การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดมหาสารคาม

The Development of a Care Model for Royal Patronage Patients and Royal Support Patients for Sustainable Quality of Life through Network Partner Participation in Maha Sarakham Province.

(Received: October 28,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

สุวิมล พานพิมพ์[1]กาญจนา จันทนุย[2] ธนิยาณัฐ แก้วม่วง[3] ศิรประภา สุวรรณพัฒน์[3],ภัทรวีร์ มิสาโท[4]
Suwimon panpim[1] Kanjana Chanthanui[2] Thaniyanat Kaewmuang[3] Siraprapha Suwanaphat[3] Patravee Misato[4]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และประเมินผลรูปแบบการดูแล จังหวัดมหาสารคามเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ร่วมกับกรอบ Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึงกันยายน 2567 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในระยะวิเคราะห์สถานการณ์และประเมินผลจำนวน 105 คน ประกอบด้วยผู้ป่วย 50 คน และบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง 55 คน โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 10 คน และผู้แทนทีมสหวิชาชีพ 8 คน ร่วมพัฒนารูปแบบ คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินการดูแลแบบองค์รวม และแบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา : จากการพัฒนาทำให้ได้รูปแบบ CARE Model ประกอบด้วย C – การจัดการรายกรณีและประสานระบบ A – การประเมินแบบองค์รวมและการเข้าถึงบริการ R – การส่งต่อและระดมทรัพยากรจากภาคีเครือข่าย และ E – การติดตามประเมินผลและเสริมพลัง ประเมินผล พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 3.13 (SD = 1.02) เป็น 3.76 (SD = 1.12) เพิ่มขึ้น 0.63 คะแนน การได้รับการดูแลแบบองค์รวม อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.64, SD = 1.00) โดยด้านสิทธิและการเข้าถึงบริการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 3.80, SD = 0.94) และด้านการแพทย์มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 3.42, SD = 0.98) ส่วนการประเมินคุณลักษณะรูปแบบบริการอยู่ในระดับมาก (Mean =3.83, SD = 0.94) โดยด้านการประสานงานการเข้าถึงบริการและความเสมอภาค

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแล,พระบรมราชานุเคราะห์,พระราชานุเคราะห์,ภาคีเครือข่าย

ABSTRACT

This study aimed to examine the current situation and challenges, develop a care model for patients under Royal Patronage through the participation of a network of stakeholders, and evaluate this care model in Maha Sarakham Province. This study employs an action research approach, based on the framework of Kemmis and McTaggart, integrated with the World Health Organization's "Six Building Blocks" for health systems. The study was conducted between January 2023 and September 2024. The group of informants for the situation analysis and evaluation phases consisted of 105 individuals, including 50 patients and 55 healthcare personnel and relevant stakeholders. A development team—comprising 10 experts and 8 representatives from a multidisciplinary team—collaborated to design the model. Participants were selected using purposive sampling. Data collection instruments included questionnaires, interview guides, a holistic

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
[3] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
[4] นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลมหาสารคาม

care assessment tool, and a quality-of-life assessment tool. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Results : The development process resulted in the "CARE Model," which consists of: C – Case management and system coordination; A – Holistic assessment and access to services; R – Referral and resource mobilization from network partners; and E – Evaluation and empowerment. The evaluation revealed that the patients' mean quality-of-life score increased by 0.63 points, rising from 3.13 (SD = 1.02) to 3.76 (SD = 1.12). Holistic care provision was rated at a high level (Mean = 3.64, SD = 1.00), with the domain of "rights and access to services" receiving the highest mean score (Mean = 3.80, SD = 0.94), and the "medical" domain receiving the lowest (Mean = 3.42, SD = 0.98). Furthermore, the assessment of the service model's characteristics yielded a high rating (Mean = 3.83, SD = 0.94), with key strengths identified in the coordination of service access and equity.

Keywords: Care model, Royal patronage/support, Partner networks

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์เป็นภารกิจสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการช่วยเหลือด้านสังคมอย่างเหมาะสมกับความต้องการเฉพาะราย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งมีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และอาจมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ การเดินทาง ผู้ดูแล และการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการที่บูรณาการการดูแลสุขภาพและสังคมอย่างครอบคลุม องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความสำคัญกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social Determinants of Health) ซึ่งส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและการเข้าถึงบริการ [1] ขณะที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม พ.ศ. 2559 ครอบคลุม 5 ขั้นตอน ได้แก่ การคัดกรองและลงทะเบียน การส่งต่อ การรักษาและนัดติดตาม การส่งกลับบ้าน และการติดตามช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการประสานงานระหว่างหน่วยงานระดับจังหวัด อำเภอ และภาคีเครือข่าย [2]

