

ORIGINAL ARTICLE

The Effects of a Community-Based Model for Chronic Disease Management Integrating Village Health Volunteers and Telemedicine in Primary Care Units

Ammara Anurapant, M.D., MRCFPT

Social Medicine Department, Hospital in Honor of her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center Rayong, Rayong Province, Thailand

Corresponding author :

Ammara Anurapant, M.D.,
Social Medicine Unit, Rayong
Hospital in Honor of her
Royal Highness Princess
Maha Chakri Sirindhorn, 111
Sukhumvit Rd, Huai Pong,
Mueang Rayong District,
Rayong 21150, Thailand

Email: janmdcu65@hotmail.com

Received: June 30, 2025;

Revised: July 15, 2025;

Accepted: July 25, 2025

ABSTRACT

Background: This research was funded by the Health Systems Research Institute (HSRI). The Participatory Action Research for Primary Health System Development in Rayong Province aimed to develop a case-based care model in which Village Health Volunteers (VHVs) play a key role in patient care.

Design: Participatory action research (PAR)

Methods: The Study was conducted on 12 chronic patients through purposive sampling and individual care for 12 weeks. Evaluation of patients was performed before and after the implementation of the care model. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon Signed Rank Test.

Results: Pre- and post-analysis of the variables for the implementation of the care model showed no statistically significant differences in HbA1c, systolic blood pressure (SBP), or diastolic blood pressure (DBP). However, the post-intervention HbA1c levels showed a relatively high average rank difference, suggesting some improvement.

Conclusions: The development of a chronic disease care model with VHV participation can effectively contribute to individual care. The model can be implemented in other Primary Care Units.

Keywords: Chronic Care Model, Village Health Volunteers, Primary Care Unit

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายกรณี โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมและใช้การแพทย์ทางไกลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

อัมรา อนุรพันธ์, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง จังหวัดระยอง

ผู้รับผิดชอบบทความ:

อัมรา อนุรพันธ์, พ.บ.,
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
สยามบรมราชกุมารี ระยอง
111 ถ.สุขุมวิท ต.ห้วยโป่ง อ.เมือง
จ.ระยอง 21150, ประเทศไทย
Email: janmdcu65@hotmail.
com

Received: June 30, 2025;

Revised: July 15, 2025;

Accepted: July 15, 2025

บทคัดย่อ

ที่มา: งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสร้างเครือข่ายเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ จังหวัดระยอง เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย

แบบวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research)

วัตถุประสงค์และวิธีการ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 12 คน ติดตามการดูแลรายกรณีเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Wilcoxon Signed rank test

ผลการศึกษา จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าตัวแปรก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิตขณะบีบตัว (SBP) และความดันโลหิตขณะคลายตัว (DBP) แต่ค่าแนวโน้มค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการพัฒนา ถือว่ามีอันดับความแตกต่างเฉลี่ยสูง

สรุป การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดย อสม. มีส่วนร่วม ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมรายกรณี สามารถเป็นแบบอย่างในการนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นได้

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อสม. หน่วยบริการปฐมภูมิ

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของทั่วโลก และมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมล้วนทำให้มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น¹ สำหรับประเทศไทย มีนโยบายในการส่งเสริมให้คนไทยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยขับเคลื่อนผ่านกลไกอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขโดยการจัดการสุขภาพ² และบทบาทการทำงานร่วมกับชุมชน³ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องด้วยระบบการดูแลสอดคล้องกับสภาพการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย⁴ ลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ป่วย ภายใต้บริการสุขภาพชุมชน องค์ประกอบจาก Chronic Care Model (CCM) การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำให้การทำงานในระบบสุขภาพเชื่อมโยงกันในแต่ละองค์ประกอบเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น^{5,6} โดยความสัมพันธ์ของปัจจัยการสนับสนุน กับการมีส่วนร่วมของ อสม. และภาคีเครือข่ายในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ควรเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีบทบาทในการวางแผนในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขในการสร้างสุขภาพแก่ประชาชน การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน⁷ โดยการประยุกต์ใช้การแพทย์ทางไกล (tele-medicine) นำเทคโนโลยีด้านการสื่อสารมาประยุกต์ใช้ในการบริการทางการแพทย์ เพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงการรักษาลดระยะเวลาในการรอคอย อีกทั้งเป็นการ

