

บทวิจัย

การจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่มีความหลากหลายวัฒนธรรม เขตพื้นที่ชายแดนภาคเหนือของประเทศไทย

สุทธิพร มุลศาสตร์*

ชมนาด พจนามาตร์** นิชราวัลย์ ถาวร***

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและทำลายบุคลากรสาธารณสุขในการจัดการการดูแลให้มีประสิทธิภาพสูงสุด การวิจัยเชิงพรรณนามีจุดประสงค์เพื่อศึกษา 1) การจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่มีความหลากหลายวัฒนธรรม เขตพื้นที่ชายแดนภาคเหนือของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน และ 2) การรับรู้การจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ให้บริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างในศึกษาการจัดการการดูแลผู้ป่วยมี 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหารนโยบายการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 10 คน ซึ่งได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึก และผู้จัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 21 คน ผู้นำชุมชนและผู้ป่วย จำนวน 20 คน ซึ่งได้รับการสนทนากลุ่ม ส่วนการศึกษาการรับรู้การจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ จำนวน 39 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก 2) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และ 3) แบบประเมินการดูแลโรคเรื้อรัง (ฉบับภาษาไทย) ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .99 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า 1) การจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่มีความหลากหลายวัฒนธรรม มีจัดการตาม 6 องค์ประกอบของแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังของแวกเนอร์ ซึ่งมียุทธศาสตร์การจัดการแบบชุมชนแฝดหรือหมู่บ้านคู่ขนานระหว่างชุมชนไทยและต่างด้าว โดยมุ่งเน้น 3 กลุ่ม 3 วัย และ 4 เสาหลัก ได้แก่ กลุ่มเด็ก วัยกลางคน และผู้สูงอายุ โดยมีผู้รับผิดชอบที่เปรียบเหมือนเสาหลักคือโรงเรียน วัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น 2) ผู้ให้บริการสุขภาพรับรู้การจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในด้านการจัดการระบบบริการสุขภาพ การประสานงานกับชุมชน ระดับปฏิบัติการ (การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย การสนับสนุนการตัดสินใจ กลไกการประสานงานในการให้บริการสุขภาพ ระบบเวชระเบียน) และการบูรณาการขององค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อยู่ในระดับดี ซึ่งบุคลากรสาธารณสุข สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนได้

คำสำคัญ: การจัดการการดูแล โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชุมชนหลากหลายวัฒนธรรม

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

** รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

*** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแม่สอด

Management of Patient Care for Chronic Non-Communicable Diseases in Multicultural Communities Along the Northern Border of Thailand

Sutteeporn Moolsart*

Chomnard Potjanamart** Nichtawan Thaworn***

ABSTRACT

Chronic non-communicable disease is a significant problem that challenges health personnel to manage care with utmost effectiveness. This descriptive research aimed to study the management of patient care for chronic non-communicable diseases in multicultural communities along the northern border of Thailand. It focused on cardiovascular disease, hypertension, and diabetes mellitus. The research surveyed care providers' perceptions of management of patient care of chronic non-communicable diseases through an in-depth interview of 10 administrators of health service. A focus group sample included 21 care managers, 20 community health leaders, and some patients with chronic disease. The total sample of the perception study was 39 health care providers. Research tools were 1) in-depth interview guideline, 2) focus group guideline, and 3) self-report of Assessment of Chronic Illness Care (ACIC Thai version). The content validity index and Cronbach alpha coefficient of self-report was .99. The data was analyzed by content analysis and descriptive statistics.

Assessment of care management for patients with chronic non-communicable disease in multicultural community was based on 6 components of Wagner's Chronic Care Model. Strategies were management as twin or paralleled villages of Thai and migrant communities which emphasized three groups at three ages: children, middle-age adults, elders; and four principle pillars: school, temple, district health promotion hospital, and local administrative organization.

Care providers perceived care management in the domains of organization of the healthcare delivery system, community linkages, practical level (self-management support, decision support, delivery system design, clinical information systems), and integration of chronic care model components to be at the good level. Health personnel should apply study results to improve the quality of the management of patient care for those with chronic non-communicable disease in the community.

Keywords: Care management, Non-communicable Disease, Multicultural community

*Assistant Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

**Associate Professor, School of Nursing, Mae Fah Luang University

***Registered Nurse, Mae Sot Hospital

บทนำ

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases, NCDs) เป็นปัญหาสำคัญที่คุกคามสุขภาพและระบบการดูแลสุขภาพไปทั่วโลก¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคใน 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเนื้ออกร้าย (โรคมะเร็ง) โดยมีอัตราการป่วยและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น^{1,2,4} ในแถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งมีประชากรประมาณร้อยละ 26 ของประชากรโลกนั้น⁵ พบการตายถึงร้อยละ 22 โดยมีลักษณะการเกิดโรคคล้ายคลึงกับทั่วโลก ซึ่งร้อยละ 80 เกิดจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน มะเร็ง และโรคระบบหายใจ³ ในประเทศไทย ร้อยละของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงมากเป็นอันดับสองในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากประเทศมัลดีฟส์⁶ โดยสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ใน 5 อันดับแรกดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น² และโรคไม่ติดต่อยังก่อให้เกิดปัญหาและอุปสรรคของการเติบโตในประเทศที่มีฐานะยากจนและปานกลาง โดยก่อให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงต้องการมาตรการการจัดการที่มีประสิทธิภาพ