จังหวัดมหาสารคาม จากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ พ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยรวม 37,38 ,48 ราย (ยอดสะสม) เป็นเพศชาย 22 ราย (ร้อยละ 45.83) และเพศหญิง 26 ราย (ร้อยละ 54.17) ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพหลากหลาย ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคระบบประสาท โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ และโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลหลายระดับ ทั้งภายในและนอกจังหวัด เช่น โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลศิริราช [3] ลักษณะดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาระบบประสานการดูแล การส่งต่อข้อมูล การสนับสนุนทรัพยากร และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ หน่วยงานด้านสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และครอบครัว เพื่อป้องกันความล่าช้า ความซ้ำซ้อน และการขาดความต่อเนื่องของบริการ

องค์การอนามัยโลกเสนอกรอบแนวคิดการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks of Health Systems) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ระบบบริการสุขภาพ (Service Delivery) 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) 3) ระบบสารสนเทศสุขภาพ (Health Information Systems) 4) ยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Products, Vaccines and Technologies) 5) การเงินการคลังด้านสุขภาพ (Health Financing) และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญใน

การพัฒนาระบบสุขภาพให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม[4] เมื่อนำมาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ จังหวัดมหาสารคาม จึงควรศึกษาช่องว่างของระบบบริการทั้งด้านการจัดระบบดูแลและส่งต่อ การกำหนดบทบาทบุคลากร การเชื่อมโยงข้อมูล การสนับสนุนยาและเทคโนโลยี การบริหารทรัพยากรและสิทธิประโยชน์ ตลอดจนกลไกกำกับติดตาม เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการที่เชื่อมโยงหน่วยงานและภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังให้ความสำคัญกับระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated People-Centred Health Services) โดยเน้นการประสานบริการและการมีส่วนร่วมของชุมชน[5] สอดคล้องกับการศึกษา โดยเน้นการประสานบริการและการมีส่วนร่วมของชุมชน[5] สอดคล้องกับการศึกษาของ นิ่มนวล โยคิน และกิตติพร เนาว์สุวรรณที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยรูปแบบประกอบด้วยการพัฒนาศักยภาพทีมดูแลการติดตามเยี่ยม การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่าย การเสริมพลังผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม พบว่าภายหลังใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการรับรู้ภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) $p < 0.001$)[6] ผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนความสำคัญของการจัดระบบดูแลแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ จังหวัดมหาสารคาม จำเป็นต้องคำนึงถึงบริบทของพื้นที่ โดยเฉพาะการบริหารจัดการเครือข่ายระดับจังหวัด การจัดการรายกรณี การเชื่อมโยงข้อมูล และการระดมทรัพยากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัดมหาสารคาม” โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน พัฒนาระบบ ทดลองใช้ และประเมินผล เพื่อนำไปสู่การพัฒนา เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการและการดูแลผู้ป่วยให้มีมาตรฐาน เชื่อมโยงบริการทุกระดับ ลดความซ้ำซ้อน เพิ่มความต่อเนื่องและความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์
โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ เพื่อคุณภาพชีวิต
ที่ยั่งยืนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ เพื่อคุณภาพ
ชีวิตที่ยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

รูปแบบวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart [7] ร่วมกับกรอบแนวคิดการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ 6 องค์ประกอบ (Six Building Blocks of Health Systems) ขององค์การอนามัยโลก[4] และแนวคิด

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย[5] เป็นกรอบในการวิเคราะห์และพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ โดยเชื่อมโยงการบริหารจัดการและการดูแลตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ หน่วยบริการสุขภาพ โรงพยาบาลที่รับการรักษาทั้งภายในและนอกจังหวัด จนถึงการติดตามดูแลต่อเนื่องในครอบครัวและชุมชน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการวิจัยและวิเคราะห์สถานการณ์ โดยศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงวิเคราะห์ระบบบริการตามกรอบ Six Building Blocks 2) ระยะพัฒนารูปแบบ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในการวางแผน ออกแบบ ทดลองใช้ และปรับปรุงรูปแบบการดูแล ภายใต้แนวคิด CARE Model และ 3) ระยะประเมินผลรูปแบบ โดยประเมินผลการดำเนินงานของระบบบริการ การได้รับการดูแลของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

พื้นที่วิจัย ดำเนินการในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ครอบคลุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลในเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ได้แก่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เหล่ากาชาดจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเชื่อมโยงการประสานการรักษากับสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยทั้งภายในและนอกจังหวัด