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่สามารถโต้ตอบได้ทันที (real time telemedicine interactive of asynchronous⁸⁻¹⁰ แม้ว่าการแพทย์ทางไกลจะเป็นช่องทางสำหรับการจัดหาบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกัน แต่ในความเป็นจริง ผู้พิการจำนวนมากประสบปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ¹¹

วัตถุประสงค์การวิจัย

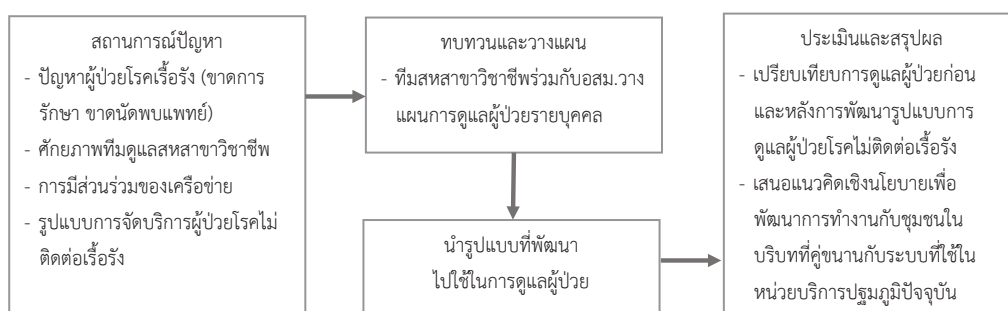
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดย อสม. มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล
2. เพื่อใช้กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมเพื่อสร้างศักยภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพ และ อสม. โดยใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัว
3. เพื่อประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายบุคคล โดยวัดผลจากระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ความดันโลหิตขณะบีบตัว (SBP) และความดันโลหิตขณะคลายตัว (DBP)

วัสดุและวิธีการ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) โดยงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของ”การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยใช้แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำเสือไปย้งองค์การบริหารส่วนจังหวัด” โดยได้ผ่านการพิจารณาและรองรับจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบกหมายเลขจริยธรรมวิจัย IRBRTA 05954/2567 ได้รับการรับรองเมื่อ 14 พฤษภาคม 2567 โดยงานวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีระยะเวลาการดำเนินการทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

กรอบแนวคิดวิจัย



แผนผังที่ 1. กรอบแนวคิดวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน/ติดเตียง ที่อาศัยอยู่ในเขตความรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ขาดนัดมากกว่า 2 ครั้ง/ปี หรือไม่ขาดนัดแต่มาให้ญาติ/อสม. มารับยาแทน ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะปกติ สามารถสื่อสารและเข้าใจได้ จำนวน 12 ราย โดยคิดจากภาระงานที่ปฏิบัติของทีมสหสาขาวิชาชีพที่สามารถร่วมกันดูแลผู้ป่วยได้ครบทุกสาขาวิชาชีพ โดยแบ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและออกติดตามเยี่ยมบ้านในวันที่มีการตรวจผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามนัด สามารถออกเยี่ยมได้ 3 ราย/วัน

2. ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เภสัชกร 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน อสม.ประจำตัวผู้ป่วย 1 คน (อสม. ดูแลผู้ป่วยในอัตรา 1: 4)

วิธีการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา (analysis) ปัญหาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่พบ ได้แก่ ขาดการรักษา ขาดนัดพบแพทย์ การมีส่วนร่วมของเครือข่าย รูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อศึกษาปัญหาเป็นรายบุคคล

ขั้นตอนที่ 2 ทบทวนและวางแผน (design and development) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายกรณี โดย อสม. มีส่วนร่วม โดยใช้กรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวและแนวคิดการดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง⁶ โดยให้ อสม. มีส่วนร่วมในการออกแบบการดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ

ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย (implementation) นำรูปแบบที่ผ่านการประชุมร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพและ อสม. ไปใช้กับผู้ป่วยจริงรายบุคคล โดยมีติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีการให้คำแนะนำทางสุขภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและ อสม. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้วางแผนการรักษาร่วมกัน ทำการรักษาผู้ป่วยตามนัด ด้วยการแพทย์

