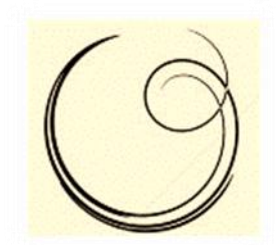


รายงาน

โครงการวิจัยติดตามประเมินผลนโยบายทีมหมอครอบครัว

ฉบับสมบูรณ์



Assessment of health policy on promoting family care team

โครงการวิจัยติดตามประเมินผลนโยบายทีมหมอครอบครัว

เสนอต่อ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส)

สัญญารับทุนเลขที่ 58-052

โดย

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และ คณะ

พฤศจิกายน 2558

รายนามผู้ดำเนินการวิจัย

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ม.มหิดล

- ศ.นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล

สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียนมหาวิทยาลัยมหิดล

- ศ.ดร.สุภา เพ็งพิศ
- นายสมชาย วิริดิรัมย์กุล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- ผศ.ดร.นภาพร วาณิชกุล
- ดร. สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์
- รศ.ปนัดดา ปรียทฤฆ
- นางจินดา สัตวาริน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

- ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี

- ดร.ศุภาพิชญ์ โพน โบร์แมนน์
- ดร.ศรีวรรณ มีบุญ
- ดร.ศิริพร ครุชกาศ
- ดร.ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม
- ดร.วรรณพร บุญเปล่ง
- นางสาวลี มลิินทางกูร
- นางสาวสุวรรณา กุลบุตร

สารบัญ

| | |
|---|----|
| บทคัดย่อ สำหรับผู้บริหาร..... | 1 |
| ประสบการณ์ตรงของบุคคลี่กลุ่มให้สัมภาษณ์ได้ใจความสำคัญว่า | 1 |
| รูปแบบการทำงานของทีมหมอครอบครัวในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ในระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับชุมชน | 2 |
| ข้อเสนอต่อการปรับปรุงการดำเนินงานตามนโยบายหมอครอบครัว..... | 3 |
| บทนำ..... | 5 |
| เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องวิจัย | 10 |
| ข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์ | 14 |
| ประสบการณ์ที่พึงประสงค์ของประชาชน หลังจากมีนโยบาย”หมอครอบครัว” และการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย | 15 |
| รูปแบบการทำงานของทีมหมอครอบครัวในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ในระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับชุมชน | 16 |
| ข้อเสนอต่อการปรับปรุงการดำเนินงานตามนโยบายหมอครอบครัว..... | 21 |
| เอกสารอ้างอิง..... | 21 |
| ภาคผนวก 1 | 24 |
| ภาคผนวก 2 | 41 |
| ภาคผนวก 3 | 46 |

สารบัญรูปและตาราง

| | |
|---|----|
| รูป ก จำนวนสถานพยาบาลและเตียงผู้ป่วย จำแนกตามประเภทและอัตราต่อประชากร..... | 6 |
| รูป ข สัดส่วนผู้มีความผิดปกติของความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด และไขมันในเลือด จำแนกตามผลลัพธ์การรักษา..... | 8 |
| รูป ค จำนวนอำเภอที่เคยมี่ประสบการณ์ทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ..... | 11 |
| รูป ง การสำรวจเชิงปริมาณ | 13 |
| ตาราง ก กระจายอำเภอตามจำนวนโครงการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่เคยได้รับการสนับสนุน (score) และ จำนวนตัวอย่างบุคคล 4 ประเภท (N)..... | 13 |
| ตาราง ข จำนวนกลุ่มตัวอย่างของสมาชิกทีมแพทย์หมอครอบครัว | 14 |

บทคัดย่อ สำหรับผู้บริหาร

นโยบายทีมหมอครอบครัวอุบัติขึ้นท่ามกลางสายธารใหญ่อันยาวไกลแห่งการพัฒนาระบบย่อยอย่าง น้อยสองระบบในระบบบริการสุขภาพไทย หนึ่งคือ ระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งมักนิยมเข้าใจกันว่า ไม่ใช่ บริการเฉพาะโรค/เฉพาะทาง โดยมักเกิดขึ้นใกล้บ้าน อีกระบบคือ ระบบสุขภาพอำเภอ(district health system) สิ่งนี้กินความกว้างกว่าบริการสุขภาพโดยรวมเอาความเคลื่อนไหวใดๆเพื่อให้เกิดสุขภาพใน ขอบเขตของอำเภอ ต้นธารของระบบบริการปฐมภูมิอาจสืบสานย้อนไปไกลกว่าสี่สิบปี หากนับจากจุด กำเนิดอาสาสมัครสาธารณสุข(ราวปีพ.ศ. 2513) หรือไกลกว่าห้าสิบปีหากนับสถานีนามัยเป็นจุดตั้งต้น

“หมอครอบครัว” เป็นคำที่ดำรงขึ้นเมื่อกลุ่มผู้ก่อการได้พิจารณาทบทวนคำว่า “แพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว” และ “นักสุขภาพครอบครัว” แล้วจึงเลือกคำว่าหมอครอบครัวโดยเติม “ทีม” เข้าไปด้วย เพื่อให้สื่อความหมายว่าประสงค์ให้การทำงานเป็นทีมบริการปฐมภูมิอันมีมานานมุ่งเน้นที่ครอบครัว พร้อมกำหนดเป้าหมายชัดเจนเพื่อหนุนเสริมความเป็นทีมยิ่งขึ้น นั่นคือ ทีมสหวิชาชีพ รพ.แม่ข่ายมี เป้าหมายสนับสนุน ทีมลูกข่ายที่รพ.สต.ชนิดเห็น “ตัว” กันชัดเจน เพื่อให้สามารถดูแลครอบครัว เป้าหมายได้ชัดเจน โดยระยะแรกเริ่มจากบุคคลสี่ประเภท(สูงอายุ พิกการ ระยะสุดท้าย เรื้อรัง)

เพียงปีเศษหลังจากเริ่มดำเนินนโยบายฯ คณะผู้ก่อการก็มึ้นต้องยุติบทบาทลงเมื่อบริบททางการเมือง ในระบบบริการสุขภาพเกิดภาวะใกล้ไกลาหลจนฝ่ายการเมืองหันเห โครงการวิจัยติดตามประเมินผล นโยบายทีมหมอครอบครัว เริ่มดำเนินการเมื่อ 10 เดือนหลังจากประกาศนโยบายนี้เป็นของขวัญปีใหม่ 2557 โดยมุ่งต่อบัณฑิตุประสงค์ สี่ประการได้แก่ 1) คาดประมาณ % ครัวเรือนที่มี ประสบการณ์อันพึง ประสงค์สอดคล้องกับนโยบาย “หมอครอบครัว” 2) การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต (ตามวิธีการวัดEQ5D-5L)¹ ของผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิกการ หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) เพื่อสังเคราะห์แบบแผน (patterns) การทำงานของทีมหน่วยบริการจากตำบลถึงอำเภอในการตอบสนองความต้องการของครัวเรือน ตลอดจน ที่มาของแบบแผนต่างๆในมิติการถ่ายทอดนโยบายหมอครอบครัว สู่อการปฏิบัติ และ 4) เพื่อสังเคราะห์ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยใช้วิธีผสมผสานระหว่างการศึกษาเชิงปริมาณแบบตัดขวางและการเจาะลึก ทางคุณภาพ (mixed methods) ใน 24 อำเภอ 8 จังหวัด คนไข้ 1,874 คน บุคลากร 218 คนและ ผู้บริหารสถานพยาบาล/สสจ/อปท อีก 40 คน นำไปสู่ข้อค้นพบสำคัญตามวัตถุประสงค์ดังนี้

ประสบการณ์ตรงของบุคคลสี่กลุ่มให้สัมภาษณ์ได้ใจความสำคัญว่า

1. ในหำมิติของคุณภาพชีวิต(ตาราง 1.1) บุคคลสี่ประเภทระบุว่าตนมีคุณภาพชีวิตตกต่ำมากหรือมาก ที่สุด ระหว่างร้อยละ 9 - 44 ที่ percentile 50 ผู้สูงอายระบุว่าตนมีคะแนนคุณภาพชีวิต 80 จาก ร้อยเต็ม ผู้พิกการ มีคะแนน 70 เมื่อมีโรคเรื้อรังไม่ว่าผู้สูงอายุหรือผู้พิกการ คะแนนเป็น 70 ถ้าภาวะระยะ สุดท้ายปรากฏร่วมกับคนแต่ละกลุ่มใน 4 กลุ่มนี้คะแนนเหลือ 65 ลงไปจนถึง 50
2. บุคคลสี่ประเภทร้อยละ 26เท่านั้นที่ระบุว่าอาการในสามเดือนที่ผ่านมาเป็นไปในทางดีกว่าเดิม ส่วน ใหญ่ร้อยละ 58 รายงานว่าอาการทรงตัว ที่น่ากังวลคือร้อยละ 14 ระบุว่าอาการทรุดลง อย่างไรก็ตาม เมื่อถามว่าอนาคตคาดหวังสิ่งนี้อย่างไร การกระจายของคำตอบโดยลำดับที่กล่าวมาได้แก่ ร้อยละ 35 47 และ 11
3. บุคคลสี่ประเภท ครึ่งหนึ่งไม่มีผู้ดูแล และอาจอยู่ในภาวะพึ่งพิงร้อยละ 38 เมื่อคำนึงถึงการที่ต้อง อาศัยผู้ดูแลตอบคำถามการศึกษาแทน แต่ความจริงที่น่าเป็นห่วงเกี่ยวกับผู้ดูแล ซึ่งรายงานนี้เผย

ตัวเลขให้เห็นเป็นครั้งแรก คือ ผู้ดูแลร้อยละ 31 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 41 กังวลเกี่ยวกับรายได้ และ ร้อยละ 78 มองโลกอนาคตในแง่ร้าย(เหนื่อยกาย เหนื่อยใจ ด้อยอิสรภาพ)

4. ถ้าคำว่า “หมอครอบครัว” เป็นจุดขายทางนโยบาย ประสบการณ์ของบุคคล 4 กลุ่มและผู้ดูแลไม่สนับสนุนว่าข้อสมมตินี้เป็นจริง เพราะพบว่า คนเหล่านี้ส่วนใหญ่(ร้อยละ 69)ไม่เคยได้ยินทีมสุขภาพแนะนำเรื่องหมอครอบครัวเลย ซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพจากfocus group และ individual interview เสริมว่า ในมุมมองของทีมสุขภาพตลอดจนทีมสสจ.มองไม่เห็นว่าการนี้ขึ้นอะไรแตกต่างไปจาก”บริการปฐมภูมิ”ที่นิยมใช้เรื่อยมา
5. เป็นที่น่ายินดีเมื่อประสบการณ์ของบุคคลสี่ประเภทส่วนใหญ่(ร้อยละ59) เผยว่า ทีมหมอครอบครัวเป็นพวกเดียวกับหมอที่รักษาประจำในรพ.(รพช.-รพศ./รพท.) สะท้อนให้เห็นโครงสร้างทีมอันเป็นใจกับบริการไร้รอยต่อ(seamless care) อย่างไรก็ตามดูเหมือนว่า ความนิยมบริการรพ.ใหญ่ในเมืองมีมากกว่ารพช.และรพศต. ดังปรากฏรายงานจากบุคคลสี่ประเภทส่วนใหญ่(ร้อยละ49)ระบุว่า สถานพยาบาลประจำของพวกเขาคือ รพ.ใหญ่ในเมืองทั้งๆที่จำนวนตัวอย่างของคนเหล่านี้มาจากอำเภอเมืองเพียงร้อยละ 15 เมื่อถามเกี่ยวกับสถานพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน คำตอบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 58

รูปแบบการทำงานของทีมหมอครอบครัวในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ในระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับชุมชน

1. ความสัมพันธ์ด้านบริการระหว่างรพ.แม่ข่ายกับรพศต.และหน่วยงานอื่น มีหลายรูปแบบ และเป็นไปทั้งด้านบวกและลบ
 - a. ในด้านบวก การส่งต่อคนไข้ระยะสุดท้ายโดยบุคลากรรพ.แม่ข่ายตรงถึงบ้านคนไข้โดยนัดหมายกับทีมหมอครอบครัวในตำบลรับผิดชอบเพื่อถ่ายทอดเทคนิคบริการแก่ลูกข่าย สิ่งนี้ขึ้นกับภาวะการนำโดยบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือหลายคนในรพ.แม่ข่ายได้แก่ ผอ.รพ. แพทย์ประจำ/แพทย์หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม พยาบาลหัวหน้าทีมเวชปฏิบัติ บุคคลสองประเภทหลังมักแสดงบทบาทนำได้ราบรื่นเมื่อผอ.รพ.ให้การสนับสนุน ในแง่ของการให้อำนาจตัดสินใจ มอบหมายความรับผิดชอบชัดเจน ประกันเวลาทำงานกับทีมหมอครอบครัว และ/หรือ จัดสรรบุคลากรสนับสนุนให้มากเพียงพอ
 - b. ในมุมมองของคนทำงาน สมาชิกทีมหมอครอบครัวร้อยละ 95 ตอบแบบสอบถามว่าการทำงานแบบทีมหมอครอบครัวทำให้ตนเปลี่ยนวิธีการทำงานโดยใช้ทีมมากขึ้น สมาชิกทีมสื่อสารกับผ่านมือถือ(ร้อยละ 96) และไลน์(ร้อยละ 84) เป็นหลัก ร้อยละ84ระบุว่ามีการประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ
 - c. นอกจากความสัมพันธ์ระหว่างทีมหมอครอบครัวกับอปท.ในเวทีระบบสุขภาพอำเภอ การเยี่ยมบ้านของทีมหมอครอบครัวยังอาจโน้มนำให้อปท.สนใจที่จะหาทางช่วยเหลือคนไข้ โดยเฉพาะผู้พิการในด้านสังคม
 - d. ด้านลบ การสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าแพทย์รพช.จำนวนหนึ่งไม่ประสงค์เยี่ยมบ้านตามรพ.ศต.ร้องขอ
2. ความสัมพันธ์ด้านวิชาการระหว่างรพ.แม่ข่ายกับรพศต.

ในเชิงปริมาณ คำตอบจากสมาชิกทีมระบุว่า ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอมากที่สุด(ร้อยละ 60 ของจำนวนคำตอบทั้งหมด) สำหรับสาระที่เกี่ยวข้องกับผู้นำเวชปฏิบัติครอบครัวปรากฏความถี่เพียงร้อยละ 8 ที่น่าสนใจไม่น้อยคือความต้องการ

เรียนรู้เพิ่มเติมเพื่อให้ทำงานหมอบครบถ้วนได้ดียิ่งขึ้นในเรื่อง เวชปฏิบัติครบถ้วนมากที่สุด (ร้อยละ 56 ของจำนวนคำตอบ) และรองลงมาคือเรื่องวิทยากรกระบวนการ (ร้อยละ 16) ประการสุดท้าย ประมาณร้อยละ 80 ของสมาชิกหมอบครบถ้วนระบุว่า กระบวนการเรียนรู้ และทำงานให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ได้แก่ context-based learning หรือ knowledge management (ตาราง 12)

3. ความสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนบริการจากรพ.แม่ข่ายสู่รพสต.

- a. ตัวอย่างที่ไม่ราบรื่น อาจหมายถึง รายการยาและ/หรือ ปริมาณยาไม่ครบตามความต้องการของรพสต. รพ.แม่ข่ายยกเลิกการตรวจHbA1c ทั้งอำเภอเพราะผอ.รพ.เชื่อว่าไม่คุ้มค่า รพ.แม่ข่ายส่งมอบอุปกรณ์ผู้พิการล่าช้าจนทำให้ภาวะพึ่งพิงของคนพิการถดถอยจากขั้นติดบ้าน เป็นติดเตียง
- b. ในมุมมองของระบบสารสนเทศ สมาชิกทีมระบุว่ามีความรู้พื้นฐานข้อมูลสำหรับผู้พิการ โรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดัน) และสูงอายุด้วยความถี่เกินร้อยละ 80 ของคำตอบ กระนั้นก็ตาม ดูเหมือนว่าการวิเคราะห์และนำผลวิเคราะห์ข้อมูลไปยกระดับการเรียนรู้ของทีมหมอบครบถ้วนยังจำกัด กล่าวคือ สมาชิกทีมฯสามารถระบุว่าเคยเห็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ต่ำระหว่างร้อยละ 4 – 61 โดยที่เคยเห็นผลการวิเคราะห์ในระยะเวลาตั้งแต่ 0-24 เดือน ทั้งนี้ ขึ้นกับชนิดฐานข้อมูล (ตาราง 13)

4. ความผันผวนไม่ต่อเนื่องของกระบวนการนโยบายส่วนกลาง

- a. ความเห็นอันค่อนข้างเป็นเอกฉันท์ของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติทุกพื้นที่คือ วาทะกรรม/ตัวชี้วัดทางนโยบายเปลี่ยนบ่อยเมื่อผู้บริหารส่วนกลางเปลี่ยนบ่อยในขณะที่สาระสำคัญของเนื้อหาไม่ได้ต่างกัน ผลกระทบต่อคนทำงานในพื้นที่ได้แก่ ภาระงานเอกสารมากเกินจำเป็น และความสับสนเกินจำเป็น เมื่อสะสมในระยะยาว จึงบั่นทอนความคิดริเริ่ม และขีดความสามารถในการใช้ประโยชน์จากระบบสารสนเทศและความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน
- b. ตัวอย่างที่จำเพาะในแง่ของนโยบายหมอบครบถ้วน ได้แก่ คำสั่งให้พื้นที่ส่งวิดีโอคลิปไปส่วนกลาง ซึ่งหลายแห่งลงทุนจ้างมืออาชีพมาผลิต ทำให้ต้นทุนการทำงานเพิ่มขึ้น ทุกพื้นที่ให้ความเห็นตรงกันว่า ไม่ได้สัญญาณป้อนกลับ (feedback) จากส่วนกลาง จึงไม่เห็นประโยชน์ของคำสั่งเช่นนี้
- c. อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาด้วยแบบสอบถามพบว่า สมาชิกทีมหมอบครบถ้วน(201คน) ร้อยละ 99 เห็นด้วยว่าควรดำเนินนโยบายนี้ต่อไป เพราะพวกเขาเห็นประโยชน์ของการกำหนดเป้าหมายอันจำเพาะชัดเจนเกี่ยวกับครบถ้วนเป้าหมายของบริการ และรพสต.เป้าหมายของการสนับสนุนจากแม่ข่าย ซึ่งนำไปสู่การทำงานเป็นทีมดียิ่งขึ้น จนพวกเขาส่วนใหญ่(97%)รู้สึกภาคภูมิใจในการเป็นสมาชิกทีมหมอบครบถ้วน

ข้อเสนอต่อการปรับปรุงการดำเนินงานตามนโยบายหมอบครบถ้วน

1. การพัฒนาและดำเนินนโยบาย

- a. แม้ปฏิเสธความจริงเกี่ยวกับความผันผวนทางการเมืองในระดับชาติได้ยาก แต่การสืบสานนโยบายโดยมีจุดขายใหม่ไม่จำเป็นต้องสร้างตัวชี้วัดหรือวาทะกรรมใหม่เสมอไป แต่อาจเก็บเกี่ยวความสำเร็จในระดับพื้นที่ ผ่านการสังเคราะห์ข้อมูล/ความรู้เชิง

ปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อสื่อสารสาธารณะให้เห็นว่า ประชาชนได้อะไร เพราะ รัฐบาลทำอะไร

- b. พัฒนาเครือข่ายสถาบันวิชาการที่สามารถทำงานเกาะติดการพัฒนาในด้านต่างๆอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งจะดำเนินการใน(a)แล้วแสดงผลผลิตในระยะสั้นและระยะยาว โดยผสมผสานกับการสร้างขีดความสามารถในการคิดริเริ่มพัฒนานวัตกรรมระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เป็นวงจรหมุนวนในทางสร้างสรรค์ได้ไม่หยุดยั้ง
- c. สาระนโยบายหมอบกรอบคร่าวที่ควรสืบสานคือ การกำหนดเป้าหมายคร่าวเรือนให้ทีมสหวิชาชีพทุกระดับรับผิดชอบ กำหนดเป้าหมายรพสต.ให้ทีมสหวิชาชีพอำเภอ รับผิดชอบสนับสนุนทางวิชาการและเชื่อมโยงสู่ผู้บริหารCUPเพื่อสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์บนหลักการทำงานเป็นเครือข่าย(สัมพันธ์ฉันท์มิตรเกื้อกูลซึ่งกันและกัน) มุ่งเน้นประโยชน์คนไข้เป็นศูนย์กลาง

2. บุคลากร

- a. ควรเน้นเสริมขีดความสามารถ และแรงจูงใจด้านการจัดการให้แก่แพทย์ผู้ทำงานปฐมภูมิ
- b. ควรพัฒนาทีมสหวิชาชีพที่ไม่ใช่แพทย์ ซึ่งหมุนเวียนน้อยกว่าแพทย์ ให้มีบทบาทหน้าที่สืบสานการนำการพัฒนาบริการปฐมภูมิให้ยั่งยืน โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้จากการทำงานเป็นหลัก
- c. ถ้ามอบหมายให้พยาบาลเวชปฏิบัติในรพช.แบ่งเบาภาระแพทย์ในบริการคนไข้ นอก น่าจะเพิ่มโอกาสให้แพทย์ได้ทำงานด้านปฐมภูมินอกเหนือจากการตรวจโรคได้มากขึ้น

3. สารสนเทศ

- a. พัฒนาฐานข้อมูลทางคลินิกให้เชื่อมโยงกัน พร้อมทั้งพัฒนาขีดความสามารถในการใช้ประโยชน์ทั้งในการพัฒนาภาพรวมและการดูแลคนไข้เป็นรายๆ
- b. ยกเลิกระบบรายงานซ้ำซ้อน และไม่เกิดประโยชน์ต่อการตัดสินใจระดับนโยบาย

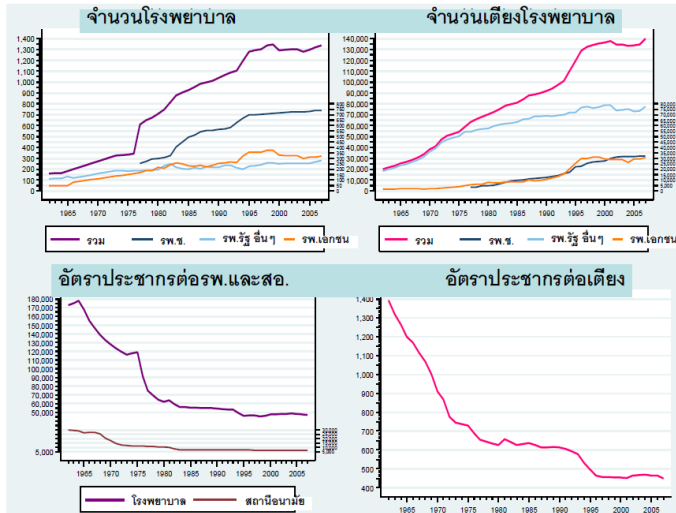
4. รูปแบบบริการ

- a. สืบสานการพัฒนาบริการไร้รอยต่อโดยต่อยอดจากจุดเน้นผู้พิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งการหมอบหมายคร่าวเรือน/รพสต.รับผิดชอบชัดเจน ทั้งนี้ ควรมุ่งไปสู่การป้องกันระดับปฐมภูมิให้ได้
- b. DHS เป็นโครงสร้างทางการที่จะมีประโยชน์มากขึ้นโดยเฉพาะในทิศทางป้องกันระดับปฐมภูมิ ถ้าปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเป็นไปในรูปแบบทางการและไม่เป็นทางการอย่างต่อเนื่อง ผ่านหลายช่องทาง หลายโอกาส