ผู้มีส่วนร่วมวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ ได้แก่ บุคลากรและผู้เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการและดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 55 คน ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 10 คน และผู้แทนทีมสหวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 8 คน มีบทบาทในการวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผนออกแบบรูปแบบการดูแล ประสานการดำเนินงานทดลองใช้ และร่วมสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงรูปแบบ คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่มีประสบการณ์และมีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการหรือดูแลผู้ป่วยโดยตรง เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) เป็นบุคลากรสาธารณสุข ผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้แทนภาคีเครือข่ายที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ การประสานงาน หรือการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ โดยมีประสบการณ์หรือมีส่วนร่วมในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง สามารถให้ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และเสนอแนวทางพัฒนาระบบบริการได้ รวมทั้งสามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและให้ความยินยอมภายหลังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างครบถ้วน เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ผู้ที่ไม่มีบทบาทหรือประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ การประสานงาน หรือการดูแลผู้ป่วยตามขอบเขตการศึกษา ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหลักที่จำเป็นต่อกระบวนการวิจัยตามบทบาทที่กำหนด หรือไม่ประสงค์ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ได้แก่ ผู้ป่วยที่อยู่ในระบบการดูแลของจังหวัดมหาสารคาม สะสมถึงปี2567 ในช่วงเวลาศึกษา จำนวน 50 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อศึกษาปัญหาความต้องการ การเข้าถึงบริการ และประเมินผลการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) เป็นผู้ป่วยที่มีหลักฐานยืนยันสถานะการได้รับพระบรมราชานุเคราะห์หรือพระราชานุเคราะห์ และอยู่ในระบบการดูแลของจังหวัดมหาสารคามในช่วงเวลาที่ศึกษา สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับบริการและคุณภาพชีวิตด้วย

ตนเอง หรือมีผู้ดูแลให้ข้อมูลในส่วนที่เหมาะสม กรณีไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองต้องได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมตามหลักจริยธรรมการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมต้องสมัครใจ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตหรือสุขภาพไม่คงที่จนไม่สามารถเก็บข้อมูลได้อย่างปลอดภัย ไม่สามารถให้ข้อมูลที่จำเป็นและไม่มีแหล่งข้อมูลทดแทนที่เหมาะสม หรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมมีสิทธิถอนตัวได้ทุกเวลาโดยไม่กระทบต่อสิทธิการรักษาและการได้รับความช่วยเหลือ และผู้วิจัยต้องรักษาความลับของข้อมูลตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัยและวิเคราะห์สถานการณ์ (มกราคม 2566-กุมภาพันธ์ 2566) เป็นการศึกษาบริบทและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ จังหวัดมหาสารคาม เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนข้อจำกัดของระบบบริการและการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่าย โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks of Health Systems ขององค์การอนามัยโลก เป็นกรอบในการวิเคราะห์ระบบสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศสุขภาพ ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ การเงินการคลังด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ดำเนินการการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามกับผู้มีส่วนร่วมวิจัยจำนวน 105 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 50 คน และบุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องจำนวน 55 คน เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการได้รับบริการ การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ การดูแลต่อเนื่อง การประสานงานของภาคีเครือข่าย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ร่วมกับ**การเก็บข้อมูล**เชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการทบทวนเอกสาร ได้แก่ ทะเบียนผู้ป่วย พ.ศ. 2564–2565 บันทึกการรักษาพยาบาล ข้อมูลการส่งต่อและติดตามผู้ป่วย และรายงานผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบบริการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินการได้รับการดูแลแบบองค์รวม 4 มิติ ได้แก่ ด้านการแพทย์ ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคมและครอบครัว และด้านสิทธิและการเข้าถึงบริการ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบบสัมภาษณ์และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกการทบทวนเอกสาร โดยเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นต้องผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ตามความเหมาะสมก่อนนำไปใช้ **วิเคราะห์ข้อมูล** ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากนั้นสังเคราะห์ประเด็นปัญหา ความต้องการ และช่องว่างของระบบบริการตามกรอบ Six Building Blocks เพื่อนำผลการวิเคราะห์ไปกำหนดแนวทางพัฒนาในระยะที่ 2 ของการวิจัย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 2 วงรอบ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ครอบครัว และภาคีเครือข่าย เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม มีความต่อเนื่อง และเหมาะสมกับบริบทของจังหวัดมหาสารคาม โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 การทบทวนและสังเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 ผู้วิจัยนำผลการศึกษาสถานการณ์จากแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการทบทวนเอกสารมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพ โดยใช้

กรอบแนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก เพื่อระบุช่องว่างด้านระบบบริการ บุคลากร ระบบข้อมูล ทรัพยากร การเงินการคลัง และการบริหารจัดการ รวมทั้งนำข้อเสนอแนะของบุคลากรและภาคีเครือข่ายมากำหนดประเด็นสำคัญและแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแล

2.2 การจัดตั้งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและภาคีเครือข่าย ผู้วิจัยประสานผู้เชี่ยวชาญจำนวน 10 คน และ
ผู้แทนทีมสหวิชาชีพที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจำนวน 8 คน ประกอบด้วยผู้มีความรู้ด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพ การรักษาพยาบาล การจัดการรายกรณี การประสานส่งต่อ และการช่วยเหลือด้านสังคม โดยคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในงานที่เกี่ยวข้องไม่น้อยกว่า 3 ปี ร่วมประชุมระดมความคิดเห็นและสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อพิจารณาปัญหา กำหนดองค์ประกอบของรูปแบบและเสนอแนวทางพัฒนาระบบดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ จิตใจ สังคม และการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมและการบูรณาการทรัพยากรของภาคีเครือข่าย