ทางไกล และลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทุก 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินและสรุปผล (evaluation) เพื่อทราบประสิทธิผลการดำเนินการรายบุคคล โดยจะดูจากระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เพื่อพัฒนาการดูแลให้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งการวิเคราะห์ผล อุปสรรค แนวคิดเชิงนโยบายให้การดูแลที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

ผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 จากการศึกษาสภาพปัญหาพบว่าผู้ป่วยขาดนัดพบแพทย์เนื่องจากความไม่สะดวกในการมารับบริการ เช่น มีปัญหาพิการทางการเคลื่อนไหว ปัญหาพิการทางการมองเห็น ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และผู้ป่วยร้อยละ 90.00 มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ เช่น ไม่มีสมาร์ทโฟน ไม่มีอินเทอร์เน็ต

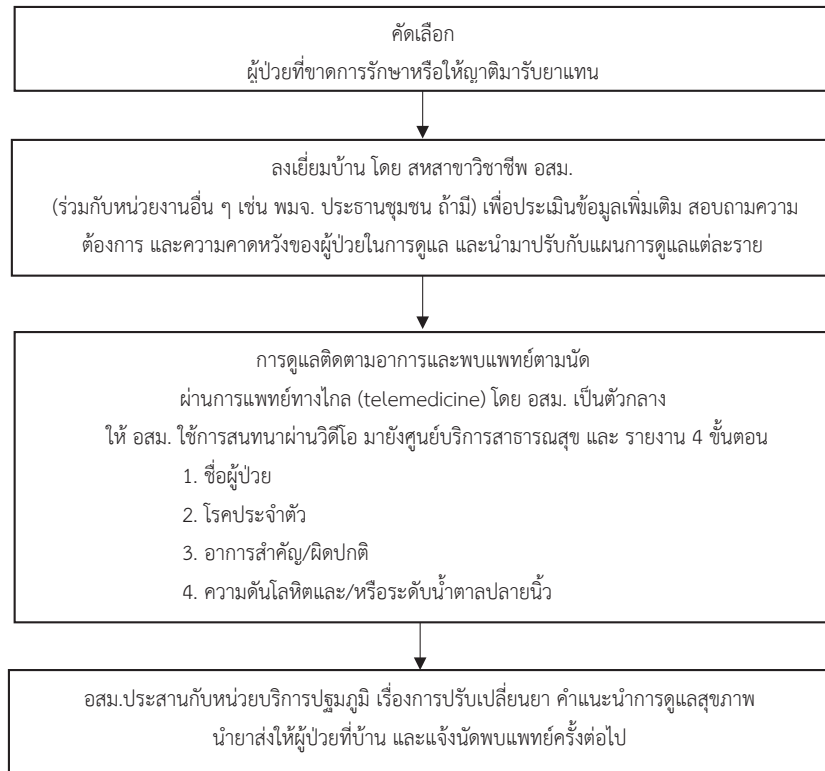
ขั้นตอนที่ 2 ทบทวนและวางแผน เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายกรณี โดยใช้กรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยจะมีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

ตัวอย่างการลงเยี่ยมบ้าน และสอบถามความต้องการ ความคาดหวังรายกรณี (ยกมา 4 กรณีตัวอย่าง)

- กรณีที่ 1 ผู้ป่วยพิการทางการเคลื่อนไหว โรคร่วม ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวานชนิดที่ 2 ไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ตามนัด แต่สามารถใช้สมาร์ทโฟนได้ดี มีอินเทอร์เน็ต ผู้ป่วยเสนอให้ อสม. มาวัดความดันและเจาะระดับน้ำตาลในเลือดในวันที่มีนัดพบแพทย์ช่วงเช้า หลังจากนั้นเวลาประมาณ 10.30-11.00 น. ผู้ป่วยจะสนทนาผ่านวิดีโอกับแพทย์ด้วยตนเอง โดยผู้ป่วยรายงานอาการ ความดันโลหิต ชีพจร และระดับน้ำตาลในเลือดจากผลที่ อสม. ได้วัดให้ช่วงเช้า