ถึงแม้ว่านโยบายการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ถูกระบุไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ และแผนพัฒนาอื่นที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทยกลับมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น² จึงสะท้อนให้เห็นว่าการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับปฏิบัติการนั้นอาจจะมีปัญหาและอุปสรรคอยู่มาก ดังนั้นการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในแต่ละพื้นที่จึงควรปรับปรุงระบบการบริการให้เหมาะสมกับบริบทของตนเองและแผนยุทธศาสตร์ของประเทศ⁷ โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

จากผลกระทบของพันธะสัญญาร่วมกันของประเทศในแถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่จะทำให้เกิดประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) ซึ่งการบริการสุขภาพจัดเป็นบริการประเภทหนึ่งที่มีผู้ในระดับประเทศมีวิสัยทัศน์ที่จะส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพแห่งเอเชีย (Medical Hub) จึงมีแนวโน้มว่าประเทศไทยจะขยายการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นไปในกลุ่มผู้รับบริการที่มีความเชื่อ วิถีชีวิตความเป็นอยู่ ขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างกัน หรือมีความหลากหลายวัฒนธรรมที่จะเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทยมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการจัดการการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องการรูปแบบที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการมากขึ้น

ในปัจจุบันพื้นที่แถบชายแดนภาคเหนือของประเทศไทย โดยเฉพาะจังหวัดที่มีด่านติดต่อกับชายแดนพม่าคือที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย และอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เป็นพื้นที่ที่มีปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่นเดียวกับพื้นที่อื่นในประเทศไทย แต่พื้นที่ทั้งสองอำเภอนี้มีความซับซ้อนในการจัดการการดูแลมากกว่าพื้นที่อื่น เพราะมีประชากรต่างด้าวชาวพม่า จีน ลาว เคลื่อนย้ายเข้ามาอาศัยกันมากขึ้น โดยในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย มีคนต่างด้าวหรือต่างเชื้อชาติอาศัยอยู่ถึงร้อยละ 10-70 บางหมู่บ้านเป็นชาวเขาทั้งหมด เช่น หมู่บ้านร้องพระเจ้าเป็นชาวไทยใหญ่ทุกคน รวมทั้งอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก มีคนต่างด้าวและหรือต่างชาติเป็น 2 เท่าของคนไทย โดยคนไทยมีประมาณ 120,000 คน คนต่างด้าวหรือต่างชาติมีประมาณ 200,000 คน ซึ่งบางชนเผ่ามีวัฒนธรรมประเพณีเฉพาะกลุ่มที่เป็นโทษต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น วัฒนธรรมการรับประทานอาหารจำพวกข้าวแรมพิน ข้าวซอย แองฮังเล ข้าวเหนียว แดบหมู แองและน้ำพริกต่าง ๆ ซึ่งเป็นอาหารที่มีการปรุง

ด้วยแบ่ง กะทิ หมูสามชั้น กะปิ น้ำปลา และเกลือค่อนข้างมาก นอกจากนี้การปรุงอาหารของชาวพม่ายังเน้นการปรุงด้วยเครื่องปรุงรสและเครื่องเทศ นอกจากนี้ในการประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ ยังมีอาหารและเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ชาวกะเหรี่ยงมีการทำพิธีกรรมเลี้ยงผี บวงสรวงดวงวิญญาณด้วยการต้มเหล้า ฆ่าหมู ฆ่าไก่ เพื่อนำมาทำอาหาร การทำพิธีกรรมจะต้องใช้ขนมหลายชนิดเพื่อถวายแด่เทพเจ้า เช่น ข้าวเหนียวต้ม ข้าวปุก ข้าวหลาม เป็นต้น เหล่านี้ล้วนส่งผลให้ประชาชนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ดังนั้นการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ที่มีความหลากหลายวัฒนธรรมในชุมชนทั้งสองอำเภอจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบการจัดการโรคและการดูแลให้เหมาะสมกับวัฒนธรรม ซึ่งในระยะแรกจำเป็นต้องทำการศึกษาสถานการณ์การจัดการการดูแลที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันก่อน เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพของการจัดการการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ดังกล่าวให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชนชาติในระยะต่อไปได้ นอกจากนี้ ผลการศึกษาที่ได้ยังนำมาใช้เป็นตัวอย่งให้แก่วัฒนธรรมสุขภาพในพื้นที่อื่น ซึ่งจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นให้เรียนรู้และนำไปประยุกต์ใช้ได้ เพราะการศึกษาวิจัยที่ผ่านมามักศึกษาในชุมชนที่มีสัญชาติเดียวกัน แต่ยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาในชุมชนที่มีประชาชนหลายสัญชาติอาศัยอยู่ ดังนั้นองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอยู่จึงอาจยังไม่เพียงพอต่อการจัดการกับผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมที่มีแนวโน้มจะเปลี่ยนแปลงไปสู่ความหลากหลายในอนาคตได้

ในการจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในปัจจุบันมีแนวคิดที่มีความหลากหลาย แต่แนวคิดที่มีผู้นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง ได้แก่ แบบจำลองการ

ดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ของแวนเนอร์⁷ ซึ่งแนวคิดนี้ใช้ป็นองค์ประกอบในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย แนวคิดนี้ยังถูกนำมาใช้ในการศึกษาวิจัย เช่น การศึกษารูปแบบบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านและการประเมินคุณภาพการดูแลโรคเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคเหนือตอนบน การพัฒนาแนวทางการจัดการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย⁹ รวมทั้งถูกนำมาใช้ในการศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยทั่วไป ซึ่งส่วนใหญ่เน้นการดูแลที่ใช้ชุมชนและครอบครัวเป็นฐาน ดังเช่น การศึกษาของซูลิกร ด่านยุทธศิลป์ และสุรินทร์ กลัမ်พากร¹⁰ เป็นต้น ดังนั้นการจัดการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่มีความหลากหลายวัฒนธรรมในครั้งนี้ จึงได้ใช้แบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังเป็นกรอบในการศึกษา ซึ่งมุ่งเน้นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เนื่องจากเป็นโรคที่มีการจัดการการดูแลที่คล้ายคลึงกัน สามารถวางนโยบายหรือทิศทางดูแลไปด้วยกันได้ ผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้คาดว่าจะนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ที่ศึกษา และบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำไปใช้ในการเตรียมความพร้อมที่จะรับกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่มีความหลากหลายวัฒนธรรม เขตพื้นที่ชายแดนภาคเหนือของประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาการรับรู้การจัดการการดูแลผู้ป่วยไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ให้บริการสุขภาพในชุมชนที่มีความ

หลากหลายวัฒนธรรม เขตพื้นที่ชายแดนภาคเหนือของประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

ตอนที่ 1 รูปแบบของการวิจัย การวิจัยนี้เป็น การวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ศึกษาในชุมชนที่มีความหลากหลายวัฒนธรรม เขตพื้นที่ชายแดนภาคเหนือของประเทศไทย ได้แก่ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย และอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

1. การศึกษาการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามองค์ประกอบของแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังของแวกเนอร์และคณะ ได้แก่ ด้านระบบสุขภาพ และโครงสร้างองค์กร ด้านการออกแบบระบบบริการสุขภาพ ด้านข้อมูลข่าวสารทางคลินิก ด้านการสนับสนุนการตัดสินใจ ด้านการสนับสนุนการจัดการตนเอง ด้านทรัพยากรและนโยบายชุมชน ทำโดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพดังนี้ 1) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารนโยบายการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลและแพทย์ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) จำนวน 10 คน 2) การสนทนากลุ่มผู้จัดบริการสุขภาพ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน ผู้จัดการการดูแล พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และบุคลากรผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเทศบาล/อบต. จำนวน 21 คน 3) การสนทนากลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้นำชุมชนอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้นำชุมชน กรรมการชุมชน ตัวแทนชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 15 คน และกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ

และหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน จำนวน 5 คน กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คือเป็นผู้ที่รับผิดชอบจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับนโยบายหรือระดับปฏิบัติการ หรือเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ศึกษา มานานกว่า 6 เดือน

2. การศึกษาการรับรู้การจัดการการดูแลผู้ป่วยไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ให้บริการสุขภาพ ทำโดยศึกษาในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นตัวแทนของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ที่ศึกษา ได้แก่ ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และเทศบาล ซึ่งถูกเลือกแบบเจาะจง จำนวน 39 คน

ตอนที่ 2 เครื่องมือวิจัย เครื่องมือในการศึกษานี้มี 4 ชุด ได้แก่

1. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก

แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้สัมภาษณ์ผู้บริหารนโยบายการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น มี 6 ด้าน ได้แก่ ด้านระบบสุขภาพและโครงสร้างองค์กรสุขภาพ ด้านการออกแบบการบริการสุขภาพ ด้านข้อมูลข่าวสารทางคลินิก ด้านการสนับสนุนการตัดสินใจ ด้านการสนับสนุนการจัดการตนเอง ด้านทรัพยากรและนโยบายของชุมชน

2. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม มี 2 ชุด ดังนี้

2.1 แนวคำถามการสนทนากลุ่มผู้จัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น มี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกแบบการบริการสุขภาพ ด้านข้อมูลข่าวสารทางคลินิก ด้านการสนับสนุนการตัดสินใจ ด้านการสนับสนุนการจัดการตนเอง และด้านทรัพยากรและนโยบายของชุมชน

2.2 แนวคำถามการสนทนากลุ่มผู้รับบริการสุขภาพ ได้แก่ ผู้นำชุมชนอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วยด้าน

ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน ความต้องการการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3. แบบสอบถามการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

แบบสอบถามนี้ใช้สอบถามความคิดเห็นของผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นตัวแทนของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ที่ศึกษา เป็นแบบประเมินการดูแลโรคเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย ซึ่งปัทมา โกมุทบุตร และคณะ¹¹ ได้แปลแบบประเมินการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Assessment of Chronic Illness Care, ACIC version 3.5) ของ Improving Chronic Illness Care, MacColl Institute for Healthcare Innovation Group, Health Center for Health Studies แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การจัดการระบบบริการสุขภาพ ส่วนที่ 2 การประสานงานกับชุมชน และส่วนที่ 3 ระดับปฏิบัติการ (ส่วนย่อยที่ 3 เอ ระดับสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่วนย่อยที่ 3 บี การสนับสนุนการตัดสินใจ ส่วนย่อยที่ 3 ซี กลไกการประสานงานในการให้บริการสุขภาพ ส่วนย่อยที่ 3 ดี ระบบเวชระเบียน และส่วนที่ 4 การบูรณาการขององค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง) มีลักษณะคำถาม-คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Rubric scale ซึ่งกำหนดค่าคะแนนสูงสุดไว้ที่ 11 และแต่ละข้อได้แบ่งคะแนนย่อยให้ลดหลั่นกันไปตั้งแต่ 0 ถึง 11 (คะแนน 0 หมายถึง มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการดูแลโรคเรื้อรัง คะแนน 11 หมายถึง มีการดูแลสนับสนุนโรคเรื้อรังอย่างเต็มที่) หลักการแปลผลค่าเฉลี่ย มีดังนี้ คะแนน 0.01-2.99 มีการสนับสนุนน้อยหรือจำกัด 3.00-5.99 มีการสนับสนุนปานกลาง 6.00-8.99 มีการสนับสนุนดี และ 9.00-11.00 มีการสนับสนุนดีมาก ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบประเมินการดูแลโรคเรื้อรังเท่ากับ .99

ตอนที่ 3 การเก็บข้อมูล หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (เลขที่ 35/2557) ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลโดยปฏิบัติตามหลักจริยธรรม 3 ประการ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารนโยบายการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 10 คน ทั้งหมด โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ คนละ 1-1 1/2 ชั่วโมง และดำเนินการสนทนากลุ่มทั้งหมด จำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 1 1/2-2 1/2 ชั่วโมง การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ดำเนินการในเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2557 ส่วนในการศึกษาการรับรู้การจัดการการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ ดำเนินการในเดือนเมษายนถึงมิถุนายน พ.ศ. 2557 โดยให้ผู้ประสานงานในพื้นที่เป็นผู้แจกและเก็บรวบรวมแบบประเมินการดูแลโรคเรื้อรัง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาโดยการจำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis) และข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

1. **การจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่มีความหลากหลายวัฒนธรรม** สถานการณ์การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนมากพบเป็นปัญหาในประชาชนคนไทย เพราะกลุ่มโรคนี้นักมากกับความเจริญทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ในคนต่างด้าวหรือต่างเชื้อชาติที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทย เช่น พม่า ลาว ยังมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดีมากนัก คนต่างด้าวจึงเป็นโรคในกลุ่มนี้ยังไม่มากนัก คนต่างด้าวที่มาใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลมักเจ็บป่วยด้วยปัญหาอนามัยแม่และเด็ก

และโรคติดเชื้อ ดังนั้นการจัดการโรคกลุ่มนี้จึงมุ่งเน้นคนไทยเป็นหลักและดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 6 องค์ประกอบ โดยประยุกต์เข้ากับหลากหลายของวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่ ดังรายละเอียด