2.3 การพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการดูแล ดำเนินการตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ดังนี้ **วงรอบที่ 1** นำผลการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 ตามกรอบแนวคิด Six Building Blocks และข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและภาคีเครือข่าย มาร่วมกำหนดปัญหา เป้าหมาย และแนวทางพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ โดยมุ่งเน้นการจัดระบบประสานงาน การประเมินปัญหาแบบองค์รวม การส่งต่อ การสนับสนุนทรัพยากร และการติดตามดูแลต่อเนื่อง จากนั้นดำเนินการนำแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย พร้อมสังเกตผลจากกระบวนการดูแล การประสานงาน การเข้าถึงบริการ และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง จัดประชุมสะท้อนผลเพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัด และช่องว่างของระบบบริการที่ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และนำข้อค้นพบไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบในวงรอบที่ 2 **วงรอบที่ 2 การพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการดูแล** ได้นำผลการสะท้อนจากวงรอบที่ 1 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย เพื่อปรับปรุงแนวทางการดูแลและพัฒนาเป็น CARE Model ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ C – Case Management & Coordination การจัดการรายกรณีและการประสานระบบ A – Assessment & Accessibility การประเมินปัญหาแบบองค์รวมและส่งเสริมการเข้าถึงบริการ R – Referral, Resources & Relationship การส่งต่อ การระดมทรัพยากร และการสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย และ E – Evaluation & Empowerment การติดตามประเมินผลและเสริมพลังผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน จากนั้นนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ โดยเชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและภาคีเครือข่าย พร้อมติดตามสังเกตผล ด้านความครอบคลุมของการดูแล ความต่อเนื่อง การเข้าถึงบริการ และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ก่อนจัดประชุมสะท้อนผล ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และปัญหาอุปสรรคจากการนำรูปแบบไปใช้ แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงจนได้ รูปแบบ CARE Model ฉบับสมบูรณ์ที่เหมาะสมกับบริบทจังหวัดมหาสารคาม สำหรับนำไปประเมินผลในระยะที่ 3 ของการวิจัย **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม สำหรับผู้เชี่ยวชาญและทีมสหวิชาชีพ เพื่อรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาความต้องการและแนวทางพัฒนาการดูแล แบบบันทึกการประชุมและการสะท้อนผล เพื่อบันทึกผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในแต่ละวงรอบ แบบบันทึกการติดตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย และแบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการดูแล **การวิเคราะห์**

ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากการสนทนากลุ่ม การประชุมผู้เชี่ยวชาญ การติดตามกระบวนการดูแล และการสะท้อนผลตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยจำแนกและสังเคราะห์พร้อมเปรียบเทียบข้อค้นพบจากการดำเนินงานทั้ง 2 วงรอบ เพื่อนำผลการวิเคราะห์จากวงรอบที่ 1 มาพัฒนาเป็น CARE Model ในวงรอบที่ 2 และนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและภาคีเครือข่ายมาปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสม เป็นไปได้ในการปฏิบัติ และสอดคล้องกับบริบทของจังหวัดมหาสารคาม และใช้สถิติเชิงพรรณนา

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ เพื่อศึกษาผลลัพธ์ด้านการจัดระบบบริการ การประสานงานของภาคีเครือข่าย การได้รับการดูแลแบบองค์รวม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 105 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ จำนวน 50 คน และบุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 55 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยคู่มือและแนวปฏิบัติตามรูปแบบ CARE Model แบบประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมการจัดการรายกรณี การเข้าถึงบริการ การประสานส่งต่อ และการติดตามดูแลต่อเนื่อง แบบประเมินการได้รับการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบองค์รวม 4 มิติ ได้แก่ ด้านการแพทย์ ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคมและครอบครัว และด้านสิทธิและการเข้าถึงบริการ รวมถึงแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการประเมินผลภายหลังการใช้รูปแบบ CARE Model จากผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แบบสอบถามแบบประเมิน และการทบทวนข้อมูลผลการดำเนินงาน พร้อมตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์และเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนการพัฒนารูปแบบในตัวชี้วัดที่สามารถเปรียบเทียบกันได้ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เพื่อประเมินผลการดูแลแบบองค์รวม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความคิดเห็นของบุคลากรต่อรูปแบบการดูแล โดยกำหนดเกณฑ์การยอมรับด้านความเหมาะสมและความพึงพอใจที่มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานไม่เกิน 1.00 ตามเกณฑ์ที่กำหนดในการศึกษา ส่วนข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสังเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และแนวทางพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง และยั่งยืน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยนำแบบสอบถาม แบบประเมินการดูแลแบบองค์รวม 4 มิติ แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแนวคำถามการสัมภาษณ์ เสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ด้วยค่า IOC และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำเครื่องมือเชิงปริมาณไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่า Cronbach's Alpha โดยใช้เกณฑ์ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป สำหรับเครื่องมือในระยะพัฒนารูปแบบและประเมินผล CARE Model ตรวจสอบความเหมาะสม ความครอบคลุม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพตรวจสอบความน่าเชื่อถือโดยการเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง (Data Triangulation) เพื่อให้ผลการศึกษามีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลยางสีสุราช สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ EC 3/2566 ลงวันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ จังหวัดมหาสารคาม จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ระหว่างเดือนมกราคม–กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้มีส่วนร่วมวิจัยร่วมกับการทบทวนทะเบียนผู้ป่วย เอกสารการรักษา และข้อมูลการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพหลากหลายและมีความต้องการดูแลต่อเนื่อง ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ การเดินทาง และการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ โดยต้องประสานการรักษากับสถานพยาบาลหลายระดับทั้งภายในและนอกจังหวัด ส่งผลให้การดูแลจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ครอบครัว และภาคีเครือข่าย ผลการศึกษาจากมุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล พบปัญหาสำคัญได้แก่ ความล่าช้าในการรับบริการ การสื่อสารข้อมูลการรักษาและสิทธิประโยชน์ที่ไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วน ความไม่สะดวกในการเข้าถึงบริการ และข้อจำกัดด้านการเดินทาง ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการให้มีผู้ประสานการดูแลที่ชัดเจน ลดขั้นตอนและระยะเวลารอคอย ตลอดจนเพิ่มการสนับสนุนด้านข้อมูล สิทธิประโยชน์ และความช่วยเหลือทางสังคม ขณะที่ผลการศึกษาจากบุคลากรพบปัญหาการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ความไม่เพียงพอของบุคลากร ยา อุปกรณ์และทรัพยากรสนับสนุน รวมทั้งความต้องการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการซับซ้อน การจัดการทรัพยากร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

