



การศึกษาติดตามการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว กรุงเทพมหานคร

จรรยา ชื่นศิริมงคล, คด^{1*}

วัลยา ตูพานิช, วทม¹

สุธีกาญจน์ ไชยลาภ,ปร.ด¹

ชนิภา ยอเย็นง, พยม¹

ศิริพร ครุฑทาศ, คด²

¹ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนงหวัดนนทบุรี นนทบุรี ประเทศไทย

* ผู้ติดต่อ, อีเมล: jariya_ch@nmu.ac.th

Vajira Med J. 2020; 64(1) : 59-70

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2020.xx>

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้โครงการทีมหมอครอบครัวในกลุ่มประชากร ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย กรุงเทพมหานคร และเพื่อศึกษาติดตามการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือ ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตตลิ่งชัน เขตลาดพร้าว เขตบางพลัด เขตดุสิต เขตธนบุรีและเขตบางซื่อ จำนวน 374 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประยุกต์จากแบบสอบถาม การได้รับบริการทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ดูแล ของโครงการวิจัยประเมินผลนโยบายทีมหมอครอบครัว ของ ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ (2558) ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธี Cronbach's alpha coefficient มีค่าเท่ากับ 0.78 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับคำแนะนำเรื่องทีมหมอครอบครัวจากทีมสุขภาพ ร้อยละ 63.6 กลุ่มที่เคยได้รับคำแนะนำเรื่องหมอครอบครัวทราบชื่อแพทย์ ร้อยละ 20.1 ทราบเบอร์โทรศัพท์แพทย์ ร้อยละ 5.6 ส่วนการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว กรุงเทพมหานคร 1.) ด้านการเข้าถึงบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความสะดวกในการไปใช้บริการ ร้อยละ 93.3 สถานบริการสุขภาพที่เปิดให้บริการคลินิกนอกเวลา ร้อยละ 58.8 และสามารถติดต่อทีมหมอครอบครัวได้ ยามเจ็บป่วย ร้อยละ 50 2.) ด้านการป้องกันโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคและการดูแล สุขภาพในทุกด้าน ร้อยละ 50-80 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็ง และได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 35 และ 42 ตามลำดับ 3.) ด้านการคัดกรองโรค พบว่า ใน 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างได้รับการวัดความดันโลหิต ได้รับการชั่งน้ำหนัก ตรวจน้ำตาลในเลือด และได้รับการตรวจไขมันในเลือด ร้อยละ 70-90 4.) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการประสานการดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความสะดวกในการค้นแฟ้มข้อมูล ร้อยละ 85.6 สามารถขอข้อมูลเพิ่มเติมและขอสำเนา ผลการตรวจของตนเองได้เมื่อต้องการ ร้อยละ 26.2 และ 20.6 ตามลำดับ ได้รับการช่วยเหลือนัดหมายและส่งต่อไป พบแพทย์เฉพาะทาง ร้อยละ 28.3 หน่วยบริการต้นทางมีการติดตามการไปพบแพทย์เฉพาะทางของผู้ป่วย ร้อยละ 24.9 5.) ด้านเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พบว่า ได้รับการเคารพความคิดเห็น และอธิบายพร้อมตอบข้อสงสัย ร้อยละ 92 และ 90.2 ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 31.3 6.) ด้านการสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง พบว่า ทีมหมอครอบครัวมีการนัด ติดตามอย่างต่อเนื่อง อธิบายภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อธิบายเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมั่นใจเมื่อกลับบ้าน อธิบายทางเลือกในการรักษา และชวนร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทุกข้อกลุ่มตัวอย่างตอบใกล้เคียงกัน ร้อยละ 65.5-71.1 ทีมหมอครอบครัวมาเยี่ยมท่านที่บ้านเพื่อให้คำแนะนำและช่วยเหลือ ร้อยละ 59.4

คำสำคัญ: ทีมหมอครอบครัว, กรุงเทพมหานคร



The follow-study of Thai Family Care Team project implementation in Bangkok Metropolitan Administration

Jariya Chuensirimongkol, Ph.D.^{1*}

Walaya Tupanich, M.S.¹

Suteekarn Chaiyalap, Ph.D.¹

Chanipa Yoryuenyong, M.N.S.¹

Siriporn Kruttakart, Ph.D.²

¹ Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

² Boromaraionani College of Nursing, Chang Wat Nonthaburi, Nonthaburi, Thailand

* Corresponding author, email address: jariya_ch@nmu.ac.th

Vajira Med J. 2020; 64(1) : 59-70

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2020.xx>

Abstract

This research aimed to examine perception towards Family Care Team project of disabled, elderly, chronic and palliative care patients in Bangkok; and to explore Family Care Team operations in Bangkok. Research population were disabled, elderly, chronic and palliative care patients living in Bangkok. A sample of 374 cases living in Taling Chan district, Ladphrao district, Bangplad district, Dusit district, Thonburi district and Bang Sue district were selected to the study. Research tools comprised a questionnaire of perception towards Family Care Team project and a questionnaire of operation performance in accordance with Family Care Team criteria adapted from a questionnaire created by Prof.Dr.Paiboon Suriyawongpaisan and staff (2015) used in the study of Assessment of health policy on promoting family care team with *Cronbach's alpha* coefficient reliability at 0.78. Statistics used to analyze the data were frequency, percentage, mean, and standard deviation. The results of the study were as follows.

1. Perception towards Family Care Team project of disabled, elderly, chronic and palliative care patients in Bangkok revealed that 63.6% of samples received information about Family Care Team from Health team, 20.1% of samples knew name of doctors of Family Care Team, and 5.6% of samples knew telephone numbers of doctors of Family Care Team.