บทนำ

ประเทศไทยกล่าวได้ว่าประสบผลสำเร็จในการขยายบริการสาธารณสุขให้กับประชาชนไทยในทุกภูมิภาค โดยเฉพาะชนบทที่ห่างไกล (ลิมวัฒนานนท์ และ สกุลาพาณิชย์, 2555) เมื่อย้อนหลังไปถึงปี พ.ศ. 2485 มีโรงพยาบาลรัฐที่ให้บริการรักษา-พยาบาลในส่วนภูมิภาคเพียง ๕ แห่ง และ “สุขศาลา” ซึ่งเป็นสถานบริการปฐมภูมิในระดับตำบลอยู่เพียง ๓๐๐ กว่าแห่ง แต่จากการลงทุนโครงสร้างพื้นฐาน คือการสร้างโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเขตเมือง ตามด้วยการขยายบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิไปสู่พื้นที่ชนบท รวมทั้งการผลิตบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ทำให้มีโรงพยาบาลทั่วไปในส่วนภูมิภาคครบทุกจังหวัดเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 (รูป ก) รวมทั้งเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มต่างๆ โดยการลดภาระทางการเงินในการเข้ารับบริการโดยใช้วิธีการคลังรวมหมู่ ผ่านระบบประกันสุขภาพตามกลุ่มอาชีพซึ่งมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่องเช่นกัน และในช่วงที่ประเทศไทยขยายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมคนไทยทุกคน เมื่อ พ.ศ. 2544 นั้น เกือบทุกอำเภอมีโรงพยาบาลชุมชน และเกือบทุกตำบลมีสถานีอนามัย ซึ่งปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น รพสต.

รูป ก จำนวนสถานพยาบาลและเตียงผู้ป่วย จำแนกตามประเภทและอัตราต่อประชากร



ทีมา (ลิ้มวัฒนานนท์ และ สกกุลพานิชย์, 2555) คำนวณจากข้อมูลการศึกษาทรัพยากรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

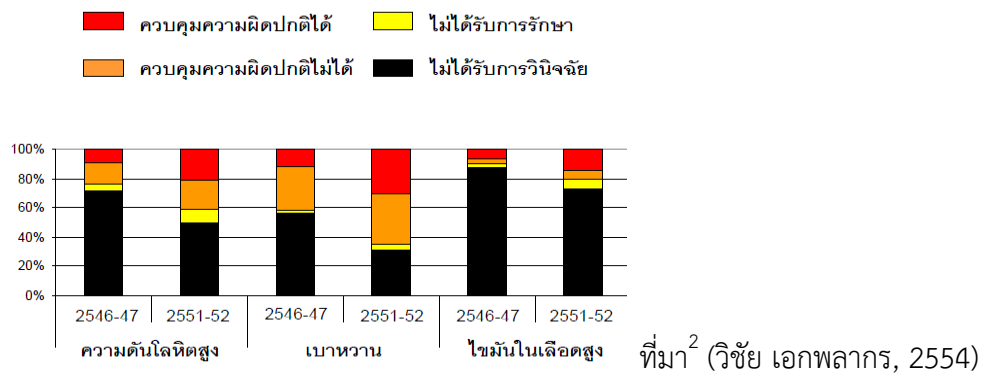
จากการที่สถานการณ์ทางเศรษฐกิจมหภาคของประเทศไทยที่เติบโตมาโดยลำดับ ร่วมกับการมีสาธารณสุขูปโภคและระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้มากขึ้น ทำให้โรคติดต่อในประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง ยกเว้นโรคเอดส์ซึ่งปัจจัยทางสังคมมีส่วนอยู่มาก โรคที่ไม่ติดต่อโดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรังกลายเป็นภาระโรคหลักของประเทศไทย จากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2554 ความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) ในประชากรชายไทยเกิดจากการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อุบัติเหตุทางถนน รองลงไปเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ส่วนในผู้หญิงเกิดจาก โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง โรคซึมเศร้า โรคหัวใจขาดเลือด (สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557) และจากการที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุก็ยิ่งเป็นตัวเร่งให้มีความชุกของโรคเรื้อรังมากขึ้นอีก

ในขณะเดียวกัน ประชาชนไทยมีการใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน เมื่อวิเคราะห์จากผลการศึกษานามัยและสวัสดิการในช่วงปี พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2556 พบว่า การมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2544 ลดความเสี่ยงในการไม่ดูแลรักษาสุขภาพแบบใดๆ และลดความเสี่ยงในการเลือกรักษาพยาบาลแบบไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นแรงกดดันต่อระบบบริการสุขภาพที่มีทรัพยากรจำกัด และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม จากข้อมูลการให้บริการรายครั้งของกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้งสามกองทุน และการวิจัยประเมินผล พบว่าประชากรวัยสูงอายุและกลุ่มเสี่ยงเช่น ผู้พิการ ยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการ อาจเนื่องจากความไม่สะดวกในการเดินทาง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือพิการ เช่น ผู้ป่วยอัมพาตจากเส้นเลือดสมองตีบหรือแตก ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยเอดส์ยังมีอุปสรรคในการรับบริการอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานพยาบาล ดังนั้นการให้บริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นนี้อาจเป็นการเพิ่มโดยไม่มีประสิทธิภาพในบางส่วน

ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยที่เคยประสบผลสำเร็จในการจัดการกับปัญหาโรคติดต่อและโรคเฉียบพลันอื่นได้เป็นอย่างดีในอดีต นั้นแยกส่วนเกินไปและไม่ยืดหยุ่น เอาสถานพยาบาลเป็นหลัก (Hospital centric) ขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่อง และไม่สามารถเสริมศักยภาพของบุคคล และชุมชนในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นทั้งการป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมโรคเรื้อรัง รวมถึงปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆที่เกิดตามมาจากสังคมที่ซับซ้อน ตัวอย่างที่ชัดเจน ในเรื่องโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือ ไขมันในเลือดสูง ผลการศึกษาสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย (วิชัย เอกพลากร,

2554) พบว่า แม้ว่าจะมีสิทธิประโยชน์การคัดกรองโรคในทุกกลุ่มวัย แต่คนไทยจำนวนมากยังไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคเรื้อรัง รวมทั้งผู้ที่ทราบว่าตัวเองมีโรคประจำตัวเหล่านี้ก็ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคนั้น ซึ่งให้เห็นอย่างชัดเจน ถึงการขาดการตระหนักรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของประชาชน ร่วมกับข้อจำกัดในการจัดการโรคเรื้อรังภายใต้ระบบบริการในรูปแบบปัจจุบันซึ่งมีประสิทธิภาพในการเพิ่มการเข้าถึงและการควบคุมโรคในระดับจำกัด

รูป ข สัดส่วนผู้มีความผิดปกติของความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด และไขมันในเลือด จำแนกตามผลลัพธ์การรักษา



ในระดับมหภาคมีความพยายามดำเนินการปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับปัญหาโรคเรื้อรังและปัญหาจากสังคมที่เปลี่ยนไป รวมทั้งเป็นการรองรับสังคมผู้สูงอายุ มาแล้วระยะหนึ่ง ในระดับจุลภาคมีการทำโครงการนำร่องหลายโครงการทั้งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ ซึ่งปรากฏหลักฐานจากการทบทวนโครงการต่างๆเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการปฐมตั้งแต่อย่างซ้ำซ้อนไปแล้ว โดยมีอำเภอที่อยู่ในโครงการ เช่น District Health System Award (DHSA), โครงการระบบสุขภาพอำเภอ กระทรวงสาธารณสุข (DHSmoph), โครงการเพิ่มพูนประสบการณ์เวชปฏิบัติครอบครัว ตำบลพึ่งตนเอง และ Public Health Practice Learning เป็นต้น รวมทั้งการปรับรูปแบบบริการมาเป็นเขตสุขภาพก็อาจกล่าวได้ว่ามีแนวคิดเรื่องนี้อยู่ด้วยระดับหนึ่ง³

การจัดระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยเมื่อยังเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่มีรายได้ต่ำ ได้รับอิทธิพลแนวคิดการขององค์การอนามัยโลกในการวางโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐ และแนวคิดในการจัดบริการ โดยองค์การอนามัยโลกในช่วงทศวรรษ 1970 ได้เสนอนวัตกรรมในการจัดระบบสุขภาพในลักษณะเน้นกาป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ ใช้ชุมชนเป็นฐาน แนวคิดนี้ตกผลึกใน 1978 WHO conference ที่ Alma Ata, Kazakhstan โดยมีการกำหนดคำนิยามของสุขภาพที่ครอบคลุมมากขึ้น และ เสนอแนวทางการใช้สาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) เป็นแนวทางดำเนินการให้เกิด “Health for All by the year 2000” Alma Ata Declaration ให้คำจำกัดความของ Primary health care ว่าเป็น “Essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community...It forms an integral part of the country’s health system...and of the social and economic development of the community...bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.” ซึ่งคำจำกัดความดังกล่าวครอบคลุมทั้งเรื่องระดับการจัดบริการ และ นโยบายสาธารณสุขรวมถึงการจัดระบบบริการ ซึ่งนำไปสู่แนวคิดในการบูรณาการบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ (District Health System) ที่มุ่งบูรณาการจัดระบบบริการสุขภาพ ทั้งการดูแลตัวเอง อาสาสมัคร ภาคประชาชน เอกชน และหน่วยงานสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน

บริการปฐมภูมิ (Primary care) ในความหมายอย่างแคบหมายถึงบริการแบบ “family doctor-type services” ซึ่ง Barbara Starfield ระบุว่า เป็น “level of a health service system that provides entry into the system for all new needs and problems, provides person-focused (not disease-care over time, provides care for all but very uncommon or unusual conditions, and coordinates or integrates care provided elsewhere by others.” คุณลักษณะของบริการปฐมภูมิที่สำคัญ คือ การเป็นผู้ดูแลคนแรก เข้าถึงได้ง่าย ดูแลเป็นองค์รวม และ ทำหน้าที่ประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสมที่สุด โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประเทศที่มีรายได้สูงบางครั้ง Primary care และ Primary health care จะเป็นคำที่ใช้แทนกัน เนื่องจากหมายถึง การบริการระดับแรกเหมือนกัน (Muldoon, Hogg, & Levitt, 2006)⁴ จากบทเรียนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทั่วโลกพบว่า ประเทศที่ให้ความสำคัญ และจัดระบบให้มีระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีผลลัพธ์สุขภาพดีกว่า เช่น อัตราการตายทารกต่ำ อัตราตายของประชากรต่ำกว่า กว่า เด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อยต่ำกว่า ค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อประชากรต่ำกว่า เป็นต้น

สำหรับประเทศไทย การนำเอาแนวคิดการจัดการบริการปฐมภูมิเข้ามาใช้ เสริมกับแนวคิดเรื่องสาธารณสุขมูลฐานและระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อมุ่งลดปัญหาการจัดการบริการสุขภาพในประเทศไทย โดยเฉพาะบริการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นการจัดการที่เน้นสถานพยาบาลและเป็นศูนย์กลาง (Hospital-centrism) แยกส่วนตามระดับสถานพยาบาลและ ความเชี่ยวชาญ โดยมีนโยบายและแผนการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิ มาอย่างต่อเนื่องกว่า 10 ปี ทั้งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ในด้านคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิ ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากปัญหาโครงสร้างระบบการจัดการบริการ จำนวนบุคลากรปฐมภูมิที่ยังไม่พอเพียง และการลงทุนพัฒนาหน่วยปฐมภูมิ ยังดำเนินการไม่ได้เต็มที่ รวมทั้งแนวคิดของบุคลากรสาธารณสุขทั้งในระดับปฏิบัติและระดับบริหารที่ยังยึดติดกับวิธีจัดการแบบที่ให้สถานพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขเป็นศูนย์กลาง

