู้ป่วยเท่ากับ 6.22 (มีและดำเนินการได้เป็นครั้งคราว)

PCC ในโครงการวิจัยมีระดับคะแนนทั้งสองข้อย่อยสูง

กว่าทุกประเภทหน่วยบริการอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้คะแนนเฉลี่ยทั้งสองข้อย่อยของ PCC นอกโครงการวิจัยมีได้แตกต่างจากของคลินิก NCD รพ. และ รพ.สต. ทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คลินิก NCD ของ รพ. มีคะแนนเฉลี่ยด้านการมีชุดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเครือข่ายผู้ป่วยสูงกว่าของ รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5) ความต่อเนื่องการดูแลและการเชื่อมประสาน พิจารณาในด้านความต่อเนื่องและเชื่อมประสานของการดูทั้งในแนวดิ่ง (ระหว่างสถานพยาบาลต้นทางและปลายทาง) และแนวนราบ (ระหว่างภาคสาธารณสุขและภาคส่วนอื่นในพื้นที่) คะแนนเฉลี่ยในภาพรวมของ PCC ในโครงการวิจัยเท่ากับ 6.33 โดยเป็นคะแนนความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างสถานพยาบาล 6.16 (มีระบบติดตามผู้ป่วย บางรายว่าได้รับบริการตามมาตรฐาน ณ สถานพยาบาล ปลายทางอย่างต่อเนื่องชัดเจนหรือไม่) และคะแนนเฉลี่ยของการเชื่อมประสานกับการสนับสนุนทางสังคมในชุมชน เท่ากับ 6.51 (มีระบบประเมินและจัดการให้เข้าถึงบริการ สังคมที่จำเป็น ดำเนินการได้เพียงบางราย และยังขาดการติดตามผล)

คะแนนเฉลี่ยทั้งสองข้อย่อยของ PCC ในโครงการวิจัย สูงกว่าของทุกประเภทหน่วยบริการอื่นอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยทั้งสองข้อของ PCC นอกโครงการวิจัยไม่แตกต่างจากคะแนนเฉลี่ยของคลินิก NCD ของ รพ. แต่สูงกว่าของ รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกันคะแนนเฉลี่ยทั้งสองข้อของคลินิก NCD ของ รพ. ก็สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของ รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ระบบสนับสนุนขององค์กรต่อการจัดบริการ

การประเมินระบบการสนับสนุนขององค์กร 4 ด้านหลัก ประกอบด้วย 1) การทำงานเป็นทีม 2) การมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง 3) การสื่อสารทำความเข้าใจในแนวคิดและรูปแบบบริการ และ 4) ความเชื่อมั่นของทีมต่อความมีอิสระในการจัดสรรเวลาให้กับผู้ป่วยตามที่เห็นว่าจำเป็น ซึ่งพบว่า PCC ในโครงการวิจัยมีระดับคะแนนเฉลี่ยในภาพรวม 6.87 ซึ่งสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของทุกประเภทสถานพยาบาล ทั้งนี้รายละเอียดคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านของแต่ละประเภทหน่วยบริการนำเสนอในตารางที่ 5 และการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านรายคู่ประเภทหน่วยบริการนำเสนอในตารางที่ 6

1) การทำงานเป็นทีมของหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล พิจารณาในด้านการทำงาน

ตารางที่ 5 การประเมินระบบสนับสนุนขององค์กรจำแนกตามประเภทของหน่วยบริการ

ระบบสนับสนุนขององค์กร	Mean (SD)				p-value (ANOVA)
	PCC ในโครงการวิจัย	PCC นอกโครงการวิจัย	คลินิก NCD รพ.	รพ.สต.	
1. การทำงานร่วมกันของทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพของ รพ.	6.87 (1.67)	6.54 (1.90)	6.26 (1.93)	5.71 (1.86)	<0.001
2. กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ	6.92 (1.54)	6.40 (1.97)	5.93 (1.91)	5.61 (1.84)	<0.001
3. การทำความเข้าใจต่อหลักการจัดการบริการครบห้าองค์ประกอบ	6.63 (1.96)	6.00 (2.44)	5.36 (2.53)	5.38 (2.21)	<0.001
4. ความเชื่อมั่นต่อความมีอิสระที่จะจัดสรรเวลาทำงานให้ผู้ป่วยตามที่ตนเห็นว่าจำเป็น	7.04 (1.65)	6.83 (1.93)	6.67 (1.62)	6.00 (1.68)	<0.001
รวมคะแนน	6.87 (1.71)	6.44 (2.06)	6.06 (2)	5.67 (1.90)	