2. Operation performance of Bangkok Family Care Team resulted as follows. 1) For service access, 93.3% of samples found it was convenient to receive healthcare service at the public health center they regularly visited, 58.8% of samples indicated the public health center they regularly visited provided part-time clinic, and 50% of samples were able to contact Family Care Team for their health problem. 2) For disease prevention, 50-80% of samples received information about disease prevention and healthcare in all aspects, 35% of samples were informed about cancer screening and 42% of samples received flu vaccine. 3) For disease screening, most samples received healthcare services to measure their blood pressure measurement 70-90%, weight, blood glucose and *blood* cholesterol. 4) For data access and care coordination, 85.6% of samples found that it was convenient to seek for data file as well as samples were able to see personal file and asked for a copy of their examination records when they needed (26.2% and 20.6% respectively). Moreover, 28.3% of samples were helped with appointment and transfer for specialist visits and 24.9% of samples indicated that their specialist doctor visits were monitored. 5) For patient-centered care services, most samples showed their opinions were respectful and they got detail explanation for their doubts (92% and 90.2% respectively) whereas 31.3% of samples got a home-visit. 6) For self-care supporting system, samples revealed that Family Care Team provided ongoing follow-up appointment and explained about complications, diseases, how to conduct home self-care, treatment options, in addition, they invited them to join health promotion activities (65.5-71.1%). Also, 59.4% of samples indicated that Family Care Team visited their house to give advice and help.

Keyword: Family care team, Bangkok

บทนำ

การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขไทย (healthcare reform) ทำให้การสาธารณสุขไทยได้ปรับเปลี่ยนแนวทางการบริการทางสุขภาพใหม่ โดยจากเดิมเน้นการบริการในระดับโรงพยาบาล (secondary and tertiary medical care) เป็นการเน้นไปที่บริการระดับปฐมภูมิ (primary care) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก¹ (WHO, 2004) ที่อธิบายว่า การดูแลประชาชนในรูปแบบทีมดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care team) เป็นระบบการดูแลสุขภาพที่ให้ผลสัมฤทธิ์ต่อสุขภาพของประชาชนที่ดีที่สุด ก่อให้เกิดความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการได้ และเป็นระบบการดูแลสุขภาพที่มีต้นทุนต่ำ ดังนั้นรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 258 (ข) ด้านอื่นๆ จึงกำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม²

การบริการสุขภาพปฐมภูมิจำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความเสมอภาคของการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และเกิดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเป้าหมายที่สำคัญคือการทำให้ผู้รับบริการมีความสุขที่ดีขึ้น และมีความเสมอภาค ทำให้ผู้ด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น Jerant et al., 2012³ และ Wang et al., 2015⁴ อธิบายว่า ลักษณะของการบริการปฐมภูมิ (primary care attributes) ประกอบด้วย 1) การดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นครั้งใหม่ (care for new health problems) 2) การป้องกันโรค (preventive care) 3) การส่งต่อการรักษาไปให้ผู้เชี่ยวชาญ (referrals to other health care professionals) 4) เพิ่มโอกาสเข้าถึงบริการ (enhanced access) 5) เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care model)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 มีแนวคิดว่า ระบบบริการที่ดีควรเป็นระบบการดูแลแบบทีมหมอประจำครอบครัว ดังนั้นนายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ในขณะนั้น (พ.ศ. 2558) จึงออกนโยบายทีมหมอครอบครัว ซึ่งเป็นการจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิแบบทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่นๆ รวมเป็นทีมหมอครอบครัว ร่วมกับการประสานงานของทุกภาคส่วนนอกภาคสาธารณสุข โดยมี

เป้าประสงค์เพื่อประชาชนไทยทุกคนได้รับบริการแบบบูรณาการ ทั้ง ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู⁵

กรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางด้านการบริหารประเทศ และด้านเศรษฐกิจ จึงดึงดูดประชาชนจากทุกภูมิภาคของประเทศไทยเข้ามาอยู่อาศัยอย่างถาวรหรือชั่วคราว ทำให้กรุงเทพมหานครเป็นเมืองที่มีผู้อยู่อาศัยอยู่อย่างหนาแน่นที่สุดในประเทศ กล่าวคือ ประชากร ณ สิ้นปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 5,692,284 คน และคาดประมาณว่าจำนวนประชากรในปี พ.ศ. 2559 จะมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 5,741,509 คน⁶ ประชากรที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด มีความเหลื่อมล้ำทางด้านรายได้ ทำให้ผู้ด้อยโอกาสไม่สามารถเข้ารับบริการทางสุขภาพได้อย่างทั่วถึงเท่าเทียม ซึ่งนโยบายทางด้านสุขภาพของกรุงเทพมหานครให้ความสำคัญกับการจัดบริการด้านการแพทย์ในระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพมาตรฐาน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง โดยศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care) กระจายอยู่ภายในเขตต่างๆ ทั่วกรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้บริหารกรุงเทพมหานครให้ความร่วมมือสนับสนุนนโยบายของรัฐบาล โดยมีการดำเนินการเรื่องการดูแลสุขภาพประชาชนในรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว⁷