1.1 ระบบสุขภาพและโครงสร้างองค์การสุขภาพ การจัดการระบบสุขภาพใช้แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัด แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย ระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จนั้นชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล จึงเน้นเครือข่ายและชุมชนที่จะขับเคลื่อนประชาชน 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเด็ก ซึ่งต้องได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มต้น เนื่องจากปัญหาในพื้นที่ เด็กเริ่มมีภาวะเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น เพราะเกิดจากพฤติกรรมที่ชอบรับประทานน้ำหวาน 2) กลุ่มวัยกลางคน เป็นวัยทำงาน วัยแรงงาน ที่มีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงกันมากขึ้น โดยในกลุ่มนี้จะมีกลุ่ม อสม. เข้ามาดูแล และ 3) กลุ่มของผู้สูงอายุ ซึ่งเปรียบเสมือนปู่ย่าตายายที่ต้องดูแลประชาชนกลุ่มอื่น โดยยุทธศาสตร์มุ่งเน้นระดับอำเภอไปจนถึงระดับตำบล เชื่อมโยงไปจนถึงระดับชุมชน ครอบครัว และบุคคล เพราะถ้าครอบครัวดูแลสมาชิกในครอบครัวให้มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ดี ลดการรับประทานอาหารจานด่วนต่าง ๆ จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาล และความดันโลหิตของผู้ป่วยได้ โดยจัดการผ่านเสาหลัก 4 เสา ได้แก่ เสาที่ 1 โรงเรียน โดยจะช่วยดูแลกลุ่มเยาวชนกลุ่มนักเรียน เสาที่ 2 วัด เป็นการเชื่อมโยงไปสู่วัด เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไปวัด วัดจะช่วยให้ความรู้และดูแลเรื่องการเตรียมอาหารไปถวายพระให้เหมาะสม เสาที่ 3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นการเชื่อมโยงเข้าสู่กลุ่ม อสม. และเสาที่ 4 องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งจะสนับสนุนในเรื่องงบประมาณในการขับเคลื่อนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือ

การดูแล โดยมีกลยุทธ์การจัดการให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของแต่ละเชื้อชาติ ซึ่งแต่ละชนเผ่าจะมีผู้นำที่ทำหน้าที่ประสานงานการดูแลกับผู้นำคนไทย แต่ยังไม่มีการประสานงานในเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเด่นชัด ทั้งนี้เพราะยังไม่เป็นปัญหาในคนต่างด้าวมากนัก ส่วนการดูแลระดับอำเภอมีคณะกรรมการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้จัดการการดูแล เป็นกลไกหลัก แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ยังไม่มีผู้ที่ได้รับการอบรมเป็นผู้จัดการการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.2 การออกแบบระบบบริการสุขภาพ ผู้ให้บริการสุขภาพมีการดำเนินงานเป็นทีม โดยให้การดูแลแบบองค์รวม การดำเนินงานประกอบด้วย การคัดกรองโรคในกลุ่มเป้าหมายหลักคือคนไทย ซึ่งถึงแม้ว่าคนต่างด้าวหรือพม่าไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย แต่ถ้าคนต่างด้าวมาขอใช้บริการคัดกรองโรค เจ้าหน้าที่จะให้บริการควบคู่ไปกับคนไทย และไม่ได้นำจำนวนหรือตัวเลขมาเป็นเป้าหมายของการทำงาน แต่จะนำมาคิดเป็นผลงานของพื้นที่ บางพื้นที่มีงบประมาณจากองค์การเอกชนสนับสนุนให้อาสาสมัครต่างด้าว (อสต.) ได้รับการอบรมความรู้ในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ถ้าเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเจ้าหน้าที่จะให้บริการคล้ายคลึงกับคนไทย แต่ไม่สามารถเรียกเก็บเงินได้ ดังนั้นงบประมาณที่ได้จากค่าหัวของคนไทย จึงต้องนำมาถัวเฉลี่ยใช้ในการบริการประชาชนทั้งหมดในพื้นที่ แต่ถ้าเป็นความเจ็บป่วยสามารถเรียกเก็บเงินจากผู้รับบริการที่เป็นคนต่างด้าวได้ และผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่าการที่จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบน้อยกว่าคนไทยนั้น อาจเป็นเพราะในกลุ่มคนไทยสามารถคัดกรองได้ตามเป้าหมาย ซึ่งยิ่งคัดกรองมากโอกาสพบผู้ป่วยก็จะมากขึ้น แต่ในกลุ่มต่างด้าวยังคัดกรองได้ไม่ครอบคลุม ดังนั้นโอกาสที่จะพบผู้ป่วยจึงอาจจะน้อยกว่า นอกจากนี้ในพื้นที่ศึกษาซึ่งมีการกระจาย

การดูแลรักษาไปยังสถานบริการระดับปฐมภูมิ การปรับวิถีสุขภาพของประชาชน การเยี่ยมบ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน การจัดการรายกรณี และการส่งเสริมวัฒนธรรม

ในการจัดการดูแลในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมนั้น สิ่งสำคัญคือเรื่องความอ่อนไหวทางวัฒนธรรม (cultural sensitivity) ซึ่งในพื้นที่ศึกษาพบปัญหาไม่รุนแรง เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่พบได้เมื่อมีอายุมากขึ้น จึงเป็นโรคที่ไม่น่ารังเกียจ จึงไม่มีการตีตราผู้ป่วยเหมือนกับโรคติดต่อเรื้อรังบางโรค เช่น โรคเอดส์ โรคเรื้อน เป็นต้น ความอ่อนไหวทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีอยู่เรื่องเดียวคือเรื่องอาหาร เพราะอาหารของชาวไทยล้านนาหรือภาคเหนือมักเป็นอาหารประเภทแกงฮังเล แกงฮูป แกงอ่อม ซึ่งประกอบด้วยเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง นอกจากนี้อาหารเหล่านี้ยังต้องรับประทานกับข้าวเหนียวซึ่งเป็นอาหารจำพวกแป้ง และวัฒนธรรมในการรับประทานข้าวเหนียว มักจะล้อมวงร่วมกันหยิบหรือจกข้าวเหนียวจากกระติบข้าว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประมาณปริมาณข้าวที่รับประทานได้ จึงเป็นวัฒนธรรมที่ยากแก่การปรับเปลี่ยน นอกจากนี้แล้วชาวต่างด้าวที่อพยพมาอาศัยอยู่ในประเทศไทยและชาวเขา มักจะอาศัยอยู่บนภูเขาห่างไกลในเมือง จึงมักจะใช้เกลือเพื่อถนอมอาหาร ทำให้คนกลุ่มนี้ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม นอกจากนี้แล้ว การบริการสุขภาพได้คำนึงถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรมด้วย โรงพยาบาลจึงได้จ้างพยาบาลและล่ามชาวพม่ามาช่วยสื่อสารในโรงพยาบาลชุมชน มีการแต่งตั้ง อสต. เป็นล่ามและผู้ประสานงานการบริการสุขภาพต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นชาวต่างด้าว อสต. ที่แต่งตั้งขึ้นมานั้นมักจะเน้นให้ทำงานอนามัยแม่และเด็ก และโรคติดต่อ ยังไม่มี อสต. ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

1.3 ระบบข้อมูลข่าวสารทางคลินิก ระบบ

การจัดเก็บข้อมูลมี 2 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบรายบุคคล โดยเก็บบันทึกในกระดาษ และ 2) ระบบเทคโนโลยี ข้อมูลที่ใช้วางแผนงานจะมาจาก 2 ระบบนี้ โดยระบบข้อมูลข่าวสารทางคลินิกประกอบด้วยศูนย์ข้อมูล (Data center) ของโปรแกรม JHCIS/M record/HOSxP แพ้มครอบครัว และสารสนเทศภูมิศาสตร์ด้านสุขภาพ โดยข้อมูล 43 แพ้ม มีศูนย์ข้อมูลอยู่ที่โรงพยาบาล ซึ่งตามปกติคลังข้อมูลใหญ่จะอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แต่สำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คลังข้อมูลจะอยู่ที่โรงพยาบาล เพราะโรงพยาบาลจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหมด รวมทั้งข้อมูลการคัดกรองโรคในพื้นที่ที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ ส่วนพื้นที่อื่นข้อมูลการคัดกรองโรคจะถูกส่งไปที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในแต่ละหน่วยงานมี แพ้มข้อมูล ซึ่งสามารถดูข้อมูลของหน่วยงานอื่นได้บ้าง แต่ระบบยังไม่พร้อมมากพอที่จะสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ ข้อมูลทั้งหมดถ้าส่งเข้ามาและเป็น แพ้มข้อมูล ส่วนกลางจะสามารถดึงไปใช้ได้หรือเข้าไปค้นหาในฐานข้อมูลได้ แต่จะมีปัญหาอยู่บ้าง เช่น ข้อมูลการให้ยา การดูแลผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม นั้นพบปัญหาว่าข้อมูลมีจำนวนมากเกินไป และถ้าขาดข้อมูลเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โปรแกรมจะบันทึกข้อมูลทั้งหมดของผู้รับบริการไม่ได้ ทำให้ข้อมูลส่วนนั้นหายไป และไม่สามารถดึงข้อมูลออกมาได้ อย่างไรก็ตาม ฐานข้อมูลที่มีอยู่เป็นข้อมูลรายบุคคล ไม่พบความล่าช้าในการตัดสินใจ ฐานข้อมูลที่เป็นรายบุคคลในแพ้มประวัติทั้งหมดอยู่ที่ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ถ้า สสอ. จะใช้ข้อมูลต้องเข้าพื้นที่ ยังไม่มีการควบคุมกำกับที่ส่วนกลาง แต่อาจมีที่โรงพยาบาล เพราะผู้ป่วยรักษาที่โรงพยาบาล ที่ สสอ. จะมีข้อมูลด้านการบริหารและด้านการสนับสนุนเท่านั้น ในส่วนของโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการบันทึกข้อมูลลงในระบบว่า “เจ้าหน้าที่จะใช้เวลาส่วนมากไปกับเรื่องการ