NCD = non-communicable disease; PCC = primary care cluster

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินระบบสนับสนุนขององค์กรแต่ละด้านรายคู่ประเภทของหน่วยบริการด้วยวิธี Least significant difference (LSD)

กระบวนการจัดบริการ	หน่วยบริการ	กลุ่มที่	Mean difference (I-J)			
			1	2	3	4
1. การทำงานร่วมกันของทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพของ รพ.	PCC ในโครงการวิจัย	1	-	0.33*	0.61*	1.17*
	PCC นอกโครงการวิจัย	2	-	-	0.28	0.83*
	คลินิก NCD รพ.	3	-	-	-	0.56*
	รพ.สต.	4	-	-	-	-
2. กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ	PCC ในโครงการวิจัย	1	-	0.52*	0.98*	1.31*
	PCC นอกโครงการวิจัย	2	-	-	0.47*	0.80*
	คลินิก NCD รพ.	3	-	-	-	0.33
	รพ.สต.	4	-	-	-	-
3. การทำความเข้าใจต่อหลักการจัดการบริการครบห้วงองค์ประกอบ	PCC ในโครงการวิจัย	1	-	0.63*	1.27*	1.26*
	PCC นอกโครงการวิจัย	2	-	-	0.64*	0.62*
	คลินิก NCD รพ.	3	-	-	-	-0.02
	รพ.สต.	4	-	-	-	-
4. ความเชื่อมั่นต่อความมีอิสระที่จะจัดสรรเวลาทำงานให้ผู้ป่วยตามที่ตนเห็นว่าจำเป็น	PCC ในโครงการวิจัย	1	-	0.22	0.37*	1.04*
	PCC นอกโครงการวิจัย	2	-	-	0.15	0.82*
	คลินิก NCD รพ.	3	-	-	-	0.67*
	รพ.สต.	4	-	-	-	-

NCD = non-communicable disease; PCC = primary care cluster

* LSD test; *p*-value < 0.05

ร่วมกัน การรู้บทบาท การมีเป้าหมายตรงกัน การทำงานทดแทนกัน และมีกระบวนการจัดการเรียนรู้ ซึ่งพบว่า PCC ในโครงการวิจัยมีคะแนนเฉลี่ย 6.87 (สมาชิกในทีมแต่ละท่านมีบทบาทชัดเจน มีเป้าหมายตรงกัน และทำงานแทนกันได้ แต่ยังไม่มีการจัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ) ซึ่งสูงกว่าของทุกประเภทหน่วยบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยของ PCC นอกโครงการวิจัยและคลินิก NCD ของ รพ. ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนเฉลี่ยของทั้งคู่สูงกว่าของ รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ พิจารณาในด้านการมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ การดำเนินการเป็นระบบ และการมีระบบกำกับติดตาม ซึ่ง PCC

ในโครงการวิจัยมีคะแนนเฉลี่ย 6.92 (มีการใช้ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์และวางแผนพัฒนาอย่างเป็นระบบ) ซึ่งสูงกว่าของทุกประเภทหน่วยบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะเดียวกัน PCC นอกโครงการวิจัยก็มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคลินิก NCD ของ รพ. และ รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนเฉลี่ยของคลินิก NCD ของ รพ. ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญฯ เมื่อเทียบกับของ รพ.สต.

3) การทำความเข้าใจต่อหลักการจัดการบริการครบห้วงองค์ประกอบ พิจารณาในด้านวิธีการและช่องทางการสื่อสารให้ทีมบุคลากรเข้าใจและยอมรับหลักการของทั้งห้าองค์ประกอบ โดย PCC ในโครงการวิจัยมีคะแนนเฉลี่ย 6.63 (มีการสื่อสารหลายรูปแบบแต่ไม่ครอบคลุมและมีเพียงบางคนในทีมรับรู้ เข้าใจและเห็นชอบ) ซึ่งก็สูงกว่าของ

ทุกประเภทหน่วยบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะเดียวกัน PCC นอกโครงการวิจัยก็มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าของคลินิก NCD ของ รพ. และ รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนเฉลี่ยของคลินิก NCD ของ รพ. ไม่แตกต่างจากของ รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4) ความเชื่อมั่นของทีมในควมมีอิสระในการจัดสรรเวลาแก่ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตามความจำเป็น คะแนนเฉลี่ยของทุกประเภทหน่วยบริการอยู่ในระดับเชื่อมั่นปานกลาง และทุกประเภทหน่วยบริการประเมินให้คะแนนด้านนี้สูงกว่าด้านอื่นๆ โดยคะแนนเฉลี่ยของ PCC ในโครงการวิจัยสูงกว่าของคลินิก NCD ของ รพ. และ รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับของ PCC นอกโครงการวิจัย คะแนนเฉลี่ยของ PCC นอกโครงการวิจัยก็ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญฯ เมื่อเทียบกับของคลินิก NCD ของ รพ. แต่คะแนนเฉลี่ยของทั้งคู่สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของ รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์และข้อยุติ