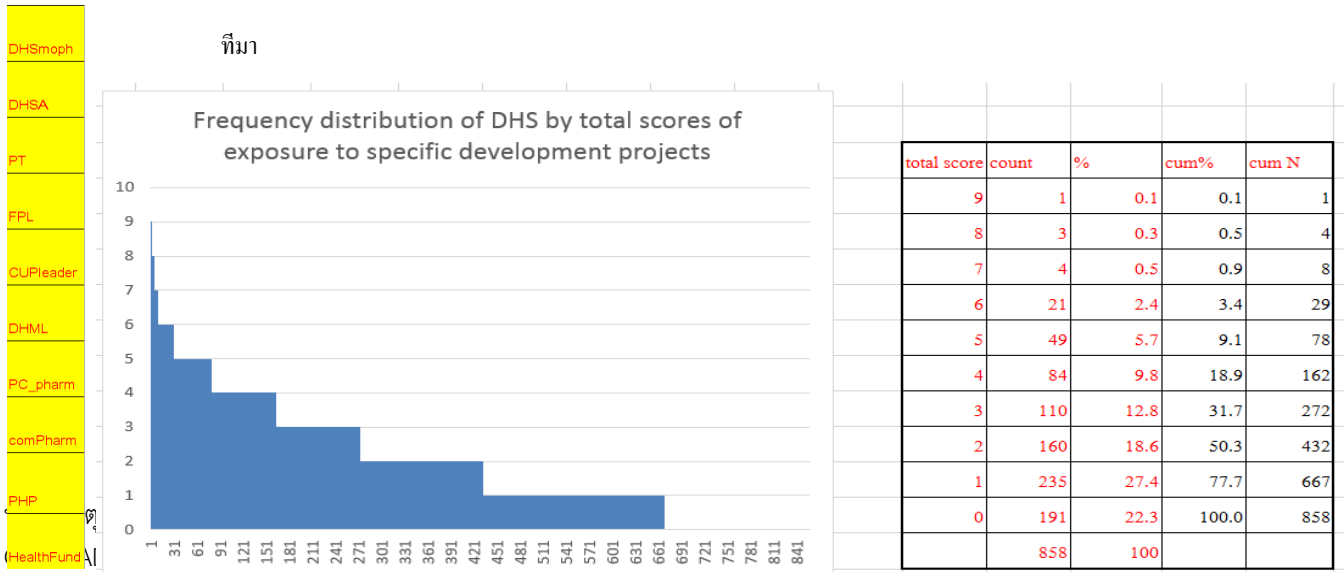
เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องวิจัย

ในปีงบประมาณ 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้ยกระดับความเข้มข้นของนโยบาย โดยใช้ชื่อว่า “นโยบายหมอรอบครัว” ตั้งแต่ปลายเดือนตุลาคม 2557 ด้วยมุ่งหวังให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมโดยหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดและเชื่อมโยงกับแพทย์ตั้งแต่รพ.อำเภอไปจนถึงรพ.ตติยภูมิเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อ มีความพยายามที่จะให้เกิดการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งหาวิธีการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงหมอรอบครัวได้โดยสะดวก ซึ่งถือว่าเป็นนวัตกรรมที่สำคัญในการเปลี่ยนแนวคิดการจัดบริการ ทั้งนี้นโยบายหมอรอบครัวให้ความสำคัญเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยกำหนดให้มีหมอรอบครัว ซึ่งหมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรขึ้นไปที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต./ศสม. โดยรับผิดชอบประชากรประมาณ 1,250 -2,500 คน/หมอรอบครอบครัว และมี แพทย์ที่ปรึกษา : แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/แพทย์เฉพาะทางที่มีความสนใจในงานบริการระดับปฐมภูมิ โดยมุ่งหวังให้ทุกครัวเรือนมีหมอรอบครัว/แพทย์ที่ปรึกษา มีศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ในการดูแลและสุขภาพบริการระดับปฐมภูมิ แก่ประชาชนในเขตเมือง ครอบคลุมประชากร ตามเกณฑ์ 1 ศูนย์ต่อประชากร 10,000-30,000 คน และที่สำคัญที่สุด คือ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานตามความต้องการด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล และลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว ด้านสุขภาพ

เป้าหมายการดำเนินงานในขั้นแรกของ “นโยบายหมอรอบครัว” คือ มีทีมหมอรอบครอบครัว ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9,750 แห่ง และในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จำนวน 252 แห่ง อย่างน้อยแห่งละ 1 ทีม มีศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ที่ดูแลประชากรในเขตเมืองให้ได้ตามเกณฑ์ 1 ศูนย์ต่อประชากร 10,000-30,000 คน และจะขยายไปจนทั่วประเทศต่อไป

ด้วยความจริงที่ว่า การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายใดๆไม่ได้เกิดขึ้นในสุญญากาศ การติดตามนโยบายนี้จึงต้องคำนึงถึงโมเมนตัมอันสืบเนื่องมาแต่อดีต ซึ่งปรากฏหลักฐานจากการทบทวนโครงการต่างๆเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่กล่าวมาแล้ว สรุปสาระสำคัญได้ดังรูป ค(หน้าถัดไป) ซึ่งเมื่อแจกจ่ายจำนวนอำเภอตามจำนวนโครงการที่ได้สัมผัสจะได้รับการกระจายดังแสดงรายละเอียดในแผนภูมิและตารางข้างล่าง จะเห็นได้ว่า อำเภอครึ่งหนึ่งได้สัมผัสกับโครงการตั้งแต่สองชนิดขึ้นไปและอีกครึ่งหนึ่งน้อยกว่านี้ลงมา จึงอาจเป็นไปได้ว่า โอกาสสัมผัสโครงการจำนวนต่างกันมีนัยต่อความพร้อมของอำเภอในการตอบสนองนโยบายหมอรอบครัวนี้แตกต่างกัน

โครงการสนับสนุนการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอ ก่อนนโยบาย “หมอประจำครอบครัว”



สุขภาพอำเภอ PC_pharm: เกษตรกรรมปฐมภูมิ PHP: นักสาธารณสุขชุมชนปฏิบัติการ HealthFund: กองทุนสุขภาพตำบล

4.3 ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

1. ทราบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพอำเภอในลักษณะที่สอดคล้องกับนโยบายนี้
2. ทราบว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ อาจเกิดจากเงื่อนไขอะไรบ้าง นโยบายนี้มีอิทธิพลหรือไม่เพียงใดต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น
3. ทราบว่านอกจากการเปลี่ยนแปลงที่คาดหวังตามสาระสำคัญของนโยบายนี้ ยังอาจมีการเปลี่ยนแปลงอะไรที่คาดไม่ถึงในแง่บวกและลบ

5. วัตถุประสงค์

1. เพื่อคาดประมาณ % ครัวเรือนที่มี
 - ประสบการณ์อันพึงประสงค์สอดคล้องกับนโยบาย “หมอครอบครัว”
 - การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต (ตามวิธีการวัด EQ5D-5L¹) ของผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. เพื่อสังเคราะห์แบบแผน (patterns) การทำงานของทีมหน่วยบริการจากตำบลถึงอำเภอในการตอบสนองความต้องการของครัวเรือน ตลอดจนที่มาของแบบแผนต่างๆ ในมิติการถ่ายทอดนโยบายหมอครอบครัวสู่การปฏิบัติ
3. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

6. สถานที่ศึกษาวิจัยและระยะเวลาศึกษา

โครงการนี้ติดตามนโยบายหมอบรรเทาโดยคัดเลือกอำเภอตัวอย่างใน 3 เขตบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้เวลาดังตั้ง กันยายน – พฤศจิกายน 2558

7. การดำเนินการวิจัย

7.1 กลุ่มประชากรที่ศึกษา

การศึกษานี้เป็นวิธีผสมผสานระหว่างการศึกษาเชิงปริมาณ และการเจาะลึกทางคุณภาพ (mixed methods) โดยกลุ่มประชากรที่จะศึกษามีดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

7.1.1. การศึกษาเชิงปริมาณ

กลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ก) บุคคล 4 ประเภทอันเป็นเป้าหมายระยะแรกของการดำเนินนโยบายฯ และ ข) ทีมหมอบรรเทา

ก) บุคคล 4 ประเภท ประกอบด้วย

- กลุ่มผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทุกเพศที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ทำการสุ่มคัดเลือก
- กลุ่มผู้พิการ หมายถึง ผู้ที่โรงพยาบาลขึ้นทะเบียนว่าเป็นผู้พิการทุกเพศที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ทำการสุ่มคัดเลือก
- กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่โรงพยาบาลขึ้นทะเบียนว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรังทุกเพศ และอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ทำการสุ่มคัดเลือก
- กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่โรงพยาบาลขึ้นทะเบียนหรือวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และอาศัยอยู่ในพื้นที่ทำการสุ่มคัดเลือก

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

ในกรณีอาสาสมัครในกลุ่มของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หากเสียชีวิตในระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะตัด ออก โดยไม่ต้องมีการทำ case เข้ามาเพิ่มแต่อย่างใด

ข) ทีมหมอบรรเทา

ต้องเป็นบุคลากรที่อยู่ในทีมหมอบรรเทาโดยเป็นบุคลากรที่อยู่ในทีมระดับอำเภอ หรือระดับตำบล หรือระดับชุมชน ที่อยู่ในพื้นที่ที่ทำการสุ่มคัดเลือก และสมัครใจตอบแบบสอบถาม

7.1.2 กลุ่มเป้าหมายการศึกษาเชิงคุณภาพ

กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้บริหาร รพศ./รพท./รพช./รพ.สต./สสอ. ที่รับผิดชอบการดำเนินงานตามนโยบายหมอบรรเทา และต้องเป็นผู้ที่อยู่ในหน่วยบริการในพื้นที่ที่ทำการสุ่มคัดเลือก ณ วันที่เก็บข้อมูล

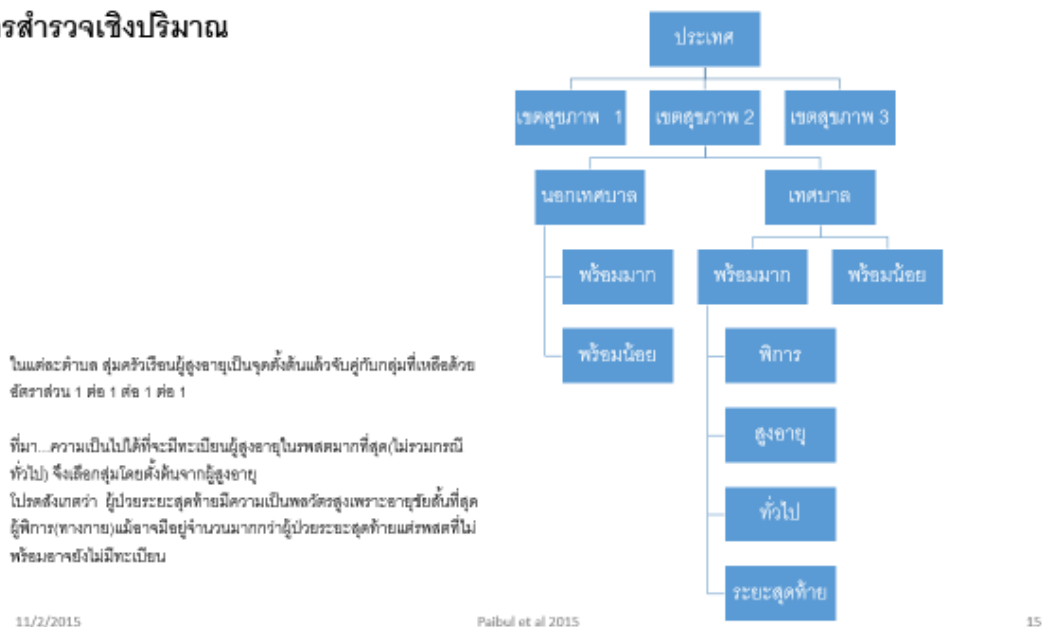
7.2 วิธีการสุ่มตัวอย่างการศึกษาเชิงปริมาณ