เมื่อสังเคราะห์ข้อค้นพบตามกรอบแนวคิด Six Building Blocks of Health Systems พบประเด็นที่ต้องพัฒนาใน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านระบบบริการสุขภาพ พบความล่าช้าในการให้บริการและข้อจำกัดในการประสานการรักษาและติดตามดูแลระหว่างหน่วยบริการ 2) ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ พบข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรและความจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน 3) ด้านระบบสารสนเทศสุขภาพ พบความจำเป็นในการพัฒนาระบบข้อมูลและการสื่อสารระหว่างหน่วยงานให้เชื่อมโยงและเป็นปัจจุบัน 4) ด้านยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ พบข้อจำกัดด้านความเพียงพอของยา อุปกรณ์ และเครื่องมือที่จำเป็นต่อการดูแล 5) ด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพ พบความต้องการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สิทธิประโยชน์ และการระดมทรัพยากรช่วยเหลือผู้ป่วย และ 6) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล พบความจำเป็นในการพัฒนากลไกบริหารจัดการร่วม การกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบ และการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่ายให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น โดยสรุป ผลการวิเคราะห์สถานการณ์สะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ จังหวัดมหาสารคาม มีความเชื่อมโยงกันทั้งด้านระบบบริการ บุคลากร ข้อมูล ทรัพยากร การสนับสนุนทางการเงิน และกลไกบริหารจัดการ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบดูแลแบบบูรณาการที่เน้นการจัดการรายกรณี การประเมินความต้องการแบบองค์รวม การประสานส่งต่อและระดมทรัพยากร ตลอดจนการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นกลไกสำคัญ ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวนำไปสู่การกำหนดแนวทางพัฒนาระบบการดูแลในระยะที่ 2 ของการวิจัย

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดมหาสารคาม รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ภายใต้แนวคิด CARE Model ซึ่งเชื่อมโยงกันอย่าง

เป็นระบบตั้งแต่การจัดการรายกรณี การประเมินปัญหาและความต้องการ การประสานส่งต่อและระดมทรัพยากร ตลอดจนการติดตามประเมินผลและเสริมพลังผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ครอบคลุม และตอบสนองต่อบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

2.1 C – Case Management & Coordination การจัดการรายกรณีและการประสานระบบ เป็นกลไกสำคัญในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเป็นระบบ โดยมีคณะกรรมการหรือทีมผู้รับผิดชอบทำหน้าที่รับและคัดกรองข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย กำหนดผู้ประสานหลัก วางแผนการดูแลและการช่วยเหลือร่วมกัน ตลอดจนเชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างหน่วยบริการ ทีมสหวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน

2.2 A – Assessment & Accessibility: การประเมินแบบองค์รวมและการเข้าถึงบริการ มุ่งประเมินปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุม โดยประเมินใน 4 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านครอบครัวและสังคม และด้านสิทธิและการเข้าถึงบริการ ผลการประเมินนำไปใช้ในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลให้เหมาะสมกับปัญหาและบริบทของผู้ป่วย รวมถึงการค้นหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการและสิทธิที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างเหมาะสม ทั่วถึง และเป็นธรรม

2.3 R – Referral, Resources & Relationship: การส่งต่อ การระดมทรัพยากร และการสร้างเครือข่ายสัมพันธ์ เป็นการเชื่อมโยงระบบบริการและภาคีเครือข่ายให้สามารถร่วมกันตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยครอบคลุมการประสานการรักษาและการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ การเชื่อมโยงสิทธิการรักษา การสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายและการเดินทาง ตลอดจนการระดมทรัพยากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายต่างๆ ควบคู่กับการสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และเครือข่าย เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง

2.4 E – Evaluation & Empowerment: การติดตามประเมินผลและการเสริมพลัง เป็นกระบวนการติดตามผลการรักษา ผลการช่วยเหลือและการเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีการทบทวนผลการดำเนินงานรายกรณี วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค และนำข้อมูลที่ได้มาปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ขณะเดียวกันส่งเสริมให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ และศักยภาพในการดูแลตนเอง มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการวางแผนดูแล เพื่อให้สามารถจัดการปัญหาสุขภาพและดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่ององค์ประกอบทั้ง 4 ด้านของ CARE Model มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันโดยเริ่มจากการจัดการรายกรณีและประสานระบบ การประเมินแบบองค์รวมและส่งเสริมการเข้าถึงบริการ การประสานส่งต่อและระดมทรัพยากรจากภาคีเครือข่าย และการติดตามประเมินผลพร้อมเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว จากนั้นนำผลการประเมินกลับมาใช้ในการปรับแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมต่อเนื่อง ตามรายละเอียด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดมหาสารคาม

จากภาพ สรุปรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นนวัตกรรมการจัดระบบดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ จังหวัดมหาสารคาม โดยประยุกต์กรอบแนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก ผ่านกลไกการจัดการรายกรณี (C) การประเมินแบบองค์รวมและส่งเสริมการเข้าถึงบริการ (A) การประสานส่งต่อและระดมทรัพยากรจากภาคีเครือข่าย (R) และการติดตามประเมินผลและเสริมพลัง (E) โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ภาคีเครือข่าย ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพ จิตใจ สังคมและครอบครัว และสิทธิและการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่อง เสมอภาค และเหมาะสมกับความต้องการเฉพาะราย มุ่งสู่การยกระดับคุณภาพบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

3. ผลการประเมินการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ จังหวัดมหาสารคาม ผลการประเมินการใช้รูปแบบ CARE Model ที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดมหาสารคาม จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 105 คน ประกอบด้วยผู้ป่วย 50 คน และบุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้อง 55 คน ประเมินผลได้ดังนี้

3.1 ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล ผลการประเมินก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนาเท่ากับ 3.13 คะแนน (SD = 1.02) อยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังการใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.76 คะแนน (SD = 1.12) อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.63 คะแนน สะท้อน

แนวโน้มผลการประเมินที่ดีขึ้นภายหลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

3.2 ผลการประเมินการได้รับการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบองค์รวม 4 มิติ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก) Mean = 3.64, SD = 1.00) โดยด้านสิทธิและการเข้าถึงบริการมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด) Mean = 3.80, SD = 0.94) รองลงมาคือด้านสังคมและครอบครัว) Mean = 3.68, SD = 0.95) ด้านจิตใจและอารมณ์) Mean = 3.65, SD = 1.09) และ ด้านการแพทย์) Mean = 3.42, SD = 0.98) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ ผลการศึกษาสะท้อนว่ารูปแบบ CARE Model สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยเฉพาะด้านสิทธิ การเข้าถึงบริการ และการช่วยเหลือทางสังคม อย่างไรก็ตาม ด้านการแพทย์ยังมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น จึงควรพัฒนาการประสานบริการรักษาพยาบาล การเข้าถึงบริการเฉพาะทาง และการติดตามดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และเหมาะสมกับความต้องการเฉพาะรายมากยิ่งขึ้น

3.3 ผลการประเมินองค์ประกอบการจัดบริการและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผลการประเมินภายหลังใช้รูปแบบ CARE Model) พบว่า ผลการประเมินรูปบบบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.83, SD = 0.94) โดยด้านการประสานงาน การเข้าถึงบริการ และความเสมอภาคมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากันที่ 3.95 รองลงมาคือการดูแลต่อเนื่อง (Mean = 3.91) และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Mean = 3.76) ส่วนการดูแลแบบองค์รวมมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 3.58) ขณะที่การมีส่วนร่วมของชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย 3.86 (SD = 1.11) และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการสนับสนุนการดำรงชีวิตมีค่าเฉลี่ย 3.84 (SD = 1.13) ผลการศึกษาสะท้อนจุดเด่นด้านการประสานงาน การเข้าถึงบริการ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก โดยเฉพาะด้านระบบบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล อย่างไรก็ตาม ควรพัฒนาความครอบคลุมของการดูแล การเชื่อมโยงภาคีเครือข่าย และระบบติดตามผลลัพธ์รายกรณีอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