หลังจากนโยบายทีมหมอครอบครัวได้นำสู่การปฏิบัติทั่วประเทศ ได้มีการศึกษาติดตามว่าผลการดำเนินงานเป็นอย่างไร เช่น โครงการวิจัยติดตามประเมินผลนโยบายทีมหมอครอบครัว⁸ รายงานผลการดำเนินงานและความคิดเห็นต่อนโยบายทีมหมอครอบครัว โดยสำรวจกับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งทั่วประเทศ สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง และการสุ่มสำรวจจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และการสัมภาษณ์กลุ่มกับผู้รับผิดชอบงานในสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด ซึ่งดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2557 – กุมภาพันธ์ 2558⁹ การสำรวจการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ในจังหวัดตาก¹⁰ แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาว่าการดำเนินงานหมอครอบครัวของกรุงเทพมหานครที่ผ่านมาประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่คาดหวังไว้หรือไม่อย่างไร โดยเฉพาะการดูแลครอบครัวสำหรับประชาชนที่มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จัดให้ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาติดตามการดำเนินการของทีมหมอ

ครอบครัว กรุงเทพมหานคร เพื่อให้ได้คำตอบข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนให้การดำเนินงานหมอครอบครัวของกรุงเทพมหานคร บรรลุผลสำเร็จต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้โครงการทีมหมอครอบครัวในกลุ่มประชากรผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาติดตามการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว กรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research)

ประชากรที่ศึกษา

กลุ่มประชากรเป้าหมาย เป็นผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครตามพื้นที่การปกครอง 50 เขต ระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ประชากรที่อาศัยในเขตปกครองชั้นนอกจำนวน 1 เขต ได้แก่ เขตตลิ่งชัน เขตปกครองชั้นกลาง 2 เขต ได้แก่ เขตลาดพร้าวและเขตบางพลัด เขตปกครองชั้นใน 3 เขต ได้แก่ เขตดุสิต เขตธนบุรีและเขตบางซื่อ ในเวลาตั้งแต่ มกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 จำนวน 369 ราย ผู้วิจัยเพื่อข้อมูลไม่ครบถ้วน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 ราย มีแบบสอบถามข้อมูลสมบูรณ์นำมาวิเคราะห์ จำนวน 374 ฉบับ ผู้วิจัยกำหนดการเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นหลายขั้นตอน (multistage stratified cluster random sampling) จำนวนตัวอย่างผู้รับบริการทั้งสี่กลุ่ม ผู้วิจัยกำหนดให้มีสัดส่วน เท่ากับ 0.4 (P=0.4) ยอมรับความคลาดเคลื่อนในการทำนาย เท่ากับ 0.05 (d=0.05) ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.05 ($\alpha=0.05$)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประยุกต์จากแบบสอบถามการได้รับบริการทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ดูแล ของโครงการวิจัยประเมินผลนโยบายทีมหมอครอบครัว³ ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงบริการ 2) การป้องกันโรค 3) การคัดกรองโรคเรื้อรัง 4) การเข้าถึงข้อมูลและการประสานการดูแล 5) เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และ

6) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง^{3,4,8} ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นคำถามลักษณะเลือกตอบ (multiple choice) และแบบเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริง จำนวน 7 ข้อ ตอนที่ 2 การวิเคราะห์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพเป็นคำถามลักษณะเลือกตอบ (multiple choice) ตามความเป็นจริงและตอบใช่ หรือ ไม่ใช่ จำนวน 8 ข้อ ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เกี่ยวกับหมอครอบครัว เป็นคำถามเลือกตอบใช่หรือไม่ใช่ และไม่ทราบ จำนวน 52 ข้อ การหาคุณภาพของเครื่องมือผู้วิจัยนำมาหาค่าความเที่ยง (reliability) ด้วยวิธี Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.78

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ เลขที่ KFN-IRB 2016-08 คณะผู้วิจัยดำเนินการวิจัยนี้ โดยคำนึงถึงจริยธรรมและหลักจรรยาบรรณในการทำวิจัย โดย ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนต่างๆ ในการดำเนินการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามผู้วิจัยได้ ตลอดจนการตัดสินใจอย่างเป็นอิสระในการยินยอมหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล การวิจัยใช้วิธีการตอบแบบสอบถามซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ให้ข้อมูล แบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อ การนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ไม่ระบุตัวบุคคลที่ให้ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาแจกแจงนับความถี่หรือคะแนนประมาณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่สอดคล้องกับมาตรการวัดระดับตัวแปร ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติสำเร็จรูป

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่ม คือ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เกือบทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุเหล่านี้เกือบทั้งหมดมีโรคเรื้อรัง รองลงมาคือเป็นผู้สูงอายุที่พิการ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่กับครอบครัว ส่วนใหญ่มีรายได้ของตนเอง กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนมากมีความคิดเห็นว่าสุขภาพของตนเอง

ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา มีอาการทรงตัว รongลงมาคิดว่าสุขภาพของตนเองทุเลาขึ้น แต่กลุ่มตัวอย่าง จำนวนครึ่งหนึ่งมีความคาดหวังว่าในอนาคตสุขภาพของตนเองจะทุเลาขึ้น รongลงมาคิดว่าสุขภาพของตนเองในอนาคตอยู่ในระดับทรงตัว สำหรับกลุ่มผู้ป่วยระดับประคอง ส่วนใหญ่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ

ความรู้สึกของผู้ที่ให้การดูแลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 57 คนพบว่า มีความรู้สึกเหนื่อยกายมากขึ้น เหนื่อยใจมากขึ้น และมีอิสรภาพน้อยลง มีส่วนน้อยที่รู้สึกมีความหวังมาก ผู้ที่ให้การดูแลกลุ่มตัวอย่างคิดว่าถ้าตนเองหรือครอบครัวมีรายได้มากขึ้น จะทำให้คุณภาพชีวิตของตนเองและผู้ป่วยดีขึ้น รongลงมาคือมีแพทย์และพยาบาลให้การดูแลใกล้ชิดมากขึ้น และมีผู้มาแบ่งเบาภาระการดูแลผู้ป่วย

สถานบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างเคยใช้บริการ คือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รongลงมาคือ ศูนย์สาธารณสุข และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 59.1, 35.3 และ 28.3 ตามลำดับ) ส่วนสถานบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างใช้เป็นประจำ คือ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (ร้อยละ 50.8) โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และศูนย์สาธารณสุข (ร้อยละ 20.1 และ 14.2 ตามลำดับ) สถานบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างใช้เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน คือ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 54.8, 22.1 และ 12 คน ตามลำดับ) ผู้ที่กลุ่มตัวอย่างนึกถึงเป็นอันดับแรกเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยคือ ญาติ รongลงมาคือแพทย์ และพยาบาล ตามลำดับ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์เกี่ยวกับทีมหมอบรรณคร

การได้รับคำแนะนำเรื่องทีมหมอบรรณครจากทีมสุขภาพพบว่า ส่วนมากกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับคำแนะนำเรื่องทีมหมอบรรณครจากทีมสุขภาพ (ร้อยละ 63.6) เมื่อสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับทีมหมอบรรณครพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ทราบชื่อแพทย์มากที่สุด แต่ทราบเบอร์โทรแพทย์ น้อยที่สุด (ร้อยละ 20.1 และ 5.6 ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 1

การรับรู้เรื่องทีมหมอบรรณครพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนครึ่งหนึ่ง ไม่เคยรู้เรื่องทีมหมอบรรณครมาก่อน หรือเคยได้ยินบ้างจากสื่อต่างๆ แต่ไม่ค่อยเข้าใจ (ร้อยละ 46.5 และ 50 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างน้อยมากที่เคยได้ยินเรื่องทีมหมอบรรณครและเข้าใจดี (ร้อยละ 3.5) สำหรับแหล่งข้อมูลที่ทราบเรื่องทีมหมอบรรณครพบว่า ทราบข้อมูลจากอาสาสมัคร

สาธารณสุข มากที่สุด (ร้อยละ 32.1) รายละเอียดดังตารางที่ 2 การเข้าถึงบริการตามเกณฑ์ของทีมหมอบรรณคร ทั้ง 6 ด้าน พบว่าด้านการเข้าถึงบริการ (ศูนย์บริการสาธารณสุข) กลุ่มตัวอย่างตอบว่าได้รับความสะดวกในการไปใช้บริการ ในสถานบริการที่ใช้เป็นประจำ รongลงมาคือ สถานบริการสุขภาพที่ใช้เป็นประจำเปิดให้บริการคลินิกนอกเวลา และยามเจ็บป่วยสามารถติดต่อทีมหมอบรรณครได้ตลอดเวลา (ร้อยละ 93.3, 58.8 และ 50 ตามลำดับ)

ด้านการป้องกันโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสม มากที่สุด รongลงมาคือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยา และข้อมูลเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ (ร้อยละ 85.6, 81.6 และ 79.7 ตามลำดับ) การป้องกันโรคที่ได้รับบริการน้อยที่สุดคือ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็ง (ร้อยละ 35.3)

ด้านการคัดกรองโรค พบว่า ใน 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างได้รับการวัดความดันโลหิตมากที่สุด รongลงมาคือ ได้รับการชั่งน้ำหนัก (ร้อยละ 89.3 และ 86.9) สำหรับการได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดและได้รับการตรวจไขมันในเลือดมีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 73.5)

ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการประสานการดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับความสะดวกในการค้นแฟ้มประวัติ (ร้อยละ 85.6) แต่มีจำนวนน้อยมากที่สามารถขอดูแฟ้มประวัติของตนเองได้เมื่อต้องการ หรือสามารถขอสำเนาผลการตรวจของตนเองได้เมื่อต้องการ (ร้อยละ 20.6 เท่ากัน) กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยมากที่ได้รับการช่วยเหลือนัดหมายและส่งต่อไปพบแพทย์เฉพาะทาง (ร้อยละ 28.3) ซึ่งในจำนวนนี้ หน่วยบริการต้นทางมีการติดตามการไปพบแพทย์เฉพาะทางของผู้ป่วย เพียงร้อยละ 24.9

ด้านการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับการเคารพความคิดเห็น และอธิบายพร้อมตอบข้อสงสัย (ร้อยละ 92 และ 90.2) มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมที่บ้าน (ร้อยละ 31.3)

ด้านการสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากทีมหมอบรรณครมีการนัดติดตามอย่างต่อเนื่อง อธิบายภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อธิบายเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมั่นใจเมื่อกลับบ้าน อธิบายทางเลือกในการรักษา และชวนร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 71.1-65.5) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1:

ผลการวิเคราะห์การได้รับคำแนะนำเรื่องทีมหมอครอบครัวจากทีมสุขภาพ

	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยได้รับคำแนะนำเรื่องหมอครอบครัวจากทีมสุขภาพ	136	36.4
เคยได้รับคำแนะนำเรื่องหมอครอบครัวจากทีมสุขภาพ	238	63.6
ทราบชื่อแพทย์	75	20.1
ทราบว่าทีมหมอครอบครัวเป็นทีมเดียวกับ รพ.	39	10.4
ทราบเบอร์โทรแพทย์	21	5.6