โครงการนี้เลือกวิธีสุ่มตัวอย่างชนิด multistage stratified purposive sampling (รูป ง) โดยขั้นที่หนึ่งจำแนกพื้นที่เป็นสามเขตเครือข่ายบริการสาธารณสุขโดยจำแนกตามระดับความก้าวหน้าในการบรรลุนโยบายเขตสุขภาพเป็นสามอันดับ (มาก ปานกลาง น้อย) ขั้นที่สอง ในแต่ละเขตจะแยกพื้นที่ โดยใช้ GPP (Gross Provincial Product) เป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มจังหวัดเพื่อสะท้อนความหลากหลายทางเศรษฐกิจ และสุ่มตัวอย่างเขตละ 2-4 จังหวัดตามขนาดประชากร ผู้รับบริการ 4 กลุ่มดังกล่าว แล้วในแต่ละจังหวัดใช้ GPP แบ่งอำเภอ เป็นอำเภอเมือง และอำเภอรอบนอกอีกสองแห่ง โดยคำนึงถึงความพร้อมมาก (expose>3) และความพร้อมน้อย (expose≤3) ทั้งนี้การเลือกอำเภอรอบนอกยังคำนึงถึง

ระยะเวลาเดินทางจากอำเภอเมืองในกรอบเวลาอันสั้น(7-15 วัน)ในการเก็บข้อมูล ถัดไปในแต่ละอำเภอ ขอให้ผู้รับผิดชอบประสานงานที่อำเภอเลือกตำบลและหมู่บ้านโดยลำดับ

รูปง การสำรวจเชิงปริมาณ

การสำรวจเชิงปริมาณ



ในขั้นปฏิบัติได้จำนวนตัวอย่างทั้งสี่กลุ่มบุคคลรวม 1,874 รายจำแนกอำเภอได้ ดังนี้

ตาราง ก กระจายอำเภอตามจำนวนโครงการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่เคยได้รับการสนับสนุน (score) และ จำนวนตัวอย่างบุคคล 4 ประเภท (N)

| District | score | N | District | score | N | District | score | N |
|----------|-------|-----|----------|-------|-----|----------|-------|-----|
| ne1 | 1 | 28 | c1 | 5 | 140 | s1 | 3 | 240 |
| ne2 | 4 | 32 | c2 | 2 | 48 | s2 | 2 | 32 |
| ne3 | 4 | 80 | c3 | 5 | 52 | s3 | 4 | 16 |
| ne4 | 1 | 40 | c4 | 4 | 200 | s4 | 2 | 88 |
| ne5 | 2 | 160 | c5 | 2 | 40 | s5 | 2 | 12 |
| ne6 | 4 | 140 | c6 | 5 | 120 | s6 | 4 | 80 |
| | | | c7 | 1 | 64 | s7 | 1 | 56 |
| | | | c8 | 3 | 52 | s8 | 4 | 16 |
| | | | c9 | 5 | 60 | s9 | 2 | 120 |

การศึกษาเชิงคุณภาพ
 ในขั้นปฏิบัติได้กลุ่มตัวอย่างดังตาราง ข
 ตาราง ข จำนวนกลุ่มตัวอย่างของสมาชิกทีมแพทย์หมอครอบครัว

| สมาชิกทีมหมอครอบครัว | N |
|----------------------|-----|
| กลุ่มผู้บริหาร | 39 |
| กลุ่มแพทย์ | 35 |
| กลุ่มอื่นๆ | 109 |

หมายเหตุ กลุ่มผู้บริหาร และกลุ่มแพทย์ ทับซ้อนกันจำนวนหนึ่ง

7.3 วิธีเก็บข้อมูล

ในเชิงปริมาณ ดำเนินการด้วยแบบสัมภาษณ์บุคคล 4 ประเภท แบบประเมินคุณภาพชีวิตและแบบประเมินความคิด (ภาคผนวก 1) โดยคณะผู้วิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมวิธีการเก็บข้อมูล สำหรับทีมหมอครอบครัว ใช้แบบสอบถามซึ่งผู้ตอบอ่านและบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง(ภาคผนวก 1)

ในเชิงคุณภาพ อาศัยการจัดกลุ่มสนทนาและ/หรือการสัมภาษณ์ลึกที่ละคนขึ้นกับความพร้อมของแต่ละพื้นที่ โดยมีแนวคำถามในภาคผนวก 2 นอกจากนี้ ยังสืบค้นเอกสารและฐานข้อมูลบริการเพื่อตรวจยืนยัน(cross validate)ข้อค้นพบจากแบบสอบถามทีมหมอครอบครัวและจากกลุ่มสนทนาและ/หรือการสัมภาษณ์ลึก ทั้งดำเนินการโดยคณะผู้วิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมวิธีการเก็บข้อมูล(ภาคผนวก 2)

7.4 วิธีจัดการและการวิเคราะห์ข้อมูล

เชิงปริมาณ

บันทึกข้อมูลด้วยแบบฟอร์มมาตรฐานอิเล็กทรอนิกส์ที่ตรวจเช็คและเตือนให้แก้ไขความผิดพลาดขณะบันทึกโดยแต่ละทีมงานภาคสนาม แล้วนำข้อมูลมาแจกแจงนับความถี่หรือคะแนน ประมวลค่าร้อยละหรือแนวโน้มสู่ส่วนกลางและความแปรปรวนตามสเกลการวัด ด้วยโปรแกรม epi-info7

เชิงคุณภาพ

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร รพศ./รพท./รพช./รพ.สต./สสอ ที่รับผิดชอบทีมหมอครอบครัว รวมทั้งการสัมภาษณ์หัวหน้าทีมหมอครอบครัว และผู้ป่วยที่ต้องการตามเยี่ยมบ้านใน กทม. จะวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการถอดเทปคำต่อคำแล้วจับประเด็น (thematic content analysis) แล้วสร้างกรอบคิดใหม่เพื่ออธิบายที่มาของแบบแผนตามบริบท (program theory or theory of changes) ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจที่มาที่ไปของการเปลี่ยนแปลงทั้งที่น่าจะเป็นตามความคาดหวังและไม่เป็นตามความคาดหวัง

ข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์

ประสบการณ์ที่พึงประสงค์ของประชาชน หลังจกมีนโยบาย”หมอครอบครัว” และการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. มองในภาคตัดขวาง(cross sectional) ตาราง 1 เผยข้อค้นพบว่า บุคคล 4 ประเภทนั้นจำนวน 1874 คน(60% สตรี) ร้อยละ 10 เป็นผู้สูงอายุระบุว่าตนไม่มีโรค ร้อยละ 13 คือผู้พิการระบุว่าไม่มีโรค(ไม่ได้แปลว่าพึ่งพาตนเองไม่ได้เสมอไป) ที่เหลือกว่า75% มีโรคเรื้อรังหรือเป็นคนไข้ระยะสุดท้าย/ระยะสุดท้าย คนเหล่านี้คือลักษณะเฉพาะของผู้ใช้บริการปฐมภูมิกลุ่มใหญ่ ซึ่งมาพบแพทย์ด้วย multiple morbidity อันเป็นภาวะที่ซับซ้อน(complex) ลักษณะส่วนใหญ่ของบุคคลในกลุ่มนี้จึงสะท้อนทัศนะของBarbara Starfield⁵ ผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ดังนั้น การวัดคุณภาพชีวิตจึงเป็นหนึ่งในมิติสำคัญสำหรับคนกลุ่มนี้
2. ในทำมิตินี้ของคุณภาพชีวิต(ตาราง 1.1) บุคคลสี่ประเภทระบุว่าตนมีคุณภาพชีวิตตกต่ำมากหรือมากที่สุด ระหว่างร้อยละ 9 - 44 ที่percentile 50(ตาราง 2) ผู้สูงอายุระบุว่าตนมีคะแนนคุณภาพชีวิต 80จากร้อยเต็ม ผู้พิการ มีคะแนน 70 เมื่อมีโรคเรื้อรังไม่ว่าผู้สูงอายุหรือผู้พิการ คะแนนเป็น 70 ถ้าภาวะระยะสุดท้ายปรากฏร่วมกับคนแต่ละกลุ่มใน 4 กลุ่มนี้ คะแนนเหลือ 65 ลงไปจนถึง 50
3. ถ้าพยายามมองการเปลี่ยนแปลง(ตาราง 3) บุคคลสี่ประเภทร้อยละ 26เท่านั้นที่ระบุว่าอาการในสามเดือนที่ผ่านมา เป็นไปในทางดีกว่าเดิม ส่วนใหญ่ร้อยละ 58 รายงานว่าอาการทรงตัว ที่น่ากังวลคือร้อยละ 14 ระบุว่าอาการทรุดลง อย่างไรก็ตามเมื่อถามว่าอนาคตคาดหวังสิ่งนี้อย่างไร การกระจายของคำตอบโดยลำดับที่กล่าวมาได้แก่ ร้อยละ 35 47 และ 11(ตาราง 4)
4. บุคคลสี่ประเภท ครึ่งหนึ่งไม่มีผู้ดูแล และอาจอยู่ในภาวะพึ่งพิงร้อยละ 35(รูป 1) เมื่อคำนึงถึงการที่ต้องอาศัยผู้ดูแล ตอบคำถามการศึกษาแทน แต่ความจริงที่น่าเป็นห่วงเกี่ยวกับผู้ดูแล ซึ่งรายงานนี้เผยตัวเลขให้เห็นเป็นครั้งแรก คือ ผู้ดูแลร้อยละ 31 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 43 กังวลเกี่ยวกับรายได้ และ ร้อยละ 66 มองโลกอนาคตในแง่ร้าย(เหนื่อยกาย เหนื่อยใจ ด้อยอิสรภาพ) ลำสนธิโมเดล อาจเป็นคำตอบในประเด็นอันน่าเป็นห่วงนี้ ด้วยการวางระบบสนับสนุนงบประมาณจากอปท.เพื่อจ้างผู้ช่วยผู้ดูแลในด้านการแบ่งเบาภาระการดูแลคนติดบ้านติดเตียงและให้สารสนเทศและความรู้ที่จำเป็น ตลอดจนการอุดหนุนวัสดุจำเป็นในการดูแลคนกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตาม ความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ดูแล เป็นเช่นไรยังคงเป็นปริศนา
5. ถ้าคำว่า “หมอครอบครัว” เป็นจุดขายทางนโยบาย ประสบการณ์ของบุคคล 4 กลุ่มและผู้ดูแลไม่สนับสนุนว่าข้อสมมตินี้เป็นจริง เพราะพบว่า คนเหล่านี้ส่วนใหญ่(ร้อยละ 69)ไม่เคยได้ยินที่มสุขภาพแนะนำเรื่องหมอครอบครัวเลย(ตาราง 5) ซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพจากfocus group และ individual interviewเสริมว่า ในมุมมองของทีมสุขภาพตลอดจนทีมสสจ. มองไม่เห็นว่าการนี้ขึ้นอะไรแตกต่างไปจาก “บริการปฐมภูมิ” ที่นิยมใช้เรื่อยมา
6. เป็นที่น่ายินดีเมื่อประสบการณ์ของบุคคลสี่ประเภทส่วนใหญ่(ร้อยละ59) เผยว่า ทีมหมอครอบครัว(ตาราง 6) เป็นพวกเดียวกับหมอที่รักษาประจำในรพ.(รพช-รพศ) สะท้อนให้เห็นโครงสร้างทีมอันเป็นใจกับบริการไร้รอยต่อ(seamless care) อย่างไรก็ตามดูเหมือนว่า ความนิยมบริการรพ.ใหญ่ในเมืองมีมากกว่ารพช.และรพศ. ดังปรากฏรายงานจากบุคคลสี่ประเภทส่วนใหญ่(ร้อยละ49)ระบุว่าสถานพยาบาลประจำของพวกเขาคือ รพ.ใหญ่ในเมือง(ตาราง 7) ทั้งๆที่จำนวนตัวอย่างของคนเหล่านี้มาจากอำเภอเมืองเพียงร้อยละ 15 เมื่อถามเกี่ยวกับสถานพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน คำตอบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 58(ตาราง 8) หลักฐานสองชิ้นนี้ชวนให้เกิดข้อสังเกตเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่บุคคลเหล่านี้คาดหวังว่าน่าจะเกินขีดความสามารถของรพช/สอ.ในทัศนะของพวกเขา