- กรณีที่ 2 ผู้ป่วยพิการทางการเคลื่อนไหวจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคร่วม ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวานชนิดที่ 2 โดยตอนเช้า ผู้ป่วยจะนอนอยู่หน้าบ้านคนเดียว เนื่องจากสามีต้องออกไปขายของที่ตลาดตั้งแต่เวลา 04.00-11.00น. ทำให้ช่วงก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยขาดการรักษาหลายเดือน เนื่องจากไม่มีคนพาไปเจาะ



แผนผังที่ 2. ทบทวนและวางแผน (design and development) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายกรณี

เลือดและรับยาได้ ไม่สามารถจัดยาเนื่องจากแขนซ้ายอ่อนแรง ทีมสหสาขาวิชาชีพ เสนอทำปฏิทินจัดยารายเดือนให้แขนซ้ายข้างเดียว โดยจะทำให้ทุก ๆ 1 เดือน ให้สามารถหยิบยารับประทานเองได้ ในวันที่แพทย์นัด อสม. จะเข้าไปสอบถามอาการ วัดความดันโลหิต ชีพจร เจาะระดับน้ำตาลในเลือด ตลอดจนเป็นตัวกลางในการสนทนาผ่านวิดีโอกับแพทย์

- กรณีที่ 3 ผู้ป่วยสูงอายุ ติดบ้าน มีปัญหาทางการเคลื่อนไหว หลังค่อม ปวดหลัง วันที่แพทย์นัดญาติจะต้องพาอ้อมขึ้นรถพ่วงข้างเพื่อมาพบแพทย์ ช่วงหลังผู้ดูแลเริ่มมีอาการปวดหลังจากการยกผู้ป่วย จึงขอเข้ารับการดูแลผ่านแพทย์ทางไกล โดยมี อสม. เป็นตัวกลาง สอบถามอาการ วัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว และรับยาให้

- กรณีที่ 4 ผู้ป่วยพิการทางการมองเห็น ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ผิดนัดพบแพทย์เนื่องจากไม่มีคนพาไปพบแพทย์ และไม่สามารถไปเองได้เนื่องจากตาบอดทั้ง 2 ข้าง จึงขอเข้ารับการดูแลผ่านแพทย์ทางไกล โดยการสนทนาผ่านวิดีโอผ่านโทรศัพท์ของ อสม. โดย อสม. สอบถามอาการ วัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว และรับยาให้

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินและสรุปผล นำผลการดำเนินงานในช่วง 12 สัปดาห์ที่ผ่านมาประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยพบว่าตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์มีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรายกรณีทั้งสิ้น 12 ราย เข้าร่วมตลอดระยะเวลาดำเนินการ 12 ราย (ร้อยละ 100.00) มีความพึงพอใจในการให้บริการรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาแล้ว คิดเป็นคะแนน 5 คะแนน โดยทั้ง 12 ราย สามารถเข้ารับการรักษามตามนัด ร้อยละ 100.00

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 83.33 เป็นผู้หญิง ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ โดยผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง ร้อยละ 66.67 ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวอยู่ที่ 70.41 กก.

Wilcoxon Signed Rank Test ในตารางที่ 2 และตารางที่ 3 พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ความดันโลหิตขณะบีบตัว และความดันโลหิตขณะคลายตัว แต่ค่าแนวโน้มของค่าเฉลี่ยอันดับชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงบางประการ ได้แก่ ผลของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด หลังการพัฒนา ถือว่ามีอันดับความแตกต่างเฉลี่ยสูง แนวโน้ม

ตารางที่ 3. เปรียบเทียบค่าทดสอบทางสถิติการเปลี่ยนแปลงค่ามัธยฐานลำดับ (mean rank) ของข้อมูลตัวชี้วัดทางคลินิก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายกรณี โดย อสม. มีส่วนร่วมและใช้การแพทย์ทางไกลในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้ Wilcoxon Signed Rank test (n=12 คน)

กลุ่ม	จำนวน (n)	Mean rank	Sum of ranks	Z	Asymp. Sig (2-tailed)
HbA1c หลัง-HbA1c ก่อน					
Negative ranks	6	6.75	40.50	-1.327	0.185
Positive ranks	4	3.63	14.50		
Tie	2	-	-		
SBP หลัง-SBP ก่อน					
Negative ranks	5	6.10	30.50	-0.667	0.505
Positive ranks	7	6.79	47.50		
Tie	0	-	-		
DBP หลัง-DBP ก่อน					
Negative ranks	4	6.00	24.00	-0.358	0.720
Positive ranks	6	5.17	31.00		
Tie	2	-	-		