ตารางที่ 2:

ผลการวิเคราะห์การรับรู้เรื่องทีมหมอครอบครัว (จำนวน=374 คน)

	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้เกี่ยวกับเรื่องทีมหมอครอบครัว		
ไม่เคยรู้เรื่องทีมหมอครอบครัวมาก่อน	174	46.5
เคยได้ยินเรื่องทีมหมอครอบครัวบ้างจากสื่อต่างๆ แต่ไม่ค่อยเข้าใจ	187	50.0
เคยได้ยินเรื่องหมอครอบครัวบ้างจากสื่อต่างๆ และเข้าใจดี	13	3.5
แหล่งข้อมูลที่ทราบเรื่องทีมหมอครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
อาสาสมัครสาธารณสุข	120	32.1
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	55	14.7
ผู้นำชุมชน	31	8.3
โทรทัศน์	19	5.1
คนในครอบครัว/ญาติ	10	2.7
เสียงตามสายในชุมชน	9	2.4
เพื่อนบ้าน	5	1.3
วิทยุ	1	0.3
หนังสือพิมพ์	1	0.3
อินเทอร์เน็ต	1	0.3

ตารางที่ 3:

ผลการวิเคราะห์การเข้าถึงบริการสุขภาพตามเกณฑ์ของหมอกรอบครัว (n=374)

	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึงบริการ		
ท่านได้รับความสะดวกในการไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ใช้เป็นประจำ	349	93.3
สถานบริการสุขภาพที่ใช้เป็นประจำเปิดให้บริการคลินิกนอกเวลา	220	58.8
ยามเจ็บป่วยสามารถติดต่อทีมหมอกรอบครัวได้ตลอดเวลา	187	50.0
การป้องกันโรค		
ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสม	320	85.6
ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรค	305	81.6
ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพและอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ	298	79.7
ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่นๆที่ท่านเป็นอยู่	294	78.6
ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาหน้าหนักตัวที่เหมาะสม	275	73.5
ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการล้างมือเพื่อป้องกันโรค	251	67.1
ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม	251	67.1
ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตีฝีสุรา	201	53.7
ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่	198	52.9
ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันกระดูกเสื่อมและกระดูกผุ	195	52.1
ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเบื้องต้นเมื่อเข้าสู่วัยทอง	195	52.1
ใน 1 ปีที่ผ่านมาท่านได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่	157	42.0
ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็ง	132	35.3
การคัดกรองโรค		
ใน 1 ปีที่ผ่านมาท่านได้รับการวัดความดันโลหิต	334	89.3
ใน 1 ปีที่ผ่านมาท่านได้รับการชั่งน้ำหนัก	325	86.9
ใน 1 ปีที่ผ่านมาท่านได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือด	275	73.5
ใน 1 ปีที่ผ่านมาท่านได้รับการตรวจไขมันในเลือด	274	73.3
การเข้าถึงข้อมูลและการประสานการดูแล		
เมื่อมาตรวจตามนัดผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการค้นแฟ้มประวัติ	320	85.6
ผู้ป่วยสามารถขอดูแฟ้มประวัติของตนเองได้เมื่อต้องการ	98	26.2
ผู้ป่วยสามารถขอสำเนาผลการตรวจของตนเองได้เมื่อต้องการ	77	20.6
ผู้ป่วยเคยได้รับข้อมูลที่ไม่ตรงกันจากบุคลากร	77	20.6
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือนัดหมายและส่งต่อแพทย์เฉพาะทางเมื่อจำเป็น	106	28.3
ทีมผู้ส่งต่อมีการติดตามการไปพบแพทย์เฉพาะทาง	93	24.9
ทีมผู้ส่งต่อมีการติดตามรายละเอียดของการรักษา	88	23.5

ตารางที่ 3:

ผลการวิเคราะห์การเข้าถึงบริการสุขภาพตามเกณฑ์ของหมอครอบครัว (n=374) (ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ
การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง		
เคารพความคิดเห็นของผู้ป่วย	344	92.0
อธิบายและตอบข้อสงสัยของผู้ป่วยได้ชัดเจน	340	90.9
อธิบายผลลัพธ์ของทางเลือกในการรักษาต่าง ๆ ในการรักษา	315	84.2
ทราบข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเป็นอย่างดี	305	81.6
ใช้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ	297	79.4
ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมวางแผนการรักษา	262	70.1
ผู้ป่วยและญาติจะแนะนำสถานบริการสุขภาพที่ตนเองใช้บริการเป็นประจำให้กับผู้อื่น	262	70.1
มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน	117	31.3
การสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง		
ทีมหมอครอบครัวมีการนัดติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง	266	71.1
ทีมหมอครอบครัวอธิบายภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ให้ท่านทราบ	255	68.2
ทีมหมอครอบครัวอธิบายเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองให้ทราบ	254	67.9
ผู้ป่วยมั่นใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	249	66.6
ทีมหมอครอบครัวอธิบายทางเลือกต่างๆ ที่เหมาะสมในการรักษา	248	66.3
ทีมหมอครอบครัวชักชวนท่านให้ร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน	245	65.5
ทีมหมอครอบครัวมาเยี่ยมท่านที่บ้านเพื่อให้คำแนะนำและช่วยเหลือ	222	59.4