ถามว่า ข้อค้นพบที่กล่าวมาข้างต้น เป็นผลของนโยบายฯ หรือไม่

คำถามนี้ยากจะตอบเนื่องด้วยระยะเวลาดำเนินนโยบายอันสั้น บางจังหวัดเพิ่งเริ่มเมื่อ 3 เดือนก่อนการเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวางของรายงานนี้ และด้วยจำนวนตัวอย่างเพียง 1,874 คน ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมาก็อาจเป็นผลของการดำเนินนโยบายอีกมากมายจากอดีตในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งปรากฏมานานกว่า 10 ปีดังตัวอย่างในรูป ค (ดูหัวข้อที่มาของรายงาน รูปแสดงจำนวนอำเภอที่เคยมีประสบการณ์ทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ)

รูปแบบการทำงานของทีมหมอครอบครัวในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ในระดับ อำเภอ ระดับตำบล และระดับชุมชน

นโยบายหมอครอบครัว กำหนดให้มีหมอครอบครัว ซึ่งหมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาระดับ ประกาศนียบัตรขึ้นไปปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ที่รับผิดชอบของ รพ.สต./ศสม. โดยรับผิดชอบ ประชากรประมาณ 1,250 -2,500 คน/หมอประจำครอบครัว และมี แพทย์ที่ปรึกษา : แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/แพทย์เวช ศาสตร์ครอบครัว/แพทย์เฉพาะทางที่มีความสนใจในงานบริการระดับปฐมภูมิ โดยมุ่งหวังให้ทุกครัวเรือนมีหมอครอบครัว/ แพทย์ที่ปรึกษา มีศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ในการดูแลและสุขภาพบริการระดับปฐมภูมิ แก่ประชาชนในเขตเมือง ครอบคลุม ประชากร ตามเกณฑ์ 1 ศูนย์ต่อประชากร 10,000-30,000 คนในหลักการ

ในทางปฏิบัติ รายงานนี้ค้นพบว่าทีมหมอครอบครัวจำแนกได้เป็นทีมสามระดับได้แก่ ระดับอำเภอ ระดับตำบล และ ระดับหมู่บ้าน(ชุมชน) โดยจำแนกตามองค์ประกอบของสมาชิกผู้มีความถนัดหรือ/และขอบเขตความรับผิดชอบต่างกันโดย อาชีพหรืออาสาสมัคร องค์ประกอบที่ค้นพบสอดคล้องกับความคาดหวังตามนโยบายหมอครอบครัวข้างต้นไม่มากก็น้อย เมื่อพิจารณาคำตอบของสมาชิกทีมฯ (ตาราง 9) กล่าวคือทีมหมอครอบครัวประกอบด้วยสมาชิกต่างประเภทกัน โดย ประเภทสมาชิกหลากหลายมากที่สุดในระดับอำเภอหรือรพ.แม่ข่าย(รพช/เวชกรรมสังคมของรพ.ศูนย์หรือรพ.ทั่วไป...ไม่ได้ แสดง ณ ที่นี้)

ความเป็นสหวิชาชีพของทีมในรพ.แม่ข่ายก็ดี สายบังคับบัญชาต่างกันระหว่างรพ.แม่ข่ายและรพ.สต.ก็ดี ตลอดจน บทบาทหน้าที่และพื้นฐานความรู้/ความถนัดต่างกันก็ดี อย่างน้อยที่สุดเป็นเครื่องแสดงความหลากหลายอันท้าทายต่อ การทำงานของทีมหมอครอบครัวในระดับเดียวกันและต่างระดับกันเพื่อให้เกิดบริการไร้รอยต่อตามที่นโยบายหมอ ครอบครัวคาดหวัง ประเด็นนี้ดูเหมือนยิ่งเด่นชัดเมื่อภาวะไร้รอยต่อนั้นโยงไปถึงบริการเฉพาะทางในรพช/รพศ

รูปแบบการทำงานดังกล่าวที่รายงานนี้ค้นพบอาจจำแนกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ด้านบริการระหว่างรพ.แม่ข่ายกับรพ.สต.และหน่วยงานอื่น ในส่วนเกี่ยวกับรพ.สต. อาจเป็นไปโดย ทีมสหวิชาชีพให้บริการในรพ.สต.เท่านั้น (จึงปรากฏว่าแพทย์จำนวนหนึ่งไม่ประสงค์เยี่ยมบ้านแม่รพ.สต.ร้องขอ) หรือ ให้บริการในรพ.สต.และถึงบ้านด้วย โดยมีความตกลงกันล่วงหน้าระยะยาวอย่างเป็นระบบหรือเป็นไปตามการ ร้องขอจากรพ.สต.เป็นรายกรณี อีกรูปแบบหนึ่งคือ การให้คำปรึกษาทางไกลผ่านช่องทางต่างๆ (ตาราง 10) โดย แพทย์ของ รพ.แม่ข่ายแต่ละคนได้รับมอบหมาย รพ.สต.ในความรับผิดชอบชัดเจนกว่าเดิม ในระดับรพ.สต. บุคลากร แต่ละคนก็ได้รับมอบหมายหมู่บ้านรับผิดชอบชัดเจน สิ่งนี้บ่งชี้ข้อดีที่พลอันจำเพาะของนโยบายหมอครอบครัว ต่อ บุคลากรสองระดับนั้นและเชื่อมโยงลงไปถึง อสม.รับผิดชอบครัวเรือนอย่างจำเพาะตามที่เคยเป็นมาก่อนมีนโยบาย หมอครอบครัว

ถ้าความเชื่อมโยงที่กล่าวมานี้ ควบรวมความเชื่อมโยงของระบบสารสนเทศทางคลินิก(ห้องฉุกเฉิน คนไข้นอก คนไข้ใน ฯลฯ) ด้วย โอกาสยกระดับคุณภาพบริการและการพัฒนาขีดความสามารถของทีมหมอครอบครัวผ่านการ วิเคราะห์/สังเคราะห์สารสนเทศ(explicit knowledge)จะเป็นเช่นไร

เมื่อพิจารณาบริการจำเพาะบุคคลแต่ละประเภทในสี่กลุ่มตามที่นโยบายหมอครอบครัวคาดหวังให้เน้นย้ำใน เบื้องต้น ปรากฏว่ารพช/รพทในฐานะแม่ข่าย ได้วางโครงสร้างจำเพาะสำหรับการดูแลต่อเนื่อง และการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายไว้ก่อนมีนโยบายหมอครอบครัวจึงช่วยรองรับการดำเนินงานในสองส่วนนี้ได้ชัดเจน ลักษณะบริการที่ อาจจะต่างจากเดิมคือ การส่งต่อคนไข้โดยบุคลากรรพ.แม่ข่ายซึ่งอาจเป็นทีมสหวิชาชีพบางตำแหน่งที่เกี่ยวข้อง โดยตรงนำส่งคนไข้ถึงบ้านโดยนัดหมายกับทีมหมอครอบครัวในตำบลรับผิดชอบเพื่อถ่ายทอดเทคนิคบริการ เช่น การให้ยามอร์ฟินในคนไข้มะเร็งระยะสุดท้าย การดูแลการล้างช่องท้องในคนไข้ไตวาย เป็นต้น ดูเหมือนว่าความ

พร้อมของรพ.แม่ข่ายในด้านบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเชื่อมโยงไปสู่ระดับอำเภอสะท้อนออกมาในรูปความครอบคลุมบริการด้านนี้ในอำเภอที่ใกล้ชิดในทางภูมิศาสตร์ ดังปรากฏผลวิเคราะห์ดังรูป 4(จังหวัดนครพนม) ตัวอย่างเช่น อำเภอนาทมและอำเภอบ้านแพง บริการคนไข้ระยะสุดท้ายได้ครอบคลุมน้อยกว่าอำเภอนาหว้าหรืออำเภออื่นที่ใกล้ชิดรพท. ซึ่งจัดตั้งมานานจึงมีความพร้อมมากกว่าดั่งบ่งชี้ด้วยปริมาณคนไข้กลุ่มนี้มากกว่าของรพ.บึงกาฬซึ่งใกล้ชิดสองอำเภอแรก ทั้งนี้รพ.บึงกาฬเพียงยกฐานะเป็นรพท.เมื่อพ.ศ. 2548 ลักษณะภูมิประเทศเขี่ยดยาวของอำเภอท่าอุเทนอาจเป็นคำอธิบายว่า เหตุใดความครอบคลุมในเรื่องนี้จึงต่ำกว่าอำเภออื่นในจังหวัดนครพนม(ยกเว้น อำเภอนาทมและอำเภอบ้านแพง) ข้อค้นพบเหล่านี้บ่งชี้ว่า กำหนดตัวชี้วัดรองรับการดำเนินงานนโยบายไม่ควรสมมติว่าทุกพื้นที่มีทุนประเดิมเท่ากัน จึงไม่ควรกำหนดเกณฑ์ตัดสินหนึ่งเดียว หากแต่ความให้ความสำคัญกับความก้าวหน้าจากจุดตั้งต้นอันแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ นอกจากนั้นกรณีข้อจำกัดของรพ.บึงกาฬดังกล่าวยังให้ข้อคิดในแง่การจัดสรรทรัพยากร(resource allocation)ว่า ถ้าคาดหวังให้รพท.แห่งใหม่นี้ทำงานได้ทัดเทียมกับรพ.รุ่นพี่ก็ควรพิจารณาเต็มเงื่อนไขอันจำเป็นให้ทัดเทียมกัน

นอกจากนั้นเงื่อนไขในพื้นที่ซึ่งมีอิทธิพลต่อลักษณะความสัมพันธ์ที่กล่าวมานี้ คือ ภาวะการนำโดยบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือหลายคนในรพ.แม่ข่ายได้แก่ ผอ.รพ. แพทย์ประจำ/แพทย์หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม พยาบาล หัวหน้าทีมเวชปฏิบัติ บุคคลสองประเภทหลังมักแสดงบทบาทนำได้ราบรื่นเมื่อผอ.รพ.ให้การสนับสนุน ในแง่ของการให้อำนาจตัดสินใจ มอบหมายความรับผิดชอบชัดเจน ประกันเวลาทำงานกับทีมหมอครอบครัว และ/หรือจัดสรรบุคลากรสนับสนุนให้มากเพียงพอ หลักฐานเชิงคุณภาพแสดงว่า พยาบาลหัวหน้าฝ่ายเวชปฏิบัติในรพ.แม่ข่ายบางคนใช้ประโยชน์จากสาระนโยบายหมอครอบครัวเป็นเกณฑ์อ้างอิงในการระดมกำลังคนได้เพิ่มขึ้นในขอบเขตที่เป็นไปได้ของพื้นที่ตน