บริการ การที่จะไปวิเคราะห์ข้อมูล รวบรวมข้อมูล จัดทำเป็นแผนนั้น ใช้เวลาในการจัดทำข้อมูลส่วนนี้น้อยมาก ส่วนใหญ่ข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลในระดับภาพรวม ในระดับกระทรวงหรือตัวชี้วัดของระบบบริหารแบบบูรณาการมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ (Integration for Results Based Management: IRBM) เช่น ควบคุมโรคได้เท่าไร มีภาวะแทรกซ้อนเท่าไร ส่วนนี้เป็นเรื่องบังคับที่ต้องเก็บ แต่ในระหว่างกึ่งกลางไตรมาสจะทำการวิเคราะห์หาทิศทางและแนวโน้มนั้น ยังไม่มีหรือขาดแคลนเจ้าหน้าที่ที่จะไปทำส่วนนี้ เจ้าหน้าที่ 1 คนต้องทำงานหลายอย่าง ถึงแม้จะมีโปรแกรมเป็นเครื่องมือ แต่เวลาที่ไปวิเคราะห์ในส่วนนี้ยังเป็นปัญหามาก ข้อมูลส่วนนี้เป็นข้อมูลที่สำคัญมาก แต่ว่าข้อมูลที่จะส่งเข้ามาหาทีมผู้ปฏิบัติงานยังขาดการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง บางทีเวลาเก็บข้อมูลไม่มีจึงต้องวิเคราะห์เป็นรายปี ซึ่งจะไม่เห็นทิศทางและแนวโน้ม และอาจทำให้การปฏิบัติงานไม่ทันเวลา แต่อย่างน้อยจะมีข้อมูลปิละครั้งที่ต้องเก็บ ดังนั้นเรื่องข้อมูลยังเป็นปัญหามาก”

1.4 การสนับสนุนการตัดสินใจ มีแนวทางเวชปฏิบัติในคลินิก การสร้างงานประจำสำนักงานวิจัยยังมีไม่มากนัก และมีการคืนข้อมูลให้ชุมชน พื้นที่ศึกษามีการบูรณาการความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับการดูแลในระดับปฐมภูมิ โดยถ้ามีปัญหาจะปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยใช้โปรแกรมหรือแอปพลิเคชันสไกป์ (skype) และไลน์ (line) ซึ่งช่วยให้การติดต่อง่ายขึ้น สามารถถ่ายภาพและวิดีโอได้ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการขอรับคำปรึกษา ซึ่งโรงพยาบาลได้กำหนดแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาไว้อย่างชัดเจน นอกจากนี้จะมีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในเรื่องการจ่ายยา ซึ่งจัดโดยเภสัชกร และเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. จะเป็นคนจ่ายให้ผู้ป่วย อย่างไรก็ตามทั้งอำเภอแม่สายและอำเภอแม่สอดยังไม่มีพยาบาลเวชปฏิบัติขั้นสูง (Advanced Practical Nurse: APN)

1.5 การสนับสนุนการจัดการตนเอง มีการให้สุขศึกษา/คู่มือ/เอกสารประกอบการให้ความรู้ มีคลินิก DPAC และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของชุมชน ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต้องการการสนับสนุนการจัดการตนเอง ดังนี้ 1) การสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ผู้ป่วยกล่าวว่า “สิ่งสำคัญคือการสร้างความรู้ ความเข้าใจ เพราะบางคนไม่เข้าใจ บางคนจะสนใจแต่เรื่องจะได้ผลตอบแทนหรือเบียดเบียนไหม” 2) การสนับสนุนเครื่องมือวัดความดันโลหิต เครื่องมือตรวจระดับน้ำตาลในเลือด 3) สื่อความรู้เพื่อนำไปเปิดในวิทยุชุมชนได้หรือนำไปเปิดเสียงตามสาย 4) คลินิกประจำหมู่บ้าน โดยมี อสม. เข้าไปช่วยเหลือ ผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องไปรอรอรวมกันที่โรงพยาบาล ดังที่ผู้ป่วยกล่าวว่า “ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันเมื่อไปออรวมกันเยอะ ๆ ที่โรงพยาบาลก็จะเครียด เพราะรอนาน” หรือ “คนเฒ่าบางคนลูกหลานไม่ว่างก็ไม่สามารถไปตรวจตามนัด ถ้ามีกิจกรรมตามหมู่บ้าน อสม. ก็สามารไปติดตามให้ทุกคนมาตรวจ และสามารถให้ความรู้ร่วมไปด้วย” และ 5) ส่งเสริมการสร้างอาชีพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ทำงานได้โดยไม่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บ และควรมีตลาดรองรับผลิตภัณฑ์ ในกลุ่มคนเป็นความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุก็ควรมีการเสริมสร้างรายได้