โดยสรุป บุคลากรของ PCC ในโครงการวิจัยฯ ประเมินตนเองว่าจัดบริการตามองค์ประกอบทั้งห้าด้านของรูปแบบการจัดบริการแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางด้วยคะแนนสูงกว่าในทุกด้านขององค์ประกอบทั้งห้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับหน่วยบริการประเภทอื่นทั้งหมด รวมถึง PCC นอกโครงการวิจัย ด้านที่บุคลากรของ PCC ในโครงการวิจัยประเมินให้คะแนนสูงกว่าด้านอื่นคือเรื่องระบบข้อมูล ในขณะที่ด้านระบบสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีคะแนนต่ำสุด ในส่วนของ PCC นอกโครงการวิจัยนั้น คะแนนเฉลี่ยในการประเมินตนเองเกือบทุกด้านมิได้แตกต่างจากของคลินิก NCD ของ รพ. ยกเว้นด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว ซึ่งคะแนนเฉลี่ยของ PCC นอกโครงการวิจัยสูงกว่าทั้งของคลินิก NCD ของ รพ. และของ รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่คะแนนประเมินตนเองเฉลี่ยของ รพ.สต. เกือบทุกด้านต่ำ

ที่สุด ยกเว้นเรื่องการมีหมอครอบครัวซึ่งสูงกว่าของคลินิก NCD ของ รพ. แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านระบบสนับสนุนขององค์กรต่อการจัดบริการนั้น คะแนนเฉลี่ยในทุกด้านของ PCC ในโครงการวิจัยก็สูงกว่าของหน่วยบริการประเภทอื่นทั้งหมด ส่วนของ PCC นอกโครงการวิจัยมีเพียงด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการและการทำความเข้าใจต่อหลักการจัดบริการครบห้าองค์ประกอบที่สูงกว่าของคลินิก NCD ของ รพ. อย่างมีนัยสำคัญฯ ขณะเดียวกัน รพ.สต. มีคะแนนประเมินตนเองในด้านระบบสนับสนุนต่ำกว่าหน่วยบริการอื่นทุกประเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการทำงานเป็นทีมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและความเชื่อมั่นต่อควมมีอิสระในการบริหารเวลาให้กับผู้ป่วย

คะแนนประเมินตนเองด้านกระบวนการจัดบริการแบบบูรณาการที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของ PCC ในโครงการวิจัยในการวิจัยนี้ค่อนข้างสอดคล้องกับข้อมูลการประเมินประสพการณ์ของผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงที่ได้รับจากหน่วยบริการประเภทต่างๆ ในพื้นที่⁽²¹⁾ โดยเฉพาะด้านการจัดทำแผนการรักษาเฉพาะราย การกำหนดเป้าหมายการรักษา การปฏิบัติตน และผลการรักษา ซึ่งผู้ป่วยที่รับบริการที่ PCC ในโครงการวิจัยได้รับเป็นส่วนใหญ่หรือแทบทุกครั้งในสัดส่วนสูงกว่าที่ผู้ป่วยได้รับจาก PCC นอกโครงการวิจัยและคลินิก NCD ของ รพ. ยกเว้นกรณีของ รพ.สต. ที่ดูเหมือนผู้ป่วยจะได้รับบริการในสัดส่วนสูงที่สุดในสัดส่วนสูงกว่าหน่วยบริการประเภทอื่นทั้งหมด อย่างไรก็ดี มีข้อจำกัดด้านการเป็นตัวแทนของตัวอย่างผู้ป่วยที่รับบริการที่ รพ.สต. เนื่องจากตัวอย่างมาจากเพียง 4 ใน 20 พื้นที่เท่านั้น

คะแนนประเมินตนเองเรื่องปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์หรือหมอครอบครัวของ PCC นอกโครงการวิจัยเมื่อเทียบกับของคลินิก NCD ของ รพ. และของ รพ.สต. เป็นสิ่งที่เข้าใจได้เนื่องจากการเป็น “คลินิกหมอครอบครัว” ต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่รับทราบและขึ้นทะเบียนกับแพทย์และหมอครอบครัวอย่างไรก็ดี การไม่พบความแตกต่างของระดับคะแนน