พ้นจากขอบเขตรพ.แม่ข่าย พบหลักฐานว่า สสอ.อาจมีอิทธิพลต่อภาวะการนำระดับรพ.สต.ที่กล่าวมาได้จำกัด โดยผ่านการถ่ายทอดสาระนโยบายหมอครอบครัว และกำกับติดตามงาน คำอธิบายที่มีหลักฐานเชิงคุณภาพสนับสนุนคือ สาระการถ่ายทอดและติดตามโดยสสอ.ไม่ได้ลงลึกเพียงพอจึงยากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพทางคลินิก หรือระบบสนับสนุนบริการทางคลินิก(จะขยายความส่วนระบบสนับสนุนฯในหัวข้อต่อไป)

สำหรับบทบาทของสสจ. นอกเหนือจากการติดตามความก้าวหน้าด้วยดัชนีชี้วัดนโยบายหมอครอบครัว ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกระบุว่า ในจังหวัดของตน นพ.สสจ.จัดให้มีการฝึกอบรมแพทย์จบใหม่ แพทย์ประจำ และบุคลากรอื่นในทีมสหวิชาชีพ อย่างเป็นทางการจะลักษณะมากกว่าหนึ่งรูปแบบเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการทำงานในทีมหมอครอบครัว โดยที่นพ.สสจ.เข้าร่วมรับฟัง/สังเกตการฝึกอบรมด้วยตนเองในบางโอกาส การฝึกอบรมทีมสหวิชาชีพที่ไม่ใช่แพทย์ในบางพื้นที่มุ่งหวังให้บุคคลเหล่านี้ซึ่งหมุนเวียนน้อยกว่าแพทย์ ทำหน้าที่สืบสานภาวะการนำบริการปฐมภูมิ อันที่จริงการฝึกอบรมลักษณะนี้เกิดขึ้นอย่างน้อยตั้งแต่ 3ปีมาแล้วเมื่อนโยบายเขตสุขภาพเริ่มดำเนินการ ทำนองเดียวกัน ในอดีต พบหลักฐานเชิงคุณภาพในเขตสุขภาพหรือจังหวัดบางแห่งว่า ผู้ตรวจราชการหรือ นพ.สสจ.ที่สนใจแนวคิดทำนองเดียวกับหมอครอบครัวสามารถผลักดันการพัฒนาระบบบริการด้านนี้และมีผลสืบเนื่องมาจนปัจจุบัน ดังประจักษ์พยานด้วยคำว่า “รพ.สต.ติดดาว” หรือ “ห้าเสื่อปฐมภูมิ” เป็นตัวอย่างวาทะกรรมและตัวชี้วัดสมรรถนะการทำงานปฐมภูมิที่ยังดำรงอยู่ตราจนปัจจุบันด้วยความเข้มข้นต่างกันระหว่างพื้นที่ แม้มีการเปลี่ยนตัวบุคคลก็ตาม^{7 8}

ตรงกันข้าม ไม่ปรากฏหลักฐานว่า “หมอครอบครัว” เป็นวาทะกรรมที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในระดับปฏิบัติ(ตาราง 5) แม้ว่าสาระสำคัญจะมีผลในทางปฏิบัติ นั่นคือ ผู้ปฏิบัติโดยเฉพาะวิชาชีพอื่นนอกจากแพทย์ส่วนใหญ่เชื่อว่านโยบายหมอครอบครัว ทำให้เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับการเน้นบริการให้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้พิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย คำว่า”เตียง 1 เตียง 24 เป็นวาทะกรรมใหม่สะท้อนระดับการพึงพิงของบุคคลสี่ประเภทที่กล่าวมานี้และเกี่ยวพันกับนโยบายหมอครอบครัว ทั้งนี้การวิเคราะห์ผลการสืบค้นเว็บไซต์ของสสจ.บางแห่ง(รายงานความก้าวหน้าการดูแลกลุ่มเป้าหมายทีมหมอครอบครัว

<http://www.nkp.moph.go.th/index2.php?dp=1>)ปรากฏหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า ตัวเลขความครอบคลุม

บริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายแตกต่างกันมากระหว่างอำเภอในจังหวัดเดียวกัน(รูป 4) ในขณะที่บริการผู้สูงอายุและผู้พิการครอบคลุม(กว่าร้อยละเก้าสิบ)ไม่ต่างกันระหว่างอำเภอ จึงอาจอนุมานว่าบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายน่าจะเป็นบริการค่อนข้างใหม่และอยู่ในระยะเริ่ม

ในมุมมองของคนทำงาน สมาชิกทีมหมอครอบครัวร้อยละ 95 ตอบแบบสอบถามว่าการทำงานแบบทีมหมอครอบครัวทำให้ตนเปลี่ยนวิธีการทำงานโดยใช้ทีมมากขึ้น สมาชิกทีมสื่อสารกับผ่านมือถือ(ร้อยละ 96) และไลน์(ร้อยละ 84) เป็นหลัก(ตาราง 10) ร้อยละ84ระบุว่ามีการประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอโดยครั้งหนึ่งของผู้ตอบระบุว่าประชุมกันครั้งล่าสุดเมื่อ 1 เดือนที่ผ่านมา เช่นเดียวกัน การศึกษาด้วยแบบสอบถามก็พบว่าการทำงานแบบทีมหมอครอบครัวได้ส่งเสริมให้การมีส่วนร่วมของคนไข้ในการวางแผนการรักษามากขึ้น สมาชิกหมอครอบครัวร้อยละ 95 มีความมั่นใจในการทำงานในบทบาทหมอครอบครัว สมาชิกทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่เชื่อว่า คนไข้ได้การดูแลครบกระบวนการส่งต่อ และพวกเขาส่วนใหญ่(97%) รู้สึกภาคภูมิใจในการเป็นสมาชิกทีมหมอครอบครัว

ประการสุดท้าย หลักฐานเชิงคุณภาพ บ่งชี้ว่าบางอำเภอ การประชุมคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ(DHS)โดยนายอำเภอเป็นประธาน อาจมีอิทธิพลทางตรงหรือทางอ้อมต่อการรูปแบบการทำงานของทีมหมอครอบครัว เช่น ทีมหมอครอบครัวรายงานปัญหาสาธารณสุขพบเห็นด้วยการเยี่ยมบ้านในที่ประชุม DHS แล้วนำไปสู่การแก้ไขโดยอปท.ซึ่งมีการติดตามผลในการประชุมในภายหลัง หรือการเยี่ยมบ้านเชิงสังคมของนายอำเภอ/ภรรยา(คุณนายนายอำเภอ)อาจเป็นสัญญาณว่าฝ่ายนำโดยทางการของ อำเภอให้ความสำคัญกับการเยี่ยมบ้านซึ่งมีขอบเขตแบบองค์รวม บางอำเภอผู้ให้สัมภาษณ์ระบุว่านายอำเภอผสมผสานความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพเข้าไปในการเยี่ยมบ้านเชิงสังคม นอกจากการสัมพันธ์ระหว่างทีมหมอครอบครัวกับอปท.ในเวทีDHS การเยี่ยมบ้านของทีมหมอครอบครัวยังอาจโน้มนำให้อปท.สนใจที่จะหาทางช่วยเหลือคนไข้ โดยเฉพาะผู้พิการในด้านสังคม ทำนองเดียวกับ อำเภอลำสนธิอันเป็นหนึ่งในต้นแบบการดูแลผู้พิการจนการเป็นระบบที่อปท.สนับสนุนอย่างต่อเนื่องในทางสังคมและทางสุขภาพในรูปผู้ช่วยผู้ดูแล

2. ความสัมพันธ์ด้านวิชาการระหว่างรพ.แม่ข่ายกับรพ.สต. ปรากฏหลักฐานแสดงลักษณะความสัมพันธ์ชนิดนี้ในสามลักษณะ ได้แก่ ก) รพ.แม่ข่ายจัดบรรยายหรือสาธิตวิชาการแก่รพ.สต.ตามที่ร้องขอหรือตกลงกันล่วงหน้า ข)รพ.แม่ข่ายผสมผสานการจัดบริการที่รพ.สต.เข้ากับการถ่ายทอดความรู้ทางคลินิกให้ทีมรพ.สต.โดยอาจเป็นการถ่ายทอดความรู้ระหว่างบริการคนไข้ที่ละราย หรือ ตกลงกันล่วงหน้าเกี่ยวกับคนไข้แต่ละประเภทหรือเทคนิคบริการเฉพาะเรื่อง(เช่น การใช้ยาแก้ปวด) ค)กิจกรรมวางแผนการเยี่ยมบ้านคนไข้ด้วยกันระหว่างสหวิชาชีพรพ.แม่ข่ายกับทีมรพ.สต.และ/หรือกิจกรรมทบทวนผลการเยี่ยมบ้านตามแผนที่วางไว้ ในเชิงปริมาณ คำตอบจากสมาชิกทีมฯระบุว่าได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอมากที่สุด(ร้อยละ 60 ของจำนวนคำตอบทั้งหมด) สำหรับสาระที่เกี่ยวกับผู้นำเวชปฏิบัติครอบครัวปรากฏความถี่เพียงร้อยละ 8 ทั้งนี้แหล่งที่มาของการฝึกอบรมน่าจะมีมากกว่าหนึ่งแหล่ง อย่างไรก็ตาม สมาชิกทีมฯระบุว่าต้องการการฝึกอบรมเพิ่มเติมเพื่อให้ทำงานหมอครอบครัวได้ดียิ่งขึ้นในเรื่อง เวชปฏิบัติครอบครัวมากที่สุด(ร้อยละ 56ของจำนวนคำตอบ) และรองลงมาคือเรื่องวิทยาการกระบวนการ(ร้อยละ 16) สิ่งนี้บ่งชี้ความสนใจของบุคลากรในการพัฒนาตนเองอย่างสอดคล้องกับนโยบายฯ

3. ความสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนบริการจากรพ.แม่ข่ายสู่รพ.สต. ในรูปของวัสดุการแพทย์ และเวชภัณฑ์ หรือ บริการทางห้องปฏิบัติการ หรือระบบสารสนเทศ

ข้อค้นพบเชิงคุณภาพพบว่า การสนับสนุนมีทั้งราบรื่นและไม่ราบรื่น ด้านที่ราบรื่นปรากฏตัวอย่าง การส่งต่อคนไข้ระยะสุดท้ายจากรพ.แม่ข่าย(รพท/รพศ)สู่อำเภอพร้อมยาจำเป็นเช่น มอร์ฟิน และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาถ่ายถอดแก้มที่อำเภอดังกล่าวข้างต้น ตัวอย่างที่ไม่ราบรื่น อาจหมายถึง รายการยาและ/หรือ ปริมาณยาไม่ครบตามความต้องการของรพ.สต. ยกเลิกการตรวจHbA1c ทั้งอำเภอเพราะผอ.รพ.เชื่อว่าไม่คุ้มค่า รพ.แม่ข่ายส่งมอบอุปกรณ์ผู้พิการล่าช้าจนทำให้ภาวะฟุ้งฟิงของคนพิการถดถอยจากขั้นติดบ้านเป็นติดเตียง การยกเลิกการตรวจHbA1c ทั้งอำเภอเช่นนี้สอดคล้องกับรายงานของSieng et al⁹ ว่า ในภาพระดับประเทศ รพช.ส่งตรวจชนิดนี้น้อยกว่ารพ. 2/3เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายงานนี้วิเคราะห์ข้อมูลคนไข้เบาหวานในรพช รพท และรพช ทั่วประเทศกว่า

สองหมื่นรายในปี 2555 นอกจากนั้นในรายงานชิ้นนี้ยังพบว่า ในรพช.คนไข้คลินิกเบาหวานได้รับการตรวจตาและ
เท้ามากกว่าคนไข้คลินิกทั่วไปกว่าสองเท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงอาจอนุมานได้ว่า โอกาสที่คนไข้เบาหวานที่
รพช.ซึ่งทีมสหวิชาชีพเวียนออกไปร่วมให้บริการเป็นครั้งคราวอาจได้รับการดูแลลักษณะดังกล่าวดีกว่าคนไข้
เบาหวานที่รพช.