SBP, systolic blood pressure; DBP, diastolic blood pressure; p < 0.05

เห็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยชุมชน อสม. มีส่วนร่วม ทำให้เห็นถึงการเชื่อมโยงทุกระดับ ทั้งสหสาขาวิชาชีพ อสม. โดยมีเป้าหมายเดียวกันคือ ทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ขาดการรักษา ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น โดยผู้วิจัยเล็งเห็นว่าการวิจัยสามารถพัฒนาต่อได้โดยมีจุดที่ต้องปรับเพื่อให้ผลของงานวิจัยมีความชัดเจนมากขึ้น คือ เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ลดความแปรปรวนในกลุ่ม เช่น การฝึกความรู้อบรม อสม. การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม.¹⁵⁻¹⁷ มีการเก็บข้อมูลองค์ความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย อาจเพิ่มกิจกรรมแทรกแซงเข้าไปในการศึกษา เช่น การให้ความรู้รายบุคคลแบบมีแบบแผน แบบบันทึกความร่วมมือในการใช้ยา ควรวางกลยุทธ์ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและด้านความเข้าใจ รวมทั้งพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและการรับประทานยารักษาเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน¹⁸

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้จากงานวิจัย

เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม นำไปสู่ความสัมพันธ์ของนโยบายและระบบสุขภาพต่อการนำการวิจัยมาประยุกต์ใช้¹⁹

1. การดูแลผู้ป่วยตามหลักการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม เสนอแนะว่าควรมีอัตราแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต่อประชากร อยู่ที่ 1 : 5,000 คน เพื่อการดูแลที่ครอบคลุม เช่น ส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค และผู้ป่วยทุกช่วงวัย

2. การแพทย์ทางไกลในบริบทที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและการใช้เทคโนโลยี ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ แม้มีนโยบายจะมีการส่งเสริมการใช้การแพทย์ทางไกลในเชิงนโยบาย แนวทางเสนอแนะ คือการใช้ฐานข้อมูลเดิมจาก 3 หมอ และการจัดทำ Health ID, Provider ID ที่มีอยู่ควรเพิ่มสิทธิในการให้ อสม. (แพทย์คนที่ 1) พยาบาล (แพทย์คนที่ 2) สามารถทำการนัดหมายพบแพทย์แทนผู้ป่วยได้ การส่งเสริมการบูรณาการการแพทย์ทางไกลในระบบบริการปฐมภูมิเพื่อนำไปสู่การให้บริการที่มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบเครือข่าย ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเสมอภาค²⁰

3. การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความยั่งยืนในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาว โดยหลังจากเสร็จสิ้นงานวิจัยนี้ มีผู้ป่วยในงานวิจัย 12 ราย หน่วยบริการปฐมภูมิได้นำแนวทางดังกล่าวไปปรับใช้และเขียนโครงการชุมชนเพื่อดำเนินการต่อเนื่องในชื่อ “โครงการอยู่ไหนก็ใกล้หมอ ด้วยบริการ Telemedicine”

เพื่อให้ อสม. ในชุมชนทุกรายเข้ารับการฝึกอบรมผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของรูปแบบการดำเนินงาน การขยายผล และการเรียนรู้ร่วมกันภายในทีม ทำให้ ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรายกรณี โดย อสม. มีส่วนร่วม ทั้งหมด 33 ราย

สรุป

การดูแลผู้ป่วยตามบริบทของผู้ป่วยรายกรณี โดย อสม. มีส่วนร่วม ทำให้ตอบโจทย์ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และครอบครัว โดยตัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกรูปแบบการรับบริการ สามารถแสดงความต้องการได้อย่างอิสระ และมีแนวโน้มช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ควร มีการติดตามต่อเนื่องในระยะยาว

Highlight

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลโดย อสม. ร่วมกับ telemedicine ช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการติดตามผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน
2. ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแล ส่งผลให้เกิดการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
3. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถประยุกต์ใช้และขยายผลในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่เล็งเห็นถึงความสำคัญในการวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้เกิดการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วย