3.4 ผลการประเมินเชิงระบบตามกรอบแนวคิด Six Building Blocks of Health Systems

เมื่อนำผลการประเมินมาสังเคราะห์ตามกรอบแนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก พบว่ารูปแบบ CARE Model มีความเชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านระบบบริการสุขภาพ (Service Delivery) ผลการประเมินสะท้อนแนวโน้มการได้รับบริการที่ดีขึ้น โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงบริการและการประสานการดูแล 2) ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) รูปแบบกำหนดบทบาทการจัดการรายกรณีและส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย 3) ด้านระบบสารสนเทศสุขภาพ (Health Information Systems) มีการนำข้อมูลผู้ป่วยและผลการติดตามมาใช้ประกอบการประสานงานและวางแผนดูแลรายบุคคล 4) ด้านยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Products, Vaccines and Technologies) รูปแบบให้ความสำคัญกับการประสานการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลและทรัพยากรทางการแพทย์ที่จำเป็น 5) ด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพ (Health Financing) มีการเชื่อมโยงการช่วยเหลือด้านสิทธิประโยชน์ ค่าใช้จ่าย และการเดินทางผ่านหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ 6) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance) รูปแบบใช้กลไกการประสานงานระดับจังหวัดและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการวางแผนติดตาม และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยรายกรณี

ผลการสังเคราะห์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า CARE Model เป็นแนวทางการจัดบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงการดูแลรายบุคคลกับการบริหารจัดการ

ระบบสุขภาพระดับจังหวัด โดยใช้การจัดการรายกรณี การประเมินแบบองค์รวม การประสานทรัพยากร และการติดตามประเมินผลเป็นกลไกสำคัญในการบูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม การประเมินครั้งนี้ยังไม่มีข้อมูลตัวชี้วัดเชิงปริมาณแยกครบทั้ง 6 องค์ประกอบ จึงเป็นการสังเคราะห์ความเชื่อมโยงเชิงระบบจากผลการดำเนินงาน มากกว่าการยืนยันประสิทธิผลรายองค์ประกอบของ Six Building Blocks

3.5 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ก่อนหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า หลังใช้โปรแกรมผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.12 ก่อนใช้โปรแกรมผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.02 ค่าเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ+0.63 คะแนน หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 18.57%แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มของผลการประเมินหลังการใช้รูปแบบดีขึ้นผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อนใช้รูปแบบ

สรุปผลการประเมินระยะที่ 3 พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ CARE Model ผลการประเมินโดยรวมมีแนวโน้มดีขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการดูแลแบบองค์รวมในระดับมาก โดยเฉพาะด้านสิทธิและการเข้าถึงบริการ รวมทั้งมีผลการประเมินด้านการประสานงาน ความต่อเนื่อง และความเสมอภาคอยู่ในระดับมาก รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงมีศักยภาพในการสนับสนุนการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการและการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด โดยควรพัฒนาระบบติดตามผลลัพธ์ระยะยาวเพื่อประเมินความต่อเนื่องของบริการและความยั่งยืนด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาระบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยมีข้อจำกัดหลายด้าน ได้แก่ ความล่าช้าในการให้บริการ การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ยังขาดความต่อเนื่อง ข้อจำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากร ระบบข้อมูลที่ยังต้องพัฒนา ตลอดจนปัญหาการเข้าถึงบริการและสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย สะท้อนว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการโดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลกในการวิเคราะห์ปัญหาทั้ง 6 ด้าน เพื่อกำหนดแนวทางพัฒนาที่เชื่อมโยงการจัดบริการ กำลังคน ระบบข้อมูล ทรัพยากร การเงินการคลัง และกลไกบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และคณะ ที่ประยุกต์ใช้ Six Building Blocks วิเคราะห์และพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์ จนเกิดรูปแบบ Buriram Elderly Seamless Care Model โดยพบว่าความร่วมมือของเครือข่ายท้องถิ่นและระบบกำกับติดตามเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการ[8] รวมทั้งการศึกษาของ ฐิตารีย์ ธนสิริกาญจน์ และคณะ ที่พบว่าการพัฒนาระบบประสานงานและเชื่อมโยงข้อมูลผ่านโปรแกรม Thai COC ช่วยเพิ่มความทันเวลาในการส่งต่อข้อมูลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน[9] แสดงให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการและกลไกการประสานงานร่วมกัน มากกว่าการปรับปรุงบริการเฉพาะหน่วยงาน สำหรับการพัฒนารูปแบบ CARE Model โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผลการพัฒนารูปแบบด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ทำให้เกิด CARE Model ในวงรอบที่ 2 ประกอบด้วยการจัดการรายกรณีและการประสานระบบ (C) การประเมินแบบองค์รวมและส่งเสริมการเข้าถึงบริการ (A) การประสานส่ง