อภิปรายผลการวิจัย

สามารถอภิปรายผลการวิจัยสรุปแยกเป็น 2 ตอนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การรับรู้โครงการทีมหมอครอบครัวในกลุ่มประชากรผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย กรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนครึ่งหนึ่ง ไม่เคยรู้เรื่องทีมหมอครอบครัวมาก่อน หรือเคยได้ยินบ้างจากสื่อต่าง ๆ แต่ไม่ค่อยเข้าใจ สำหรับแหล่งข้อมูลที่ทราบเรื่องทีมหมอครอบครัวพบว่า ทราบข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขมากที่สุด อาจเนื่องจาก กรุงเทพมหานครมีบริการปฐมภูมิผ่านหน่วยงานศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัย ครอบคลุมพื้นที่ทั่วกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีโครงสร้างที่คล้ายกับทีมหมอ⁹ ทำให้ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะกลุ่มผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ยังรู้ข้อมูลทีมหมอครอบครัวที่ให้การดูแลตนเองไม่มากนัก

เนื่องจากขณะดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยนโยบายนี้เพิ่งดำเนินการมาได้เพียง 2 ปี สอดคล้องกับผลสำรวจที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดยังไม่ค่อยมีความรู้เรื่องทีมหมอครอบครัวมาก่อน จึงอาจไม่สนใจที่จะทราบชื่อหรือเบอร์โทรศัพท์ของแพทย์อีกเหตุผลหนึ่งคือ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่ม เกือบทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ อาจพร่องความสามารถในการจดจำชื่อแพทย์ประจำครอบครัว ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 13 คน เท่านั้นที่ตอบว่าเคยได้ยินเรื่องทีมหมอครอบครัวและเข้าใจดี ซึ่งทราบข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Srivichai¹⁰ ที่สำรวจการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ในจังหวัดตาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยรับรู้เรื่องหมอครอบครัวจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สำหรับข้อมูลสถานบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างใช้เป็นประจำ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ครึ่งหนึ่งใช้บริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (ร้อยละ 50.8) แต่ใช้บริการของ

ศูนย์สาธารณสุขน้อยมาก เพียงร้อยละ 14.2 เท่านั้น ซึ่งการจัดบริการระดับ ทุติยภูมิและตติยภูมิ มีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการบริการสูงกว่าบริการปฐมภูมิ มีผู้ป่วยไปใช้บริการจำนวนมาก ทำให้ความพึงพอใจต่อบริการของผู้ป่วยน้อย นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการคงที่ การใช้บริการปฐมภูมิจะช่วยลดระยะเวลาในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการไปโรงพยาบาล¹¹ ดังนั้น กรุงเทพมหานคร อาจต้องมีแนวทางในการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าถึง นโยบายที่มหัศจรรย์ให้มากขึ้นเพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจ และเห็นความสำคัญต่อบริการที่มหัศจรรย์

2. การดำเนินงานที่มหัศจรรย์ กรุงเทพมหานคร
ผลการวิเคราะห์แบ่งเป็น 6 ด้าน ดังนี้

2.1 การเข้าถึงบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 93.3) ได้รับความสะดวกในการไปใช้บริการในสถานบริการสุขภาพ (ศูนย์บริการสาธารณสุข) ที่ใช้เป็นประจำ อาจเนื่องจากกรุงเทพมหานคร มีสำนักอนามัยรับผิดชอบเกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพปฐมภูมิแก่ประชาชนในชุมชนครอบคลุมพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่ปฏิบัติตามตามเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิแห่งชาติ ที่กำหนดให้มีการจัดระบบบริการเพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงบริการได้ง่าย อย่างเท่าเทียม (accessibility) ทั้งในด้านสถานที่ตั้ง การเดินทาง ไปใช้ได้สะดวก¹² สอดคล้องกับงานวิจัยของ Srivichai¹⁰ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความสะดวกที่หน่วยบริการประจำ ร้อยละ 89.7 อย่างไรก็ตามผลการวิจัย พบว่า สถานบริการสุขภาพ (ศูนย์บริการสาธารณสุข) ที่ใช้เป็นประจำเปิดให้บริการคลินิกนอกเวลา มีเพียงร้อยละ 58.8 เท่านั้น อาจเนื่องจากมีศูนย์บริการสาธารณสุข บางแห่งเท่านั้นที่เปิดคลินิกนอกเวลาราชการ ทำให้ไม่เพียงพอ กับความต้องการของคนในชุมชน ซึ่งหากศูนย์บริการสาธารณสุข เปิดคลินิกนอกเวลาเพิ่มขึ้น จะสามารถช่วยลดการใช้บริการทางสาธารณสุขในระดับที่สูงขึ้น และเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขโดยรวมของประเทศได้อีกด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tetjativaddhana¹³ ที่ได้ศึกษาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองในพื้นที่ อำเภอมือง จังหวัดนครสวรรค์ และอำเภอมือง จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า คุณภาพและมาตรฐานระบบบริการปฐมภูมียังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่เขตเมือง

2.2 การป้องกันโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50-80 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพ

ในทุกด้าน เนื่องจากการป้องกันโรคเป็นวิธีการที่ยอมรับกัน โดยทั่วไปว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด ประหยัดที่สุด วัตถุประสงค์หลักของการป้องกันโรคคือ การปรับปรุงพฤติกรรมมนุษย์ ดังนั้น กรอบการบริหารงานบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค พื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2561 จึงมีนโยบายให้ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นโดยประชาชนสามารถเข้ารับบริการในหน่วยบริการใกล้บ้านหรือที่ทำงานได้โดยสะดวก นอกจากนี้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นบทบาทหน้าที่หนึ่งของที่มหัศจรรย์⁵ แต่การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็ง และการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ มีจำนวนเพียงร้อยละ 35-42 เท่านั้น จึงควรมีการบริการเชิงรุก ในการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่และตรวจคัดกรองมะเร็งในชุมชน เนื่องจาก วัคซีนไข้หวัดใหญ่ เป็นที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ 60-65 ปี เพราะไข้หวัดใหญ่พบเป็นสาเหตุที่ผู้สูงอายุต้องเข้าโรงพยาบาลหรือป่วยหนัก ทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต¹⁴ และมะเร็ง เป็นโรคที่สามารถรักษาหายขาดได้ ถ้าสามารถตรวจพบในระยะแรก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Srivichai¹⁰ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพตามเกณฑ์เกือบทุกเรื่อง ส่วนที่ยังได้รับบริการไม่มากนัก ได้แก่ วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ การตรวจคัดกรองมะเร็ง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tetjativaddhana¹³ พบว่า การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนเขตเมืองได้ทั่วถึง

2.3 การคัดกรองโรค พบว่า ใน 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 70-90 ได้รับการวัดความดันโลหิต ได้รับการชั่งน้ำหนัก ตรวจน้ำตาลในเลือด และได้รับการตรวจไขมันในเลือด เนื่องจาก การคัดกรองโรค (disease screening) เป็นการค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก ซึ่งการวินิจฉัยโรคได้เร็ว จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันที ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ลดอัตราความพิการ โดยเฉพาะในโรคเรื้อรังซึ่งผู้ป่วยมักมีอาการป่วยแบบค่อยเป็นค่อยไป การค้นพบผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก จึงช่วยให้การรักษามีโอกาสหายมากขึ้น¹⁶ ดังนั้น หน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร จึงให้ความสำคัญกับการคัดกรองโรคให้กับคนในชุมชนอย่างทั่วถึง

2.4 การเข้าถึงข้อมูลและการประสานการดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับความสะดวกในการค้นแฟ้ม

ประวัติ (ร้อยละ 85.6) แต่สามารถขอคำแนะนำประวัติของตนเองเมื่อต้องการ หรือสามารถขอผลการตรวจของตนเองเมื่อต้องการเพียงร้อยละ 20.6 เท่านั้น อาจเนื่องจากการดูแลรักษาผู้ป่วยทุกราย ทีมบุคลากรทางสุขภาพจะต้องมีเพิ่มประวัติผู้ป่วยเพื่อการระบุตัวผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ทราบประวัติการเจ็บป่วยและประวัติการรักษาพยาบาล จึงทำให้การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างในข้อนี้ได้คะแนนสูง แต่ผู้ให้บริการทางสุขภาพยังไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลสุขภาพของตนเองมากนัก ซึ่งแท้จริงแล้วการรับรู้ข้อมูลทางสุขภาพของตนเองเป็นสิทธิของผู้ป่วยในการได้รับข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจรักษา ดังนั้นควรเน้นย้ำบุคลากรให้เคารพสิทธิของผู้ป่วย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อย ได้รับการช่วยเหลือนัดหมายและส่งต่อไปพบแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้น ในกรณีมีการส่งต่อทีมหมอครอบครัวต้องศึกษาระเบียบ ขั้นตอนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจัดการดำเนินงานอย่างผสมผสาน ต่อเนื่องตามความสามารถ หากดำเนินการเองไม่ได้ก็มีประสานงาน และส่งต่อให้แก่ผู้เชี่ยวชาญหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างทันเวลา โดยมีหน้าที่เชื่อมประสานกับหน่วยรับส่งต่อเพื่อให้การส่งต่อ เป็นไปอย่างราบรื่นและผู้รับบริการมีความอุ่นใจและติดตามหลังการส่งต่อจนถึงสิ้นสุดปัญหาความเจ็บป่วย¹⁸ นอกจากนี้ควรมีการประชาสัมพันธ์กฎระเบียบและแนวทางการรับ-ส่งผู้ป่วยให้กับประชาชนได้ทราบ

2.5 เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับการเคารพความคิดเห็น และอธิบายพร้อมตอบข้อสงสัย (ร้อยละ 92 และ 90.2) เนื่องจากเป็นส่วนมากผู้ให้บริการทราบสิทธิของผู้ป่วยในการได้รับข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจรักษา การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ แต่กลุ่มตัวอย่างตอบว่าได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านน้อย (ร้อยละ 31.3) อาจเนื่องจากผู้ป่วยคาดหวังการให้บริการผลลัพธ์การให้บริการไม่ได้ตั้งคาคัดสอดคล้องทฤษฎี Victor Vroom¹⁹ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tetjativaddhana¹³ พบว่า การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนเขตเมืองได้ทั่วถึง และยังไม่สามารถจัดกำลังคนได้ตามกรอบนโยบายคลินิกหมอครอบครัวที่ครอบคลุมทุกพื้นที่เขตเมือง

2.6 การสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง การเข้าถึงบริการตามเกณฑ์ของทีมหมอครอบครัว พบว่า ทุกข้อกลุ่มตัวอย่าง