ขอขอบพระคุณทีมสหสาขาวิชาชีพ ศูนย์บริการสาธารณสุขวัดโสมนัส และ อสม. ในชุมชนที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO]. Non-communicable diseases [Internet]. 2024. [cited 2025 May 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (ออนไลน์). น่าทึ่ง!! คนไทยป่วยเบาหวานพุ่ง 6.5 ล้านคน แนะนำปรับพฤติกรรม กินหลากหลาย เน้นผัก-ผลไม้ น้ำตาลต่ำ. 2567 (เข้าถึงเมื่อ 4 พ.ค. 2569); เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th/?p=375089>
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ.2554 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 23 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก : <https://bkpho.moph.go.th/bungkapho/uploads/media/201801041043054861.pdf>
4. Yokin N, Nawsuwan K. Development of Continuous Patients Care Model for Chronic Patients in Bed 3 and Bed 4, Somdej Phrayuparaj Tha Bo Hospital Network, Thabo District, Nongkhai Province. Bcn-surin. 2023;13:47-60.
5. Sattayasomboon T, Sattayasomboon Y. Hypertension and type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Systematic Review on the Chronic Care Model (CCM) and Self-Management Support (SMS). South Coll Netw J Nurs Public Health. 2020;7:232-43.
6. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract. 1998;1:2-4.
7. Sridawruang C, Worawong C, Chaiwong C, Khammatit A. The collaboration of village health volunteers: Working on health promotion in primary health care units, North part of Isan region. JNHR. 2016;17:133-44.
8. Saelim P, Leelaphaibun J, Sangkaew S. Telemedicine Integration in Primary Care: Unraveling Social Influences on Adoption Intentions. PCFM [Internet]. 2025 Feb. 27 [cited 2025 May 1];8 (1). available from: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/article/view/272548>
9. Thichaiikul C, Kortana T, Saisama C, Pungnirund B. Antecedent factors and images of telemedicine services in Bangkok and its vicinity. J Dev Admin Res. 2024;14:211-22.
10. World Health Organization and International Telecommunication Union. WHO-ITU global standard for accessibility of telehealth services [Internet]. 2022 [cited 2025 May 1]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240050464>
11. เจิมจันทร์ เดชปิ่น. การศึกษาการเข้าถึงสิทธิการได้รับบริการคุณภาพชีวิตและการพัฒนาระบบบริการคนพิการทางการ

- เคลื่อนไหวจังหวัดนครสวรรค์ ปีงบประมาณ 2559. วารสาร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2019;13:12-28.
12. Kosonjit R, Noimuenwai P. Effectiveness of Case Management in Patients With Diabetic Mellitus at Pak Phli Hospital, Nakhon Nayok Province. *Nursing Journal CMU*. 2017;44:26-38.
 13. Anaman P, Promdee A. Effectiveness of case management among patients with diabetes mellitus in Primary Care Cluster at Mukdahan Hospital. *J Health Sci BCNSP*. 2019;3:37-55.
 14. Starfield B. A Basis for Evaluating Primary Care. Primary care: concept, evaluation and policy. London: Oxford University Press; 1992. p. 9-21.
 15. ปรางค์ จักรไชย, อภิชัย คุณิพงษ์, วรเดช ช่างแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 2017;31:16-28.
 16. Rasiri S, Intarakumhang Na Rachasima S, Rasiri T. The role of thai public health volunteers. *journalkorat* [Internet]. 2022 Feb. 2 [cited 2025 Jul. 23]; Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/250391>
 17. Keawsawad P. The motivation Associated with the performance of Village Health Volunteer Acad J Nurse Health Sci. 2022;2:22-33.
 18. Phajan T, Suwannaphant K, Anarat B, Thalakorn N. Factors Associated with Glycemic Control among Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Thabo, Nong Khai, Thailand. *RHPC9J*. 2022;16:285-98.
 19. สัญญา ยีอราน, ศิวไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สู่ความสำเร็จการเปลี่ยนแปลงนโยบายในระบบสุขภาพ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 2561;5:288-300.
 20. วิภาวณีย์ อรรถนพพรชัย, ขวภณ กิจหิรัญกุล. การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น*. 2021;7:258-71.