ในมุมมองของระบบสารสนเทศ สมาชิกทีมฯระบุว่ามีความรู้พื้นฐานข้อมูลสำหรับผู้พิการ โรคเรื้อรัง(เบาหวาน ความดัน) และ
สูงอายุด้วยความถี่เกินร้อยละ 80ของคำตอบ
กระนั้นก็ตาม ดูเหมือนว่าการวิเคราะห์และนำผลวิเคราะห์ข้อมูลไปยกระดับการเรียนรู้ของทีมหมอครอบครัวยัง
จำกัด กล่าวคือ สมาชิกทีมฯสามารถระบุว่าเคยเห็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ต่ำกว่าร้อยละ55 และร้อยละ
80 ของคนกลุ่มนี้(119คน) รายงานว่าเคยเห็นผลเมื่อ 1 เดือนที่ผ่านมา(พิสัย 0-12 เดือน) ร้อยละ 20 เคยเห็นเกิน
กว่าสองเดือนมาแล้ว ปรากฏการณ์นี้น่าจะมาจากสมรรถนะอันจำกัดในการวิเคราะห์ข้อมูล แม้แต่ระดับเขตก็ยัง
ทำได้เพียงการแจกจ่ายตัวเลข/หาค่าร้อยละตามเกณฑ์ของส่วนกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับได้หวั่นซึ่งมีระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(universal health care)มาก่อนประเทศไทย ปรากฏว่า 20 ปีนับแต่จัดตั้งระบบ
หลักประกันสุขภาพในได้หวั่น ฐานข้อมูลทางคลินิกและการบริหารได้เชื่อมโยงกันครอบคลุมประชากรร้อยละ 99
นำไปสู่การค้นพบที่เป็นประโยชน์แก่การดูแลคนไข้ เช่น การคาดคะเนความเสี่ยงต่อภาวะaortic dissection ใน
คนไข้ที่กินยา fluoroquinolone และความเสี่ยงต่อจอประสาทตาต่ออันสัมพันธ์กับ amiodarone¹⁰

ความสัมพันธ์ทั้งหมดที่กล่าวมานี้ยากจะสรุปว่าเกี่ยวข้องเพียงใดกับนโยบายหมอครอบครัวเนื่องจากมีตัวกวน
(confounders)ซึ่งพันพ้องอย่างแยกแยะได้ยาก อย่างไรก็ตาม เกือบร้อยละร้อยของสมาชิกทีมหมอครอบครัวผู้ตอบแบบสอบถาม
(จำนวน 218 คน) เห็นว่า การทำงานเป็นทีมระหว่างรพช และรพช มีความหมายต่อการดูแลคนไข้เรื้อรัง (เช่น เบาหวาน ความ
ดัน พิกการ จิตเวช ฤงลมพอง ฯลฯ) เช่นเดียวกัน พวกเขาร้อยละ 98 เห็นว่า การทำงานของทีมหมอครอบครัวสามารถลดความ
เสี่ยงทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 99 เห็นว่าทีมหมอครอบครัวช่วยให้คุณภาพชีวิตของครอบครัวและชุมชนดีขึ้น

4. ความผันผวนไม่ต่อเนื่องของกระบวนการนโยบายส่วนกลาง

ความเห็นอันค่อนข้างเป็นเอกฉันท์ของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติทุกพื้นที่คือ วาหะกรรม/ตัวชี้วัดทางนโยบายเปลี่ยน
บ่อยเมื่อผู้บริหารส่วนกลางเปลี่ยนบ่อยในขณะที่สาระสำคัญของเนื้องานไม่ได้ต่างกัน ผลกระทบต่อคนทำงานในพื้นที่
ได้แก่ ภาระงานเอกสารมากเกินจำเป็น และความสับสนเกินจำเป็น เมื่อสะสมในระยะยาว จึงบั่นทอนความคิดริเริ่ม
และขีดความสามารถในการใช้ประโยชน์จากระบบสารสนเทศและความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) เพื่อตอบสนอง
ความต้องการของประชาชน ปรากฏการณ์”หมอน้ำจ่อ” อันเป็นวาหะกรรมระดับนโยบายเมื่อสองปีก่อน (2557-58)
สะท้อนผลกระทบด้านลบของระบบสารสนเทศที่สร้างภาระงานต่อคนทำงานในพื้นที่จนบั่นทอนเวลาให้บริการ
ประชาชน และไม่เกิดประโยชน์ต่อการวางแผน ตัดสินใจให้บริการเท่าที่ควร หน้าที่ยังสร้างความสับสนเกี่ยวกับการ
บรรลุเป้าหมายหรือสถานการณ์เพราะตัวเลขไม่ตรงกันระหว่างแหล่งต่างๆ เช่น สัดส่วนความครอบคลุมของบริการให้
วัคซีนต่างกันระหว่างตัวเลขของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กับ ตัวเลขจากการศึกษา 30-cluster ของกรมควบคุม
โรค เป็นต้น สิ่งนี้ยังคงดำรงอยู่ตราบจนปัจจุบัน

ตัวอย่างที่จำเพาะในแง่ของนโยบายหมอครอบครัว ได้แก่ คำสั่งให้พื้นที่ส่งวิดีโอคลิปไปส่วนกลาง ซึ่งหลายแห่ง
ลงทุนจ้างมืออาชีพผลิต ทำให้ต้นทุนการทำงานเพิ่มขึ้น ทุกพื้นที่ให้ความเห็นตรงกันว่า ไม่ได้สัญญาณป้อนกลับ
(feedback) จากส่วนกลาง จึงไม่เห็นประโยชน์ของคำสั่งเช่นนี้ ทำนองเดียวกัน คำสั่งให้แจกเบอร์โทรศัพท์แก่
ครัวเรือนก็ได้รับการตอบสนองอย่างจำกัดโดยคนทำงานในพื้นที่ เนื่องจากไม่ได้เห็นประโยชน์แตกต่างไปจากช่องทาง
สื่อสารเดิม แถมในบางพื้นที่ยังประสบปัญหาโทรศัพท์ก่อกวน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาด้วยแบบสอบถามพบว่า
สมาชิกทีมหมอครอบครัว(201คน) ร้อยละ99 เห็นด้วยว่าควรดำเนินนโยบายนี้ต่อไป

ข้อเสนอต่อการปรับปรุงการดำเนินงานตามนโยบายหมอบรรณครว

5. การพัฒนาและดำเนินนโยบาย

- a. แม้ปฏิเสศความจริงเกี่ยวกับความผันผวนทางการเมืองในระดับชาติได้ยาก แต่การสืบสานนโยบายโดยมีจุดขายใหม่ไม่จำเป็นต้องสร้างตัวชี้วัดหรือวาทะกรรมใหม่เสมอไป แต่อาจเก็บเกี่ยวความสำเร็จในระดับพื้นที่ ผ่านการสังเคราะห์ข้อมูล/ความรู้เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อสื่อสารสาธารณะให้เห็นว่า ประชาชนได้อะไร เพราะรัฐบาลทำอะไร
- b. พัฒนาเครือข่ายสถาบันวิชาการที่สามารถทำงานเกาะติดการพัฒนาด้านต่างๆอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งจะดำเนินการใน(a)แล้วแสดงผลผลิตในระยะสั้นและระยะยาว โดยผสมผสานกับการสร้างขีดความสามารถในการคิดริเริ่มพัฒนานวัตกรรมระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เป็นวงจรหมุนวนในทางสร้างสรรค์ได้ไม่หยุดยั้ง
- c. สารนโยบายหมอบรรณครวที่ควรสืบสานคือ การกำหนดเป้าหมายครวเรือนให้ทีมสหวิชาชีพทุกระดับรับผิดชอบ กำหนดเป้าหมายรพสต.ให้ทีมสหวิชาชีพอำเภอรับผิดชอบสนับสนุนทางวิชาการและเชื่อมโยงสู่ผู้บริหารCUPเพื่อสนับสนุนวัตถุประสงค์บนหลักการทำงานเป็นเครือข่าย(สัมพันธ์ฉันทมิตรเกื้อกูลซึ่งกันและกัน)มุ่งเน้นประโยชน์คนไข้เป็นศูนย์กลาง

6. บุคลากร

- a. ควรเน้นเสริมขีดความสามารถ และแรงจูงใจด้านการจัดการให้แก่แพทย์ผู้ทำงานปฐมภูมิ
- b. ควรพัฒนาทีมสหวิชาชีพที่ไม่ใช่แพทย์ ซึ่งหมุนเวียนน้อยกว่าแพทย์ ให้มีบทบาทหน้าที่สืบสานการนำการพัฒนาบริการปฐมภูมิให้ยั่งยืน โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้จากการทำงานเป็นหลัก
- c. ถ้ามอบหมายให้พยาบาลเวชปฏิบัติในรพช.แบ่งเบาภาระแพทย์ในบริการคนไข้ นอก น่าจะเพิ่มโอกาสให้แพทย์ได้ทำงานด้านปฐมภูมิก่อนหน้าเนื่องจากการตรวจโรคได้มากขึ้น

7. สารสนเทศ

- a. พัฒนาระบบข้อมูลทางคลินิกให้เชื่อมโยงกัน พร้อมทั้งพัฒนาขีดความสามารถในการใช้ประโยชน์ทั้งในการพัฒนาภาพรวมและการดูแลคนไข้เป็นรายๆ
- b. ยกเลิกระบบรายงานซ้ำซ้อน และไม่เกิดประโยชน์ต่อการตัดสินใจระดับนโยบาย

8. รูปแบบบริการ

- a. สืบสานการพัฒนาบริการไร้รอยต่อโดยต่อยอดจากจุดเน้นผู้พิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งการมอบหมายครวเรือน/รพสต.รับผิดชอบชัดเจน ทั้งนี้ ควรมุ่งไปสู่การป้องกันระดับปฐมภูมิให้ได้
- b. DHS เป็นโครงสร้างทางการที่จะมีประโยชน์มากขึ้นโดยเฉพาะในทิศทางการป้องกันระดับปฐมภูมิ ถ้าปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเป็นไปในรูปแบบทางการและไม่เป็นทางการอย่างต่อเนื่อง ผ่านหลายช่องทาง หลายโอกาส

เอกสารอ้างอิง

1 Thai version <http://www.euroqol.org/eq-5d-products/eq-5d-5l.html>; Health and Quality of Life Outcomes 2008, 6:6 ...for Thai

-
- 2 วิชัย เอกพลากร รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย <http://www.hiso.or.th/hiso5/report/report1.php>
- 3 ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ รายงานฉบับสุดท้าย โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพในระดับเขต ระยะเวลา 1 มกราคม – 31 สิงหาคม 2557
- 4 Muldoon LK1, Hogg WE, Levitt M. Can J Public Health. 2006 Sep-Oct;97(5):409-11. Primary care (PC) and primary health care (PHC). What is the difference?
- 5 Barbara Starfield. Chronic Care, Chronic Disease Care, and Primary Care: One and the Same, or Different? Bellagio, Italy April 2008
- 6 สันติ ลากเจริญ รพ.ชุมชนกับระบบสุขภาพชุมชน อ่าเภอลำสนธิ http://thaiichr.org/upload/forum/04doc01270911_santi.pdf
- 7 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย การอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและคนพิการปี 2558 ห้องประชุมรพ.เลย <http://www.lo.moph.go.th/main2015/>
- 8 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย การอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับทีมสหวิชาชีพปี 2558 <http://www.lo.moph.go.th/main2015/>
- 9 Sokha Sieng Bandit Thinkamrop and Cameron Hurst . Achievement of Processes of Care for Patients with Type 2 Diabetes in General Medical Clinics and Specialist Diabetes Clinics in Thailand. Epidemiology (sunnyvale) 2015, 5:S2 <http://dx.doi.org/10.4172/2161-1165.S2-004>
- 10 Minerva. Taiwan's national research database and other stories . . . *BMJ* 2015; 351 : h5395