ต่อและระดมทรัพยากรจากภาคีเครือข่าย (R) และการติดตามประเมินผลและเสริมพลัง (E) โดยมีจุดเด่นในการเชื่อมโยงการดูแลรายบุคคลกับกลไกบริหารจัดการระดับจังหวัด รวมทั้งบูรณาการทรัพยากรจากหน่วยบริการสุขภาพ หน่วยงานด้านสังคม ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิตารีย์และคณะ ที่พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ โดยอาศัยการวางแผนร่วมกัน การทดลองปฏิบัติ และการสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงระบบบริการ [9] และการศึกษาของ มณฑิชาและคณะ ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบบริการระดับจังหวัดโดยเชื่อมโยงหน่วยบริการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถสนับสนุนการจัดบริการตามความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่มได้ [8] นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Albertson และคณะ (2022) ซึ่งพบว่าการประเมินความต้องการของผู้ป่วย การติดต่อดูแลโดยตรง และการกำหนดกระบวนการประสานบริการที่เป็นมาตรฐาน เป็นองค์ประกอบสำคัญที่พบในระบบประสานบริการสุขภาพและบริการทางสังคม[10] สนับสนุนแนวทาง CARE Model ที่เน้นการจัดการรายกรณีและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนาความต่อเนื่องของการดูแล

ในด้านผลการประเมินการใช้รูปแบบ CARE Model ต่อระบบบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยภายหลังใช้รูปแบบเพิ่มขึ้น สะท้อนแนวโน้มผลการประเมินที่ดีขึ้นภายหลังการพัฒนารูปแบบ ขณะที่ผลการประเมินการได้รับการดูแลแบบองค์รวม 4 มิติอยู่ในระดับมาก โดยด้านสิทธิและการเข้าถึงบริการมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือด้านสังคมและครอบครัว และด้านจิตใจและอารมณ์ ผลดังกล่าวสะท้อนความสำคัญของการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพและปัจจัยทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์รดา สิริจิตต์ธงชัย และธณกร ปัญญาใสโสภณ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01[11] สนับสนุนความสำคัญของการดูแลแบบองค์รวมและการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยในการจัดการตนเอง นอกจากนี้ ผลการประเมินคุณลักษณะระบบบริการภายหลังใช้ CARE Model พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านการประสานงาน การเข้าถึงบริการ และความเสมอภาคมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากัน รองลงมาคือการดูแลต่อเนื่องสะท้อนจุดเด่นด้านการเชื่อมโยงบริการและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Albertson และคณะ ที่ให้ความสำคัญกับการประสานบริการระหว่างระบบสุขภาพและระบบสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วย[10] เมื่อพิจารณาตามกรอบ Six Building Blocks พบว่า CARE Model มีความเชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบบริการทั้งด้านการจัดบริการ กำลังคน ระบบข้อมูล ด้านการแพทย์ การสนับสนุนทรัพยากร การเงินการคลัง และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล โดยเฉพาะการใช้กลไกบริหารจัดการและการประสานเครือข่ายระดับจังหวัด อย่างไรก็ตาม ควรพัฒนาความครอบคลุมของบริการการเชื่อมโยงข้อมูล และระบบติดตามผลลัพธ์รายกรณีให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สรุป CARE Model เป็นรูปแบบการจัดระบบดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาจากการวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบตามกรอบ Six Building Blocks ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยเชื่อมโยงการบริหารจัดการระดับจังหวัดกับการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ผลการประเมินสะท้อนแนวโน้มการได้รับบริการและการเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น รวมทั้งความสำคัญของการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ครอบครัว และ

ชุมชน อย่างไรก็ตาม ควรติดตามประเมินผลระยะยาวและพัฒนาตัวชี้วัดเชิงระบบให้ครอบคลุมทั้ง 6 องค์ประกอบ เพื่อยืนยันผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิตและความยั่งยืนของระบบบริการอย่างเป็นรูปธรรม

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผลเป็นผลงานของผู้วิจัยทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2025). World report on social determinants of health equity. Geneva: World Health Organization; 2025.
2. ศูนย์ประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ กระทรวงสาธารณสุข.(2559). แนวทางการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม. นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2559.
3. ทะเบียนผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ จังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2564–2566 [ข้อมูลทะเบียนภายใน ไม่เผยแพร่]. ม.ป.ป.
4. World Health Organization.(2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
5. World Health Organization.(2016). Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat. Geneva: World Health Organization; 2016. Document No.: A69/39.
6. นิ่มนวล โยคิน, กิตติพร เนาว์สุวรรณ.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2566;13(1):47–60.
7. Kemmis S, McTaggart R, editors.(1988). The action research planner. 3rd ed. Waurn Ponds (VIC): Deakin University; 1988.
8. มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, ณฐิฌา แก้วอำไพ, วิไลพร คลีกร.(2566). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2566;17(1):255–271.
9. ฐิตารีย์ ธนสิริกาญจน์, พิชัย บุญมาศรี, ระพีพรรณ นันทะนา.(2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษเขตอำเภอเมืองเลย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564;39(2):127–136.
10. Albertson EM, Chuang E, O'Masta B, Miake-Lye I, Haley LA, Pourat N.(2022). Systematic review of care coordination interventions linking health and social services for high-utilizing patient populations. Popul Health Manag. 2022;25(1):73–85. doi:10.1089/pop.2021.0057.
11. พิมพ์รดา สิริจิตต์ธงชัย, ธณกร ปัญญาใสโสภณ.(2567). ผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในพระบรม ราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา. 2567;19(2):63–74.