ประเมินตนเองระหว่าง PCC นอกโครงการวิจัยกับคลินิก NCD ของ รพ. ในด้านการจัดทำแผนอย่างมีส่วนร่วม การจัดทำระบบข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วย ระบบสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย และความต่อเนื่องและเชื่อมโยงประสานการดูแล ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง⁽²²⁾ ได้รับการยอมรับและถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวาง อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพที่ได้ยังอาจแตกต่างกันตามบริบทและองค์ประกอบที่เลือกไปใช้^(23,24) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การมีระบบสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย (self-management support) ส่งผลบวกต่อผลลัพธ์การดูแลอย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะกับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง⁽²⁵⁾ การไม่พบความแตกต่างกันของกระบวนการจัดบริการของ PCC นอกโครงการวิจัยกับคลินิก NCD ของ รพ. นั้นก็อนุมานได้ว่าไม่อาจคาดหวังผลลัพธ์บริการที่ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่เดิมได้หากมิได้มีการปรับกระบวนการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ขณะเดียวกันระดับคะแนนด้านระบบสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยของ PCC ในโครงการวิจัยที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับองค์ประกอบอื่นๆ ก็น่ากังวลและจำเป็นต้องพัฒนาต่อไป เนื่องจากเป็นหัวใจสำคัญในการนำไปสู่ประสิทธิผลของการรักษาดูแลโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น ส่วนหนึ่งอาจจะเป็นเพราะโครงการวิจัยให้แต่แนวคิดและหลักการแก่ PCC นำร่องในการไปปรับรูปแบบการจัดบริการของตนเองแต่มิได้มีการอบรมพัฒนาศักยภาพและทักษะของทีมบุคลากรในการเป็นโค้ชของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงมิได้ประเมินว่าบุคลากรมีทักษะในการดำเนินการเรื่องนี้เพียงใดก่อนนำรูปแบบดังกล่าวไปดำเนินการ ซึ่งต่างจากงานวิจัยพัฒนาระบบบริการอื่นที่ดำเนินการ⁽²⁶⁾ และเป็นประเด็นที่ควรต้องพัฒนาในระยะต่อไป

แม้ระดับคะแนนระบบสนับสนุนขององค์กรของ PCC ในโครงการวิจัยจะสูงกว่าของทุกประเภทหน่วยบริการ แต่คะแนนด้านการทำความเข้าใจในทีมบุคลากรต่อองค์

ประกอบทั้งห้ายังค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับองค์ประกอบอื่น แสดงว่ามีช่องว่างการเตรียมความพร้อมและการสื่อสารทำความเข้าใจระหว่างบุคลากรในทีม ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากในช่วงการเตรียมการมีเพียงตัวแทน 2-3 คนของหน่วยบริการเข้ามารับฟังและร่วมระดมความคิดเห็นเมื่อกลับไปในพื้นที่ก็ขึ้นกับศักยภาพของตัวแทนที่มาว่าจะไปสื่อสารและขับเคลื่อนเรื่องนี้ต่อในพื้นที่ได้ดีมากน้อยเพียงใด

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือการใช้แบบประเมินตนเองของผู้ให้บริการในการประเมินกระบวนการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งผู้ให้บริการแต่ละท่านก็ประเมินด้วยมาตรวัดของตนเอง อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินที่สอดคล้องกับการประเมินของผู้ป่วย⁽²¹⁾ โดยเฉพาะข้อมูลเปรียบเทียบระหว่าง PCC ในโครงการวิจัยเมื่อเทียบกับ PCC นอกโครงการวิจัยและคลินิก NCD ของ รพ. แสดงว่าเครื่องมือดังกล่าวพอใช้ได้ และแสดงให้เห็นว่า การยกฐานะหน่วยบริการเป็นคลินิกหออกรับครัว โดยเพิ่มบุคลากรและทรัพยากรต่างๆ ให้ แต่ปราศจากการปรับกระบวนการให้บริการให้ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนเป็นโรคเรื้อรังนั้น ไม่น่าจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังของนโยบายคลินิกหออกรับครัวได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยและพัฒนาในระยะต่อไป

เนื่องจากการวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดบริการแบบ IPCHS ยังอยู่ในระยะเริ่มต้น และยังมีจุดอ่อนหลายประการดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น จึงมีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยและพัฒนาในระยะต่อไปดังนี้

1. ดำเนินการประเมินผลลัพธ์ดำเนินการ (implementation outcomes) ของการวิจัยดำเนินการ (implementation research) ตามองค์ประกอบ 8 ด้าน⁽²⁷⁾ คือ การยอมรับ (acceptability) การรับมาดำเนินงาน (adoption) ความเหมาะสมกับบริบท (appropriateness or compatibility) ต้นทุนที่เพิ่มขึ้น (incremental cost) ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ (feasibility) การ

ดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนด (fidelity) การบูรณาการเข้าระบบงานที่ทำอยู่ (penetration) และความยั่งยืน (sustainability) รวมถึงผลลัพธ์บริการ (health service outcomes) ในการวิจัยและพัฒนาในระยะต่อไป

2. ต้องมีการพัฒนาศักยภาพและทักษะของทีมสุขภาพของพื้นที่นำร่องให้มีศักยภาพสามารถดำเนินการได้ตามแนวทางทั้ง 5 องค์ประกอบที่กำหนดอย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงมีกระบวนการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ แก้ไขปัญหา พัฒนา และค้นหาศักยภาพของทีมสุขภาพของพื้นที่ (coaching) เพื่อให้มีทักษะและศักยภาพในการดำเนินการได้ตามรูปแบบดังกล่าว

กิตติกรรมประกาศ

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

References

1. Chuengsatiansup K, Kata P. History dimension: development of primary health care and new social context. In: Sathienkarn V, Phetkong V, Inudon T, editors. Primary health care, primary care: from philosophy to operation in new health approach. Nonthaburi: Society and Health Institute; 2007. p. 23-52.
2. Wibulpholprasert S. Future of Thai health center: a study on evaluation of decade of health center development project. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health; 1996.
3. Taarak P. Primary care reform. In: Pramualratana P, Wibulpholprasert S, editors. Health insurance system in Thailand. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2001. p. 209-23.
4. Srivanichakorn S. Primary health care in Thailand. In: Sutorntham S, Jongudomsuk P, editors. Health insurance systems in Thailand. Bangkok: National Health Security Office; 2012. p. 279-332.
5. Thai Health Foundation. An evaluation on implementation of health promoting hospital policy. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2011.
6. Suriyawongpaisal P. Assessment of health policy on promoting family care team. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2015.
7. Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2560 (2017). The Government Gazette Volume 134, Section 40 Kor.
8. Notification of the Prime Minister's Office on Country Reform Plan. The Government Gazette Volume 135, Section 24 Kor (Apr 6, 2018).
9. Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Guideline for implementing primary care cluster for health facility. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2016.
10. Benziger CP, Roth GA, Moran AE. The global burden of disease study and the preventable burden of NCD. *Glob Heart*. 2016;11(4):393-7.
11. Bundhamcharoen K, editor. Thailand burden of diseases attributable to risk factors 2014. Nonthaburi: International Health Policy Program Foundation; 2018.
12. NCD Countdown 2030 collaborators. NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. *Lancet*. 2018;392(10152):1072-88.
13. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*. 1996;74(4):511-44.
14. Wagner EH. Organizing care for patients with chronic illness revisited. *Milbank Q*. 2019;97(3):659-64.
15. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital quarterly*. 2003;7(1):73-82.
16. World Health Organization. The World health report 2008 primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
17. American Academy of Family Physicians. Primary care for the 21st century: ensuring a quality, physician-led team for every patient. American Academy of Family Physicians [internet]. Available from: <https://www.aafp.org/dam/AAFP/>



- documents/about_us/initiatives/AAFP-PCMHWhitePaper.pdf; 2012. 19 p.
18. World Health Organization. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF); 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.X). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 19. Sriyakun D, Lapbenjakul S. Report on development of delivery model and guideline for integrated people-centered health service of primary care cluster. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2020.
 20. Gomutbutra P, Aramrat A, Sattapansri W, Chutima S, Tooprakai D, Sakarinkul P, et al. Reliability and validity of a Thai version of assessment of chronic illness care (ACIC). *J Med Assoc Thai.* 2012;95(8):1105-13.
 21. 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):143-55.
 22. Ackroyd SA, Wexler DJ. Effectiveness of diabetes interventions in the patient-centered medical home. *Current diabetes reports.* 2014;14(3):471.
 23. Davy C, Bleasel J, Liu H, Tchan M, Ponniah S, Brown A. Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. *BMC Health Services Research.* 2015;15:194.
 24. Baptista DR, Wiens A, Pontarolo R, Regis L, Reis WC, Correr CJ. The chronic care model for type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetology & Metabolic Syndrome.* 2016;8:7.
 25. Reynolds R, Dennis S, Hasan I, Slewa J, Chen W, Tian D, et al. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC Family Practice.* 2018;19(1):11.
 26. Reutrakul Pratuangtham S, Jerawatana R. Effectiveness of diabetes self – management education in Thais with type 2 diabetes. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research.* 2018;23(1):74-6.
 27. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health.* 2011;38(2):65-76.