ตอบทุกข้อใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 71.1-65.5) ได้แก่ ทีมหมอครอบครัวมีการนัดติดตามอย่างต่อเนื่อง อธิบายภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อธิบายเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมั่นใจเมื่อกลับบ้าน อธิบายทางเลือกในการรักษา และชวนร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามเรื่องทีมหมอครอบครัวมาเยี่ยมที่บ้านเพื่อให้คำแนะนำและช่วยเหลือ มีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 59.4) ซึ่งการจัดบริการปฐมภูมิหรือบริการทีมหมอครอบครัว ควรกระจายให้ครอบคลุมและบริการใกล้ชิดกับประชาชน ดังนั้นบริการปฐมภูมิควรต้องใช้กลยุทธ์เชิงรุกลงพื้นที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาดำเนินงานทีมหมอครอบครัวในระยะยาวเชิงลึก เพื่อให้ได้สารสนเทศที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาการให้บริการทีมหมอครอบครัวต่อไป โดยเฉพาะในมุมมองของผู้ให้บริการ
2. ด้านการปฏิบัติงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว ควรนำผลการวิจัยไปพัฒนาปรับปรุงประชาสัมพันธ์เผยแพร่ให้ประชาชนรู้จัก เข้าใจทีมหมอครอบครัวเพิ่มขึ้น
3. ด้านนโยบาย หน่วยงานภาครัฐควรพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวให้ทำงานต่อเนื่องต่อไป

ข้อจำกัดของงานวิจัย

นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ในขณะนั้น เป็นผู้ริเริ่มนโยบายทีมหมอครอบครัวในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งระยะเวลาในการเก็บข้อมูลของวิจัยครั้งนี้คือช่วงต้นปี พ.ศ. 2560

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?. [internet]. 2004 [cited 2016 March 9]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74704/E82997.pdf
2. Constitution of the kingdom of Thailand

- [internet]. 2560 [cited 2017 May 7]. Available from: URL: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/A/040/1.PDF>.
3. Jerant A J, Fenton J., Franks P. Primary care attributes and mortality: a national person-level study. *The Annals of Family Medicine*. 2012; 1:34-41.
 4. Wang W., et al. Contribution of primary care to health: an individual level analysis from Tibet, China. *International journal for equity in health*. 2015; 1: p. 107-119.
 5. Bureau of policy and strategy. (draft) Strategy for primary care network development Support the Constitution of the kingdom of Thailand B.E. 2016 (B.E. 2017-2026) [internet]. 2014 [cited 2017 March 7]. Available from: URL: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/PCCedit8-9-59.pdf
 6. Strategy and Evaluation department. Bangkok statistics book [internet]. 2014 [cited 2016 March 7] Available from: URL: [http://www.bangkok.go.th/upload/user/00000052/stat2557\(thai\).pdf](http://www.bangkok.go.th/upload/user/00000052/stat2557(thai).pdf)
 7. BMA data center. Integrate cooperation with the Bureau of Medicine and the Bureau of Health and Public Health to cover and closely [internet]. 2018 [cited 2019 May 21] Available from: <http://www.prbangkok.com/th/board/view/MDY1cDBzNnM0NHlyb3Ezc3E2NnEyNDk0cDRyOTQzcjQ4NzY2>
 8. Suriyawongpaisal P, et.al. Follow up on family doctor team policy evaluation; Full research paper. [internet]. Bangkok: Health systems research institute. 2015 [cited 2017 Feb 23]. Available from: https://www.hsri.or.th/sites/default/files/attachment/familycareteam_full_report_hsri.pdf
 9. Srivanichakorn S, Yana T, Bookboon P, Tragoolvongse P. The situation and opinion on family care team policy. [internet]. Bangkok: Health systems research institute; 2015 [cited 2017 Feb 23]. Available from: <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/6158>
 10. Srivichai W. Survey of health provision by primary care cluster in Tak Province: Expectation, utilization of health service, and satisfaction of the target patients and caregivers. *BJM Vol.5 No.1 January-June 2018*:64-82.
 11. Maeng, DD, Graham, J, Graf, TR, Liberman, JN, Dermes, NB, Tomcavage, J., ... Steele, G. D., Jr. Reducing long-term cost by transforming primary care: evidence from Geisinger's medical home model. *The American Journal of Managed Care*. 2012; 3: 149-155 [internet]. [cited 2016 March 9]. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22435908&site=ehost-live>.
 12. Department of health service support. Primary care network quality criteria. [internet]. Bangkok: National office of buddhism. Strategy and evaluation department; 2014 [cited 2016 Feb 12]. Available from: [http://www.bangkok.go.th/upload/user/00000130/Logo/statistic/stat%202556\(thai\).pdf](http://www.bangkok.go.th/upload/user/00000130/Logo/statistic/stat%202556(thai).pdf)
 13. Tetjativaddhana P. Review for further development of the Family Care Team policy. [internet]. Bangkok: Health systems research institute; 2017 [cited 2018 Nov 28]. Available from: <https://www.hsri.or.th/researcher/media/news/detail/91554>
 14. Nation Health Security Office Metropolitan area 13. Manual of promotion and prevention (P&P) Metropolitan area fiscal year 2018 [internet]. 2017 [cited 2018 Feb 2]. Available from: <https://bkk.nhso.go.th/fy61starter/manual3.pdf>

15. Thai Health Promotion Foundation. Advises the elderly to vaccinate with influenza to prevent complications [internet]. 2019 [cited 2018 Feb 26]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/Content/48910.html>
16. Orapin K. Screening for disease. Phitsanulok: Faculty of Public Health Naresuan University; 2014.
17. The working group created a referral system operation manual of hospitals under the Medical Department. Manual of referral patient [internet]. Bangkok: Medical Service Department; 2018 [cited 2019 March 8]. Available from: <http://www.msdbangkok.go.th/download%20manual%20work.html>
18. Health Administration Division Ministry of Public Health. Family care team. Bangkok: The Agriculture Co-operative Federation of Thailand; 2014.
19. Serirat S. Consumer behavior. 1st edition. Bangkok: Diamond in Business World; 2014.