1.6 ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน มีการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างเจ้าหน้าที่และชุมชน การประชุมภาคีเครือข่ายประจำเดือน กลุ่มช่วยเหลือตนเอง อสม./อสด./จิตอาสา และตำบลสุขภาพ โดยเป้าหมายในการพัฒนาชุมชนให้เป็นตำบลสุขภาพะ ซึ่งเกิดขึ้นหลายชุมชนแล้ว เช่น ตำบลแม่กาษาในอำเภอแม่สอด เป็นชุมชนต้นแบบ ใช้การประชุมกำหนดให้เป็นชุมชนปลอดภัย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอาหารไขมันสูง ปรับจากแกงอึก แกงฮังเล เป็นแกงเลียง น้ำเป็นน้ำสมุนไพร ไม่มีน้ำเปิบซี่ น้ำโค้ก น้ำหวาน เป็นต้น ชุมชนจะมีส่วนร่วมในการให้บริการเชิงรุก มีการประชาสัมพันธ์

มีการวางแผนร่วมกัน ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริการ เช่น เป็นผู้นำประชาสัมพันธ์กิจกรรม มีการสื่อสารเตือนภัยสุขภาพ มีตลาดนัดสุขภาพโดยแต่ละคนได้เตรียมอาหารมารับประทานร่วมกัน ซึ่งการนำอาหารมาจะทำให้เจ้าหน้าที่สามารถประเมินได้ว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่เหมาะสมหรือไม่ มีการประกวดอาหารเพื่อสุขภาพ มีผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนหลายประเภท ซึ่งหน่วยงานจะประเมินผลการมีส่วนร่วมของประชาชนจากการทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ ในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้มีการสนับสนุนอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น เครื่องออกกำลังกาย มีการออกกำลังกายตามวัฒนธรรมหรือประเพณีของแต่ละชาติพันธุ์ของแต่ละพื้นที่ เช่น รำวงมาตรฐานของพี่น้องไทยใหญ่ รำกระป๋องบอง เต็นแอโรบิค เป็นต้น จนทำให้ในชุมชนมีครูอาสา มีจิตอาสาช่วยทำกิจกรรม ดูแลและพัฒนาตนเอง

2. การรับรู้การจัดการดูแลผู้ป่วยไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ให้บริการสุขภาพ

ผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นตัวแทนของหน่วยบริการสุขภาพมีข้อมูลทั่วไป ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.92 เป็นกลุ่มอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 43.59 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 38.46

โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 40 ปี ($M = 39.80, SD = 7.80$) บุคลากรส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและปริญญาโทในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ส่วนมากทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 79.48) บุคลากรส่วนใหญ่เป็นพยาบาล (ร้อยละ 58.98) รองลงมาเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข (ร้อยละ 25.64) โดยกลุ่มที่มีระยะเวลาการทำงานในหน่วยงานมากกว่า 10 ปี ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับกลุ่มที่มีระยะเวลาการทำงานนาน 2-5 ปี โดยมีค่าเฉลี่ย 9.09 ($SD = 8.48$) ส่วนมากมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนาน 2-5 ปี (ร้อยละ 33.33) โดยมีค่าเฉลี่ย 7.48 ปี ($SD = 6.04$)

ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้บริการสุขภาพรับรู้การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในด้านการจัดการระบบบริการสุขภาพ การประสานงานกับชุมชนระดับปฏิบัติการ และการบูรณาการขององค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ในภาพรวม อยู่ในระดับดี ทุกองค์ประกอบ (ตารางที่ 1) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีเพียงข้อเดียวที่ผู้ให้บริการสุขภาพรับรู้ว่ายู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญในการปรับปรุงการดูแลสุขภาพปทุมภูมิในด้านการสนับสนุนการตัดสินใจ

Table 1. Minimum value, maximum value, mean, and standard deviation of chronic care management based on the Chronic Care Model components (n = 39)

Components	Minimum	Maximum	Mean	Standard deviation	Level
1. Organization of the healthcare delivery system	2.33	10.33	7.08	1.80	Good
2. Community linkages	0.00	11.00	7.71	2.01	Good

Continued

Table 1. Minimum value, maximum value, mean, and standard deviation of chronic care management based on the Chronic Care Model components (n = 39) (Cont.)

Components	Minimum	Maximum	Mean	Standard deviation	Level
3. Practical level					
3.1 Self-management support	1.50	9.75	6.28	1.95	Good
3.2 Decision support	2.00	10.00	6.78	1.89	Good
3.3 Delivery system design	1.67	10.83	7.16	2.07	Good
3.4 Clinical information system	2.40	10.00	7.29	1.84	Good
4. Integration of Chronic Care Model components	1.00	10.00	6.62	1.81	Good
Total	1.63	9.52	6.99	1.64	Good

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่มีความหลากหลายวัฒนธรรม เขตพื้นที่ชายแดนภาคเหนือของประเทศไทย

1.1 ระบบสุขภาพและโครงสร้างองค์การสุขภาพ มีผู้บริหารในแต่ละระดับเป็นผู้สนับสนุน ควบคุม กำกับให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพและมาตรฐาน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการจัดการการดูแล ดังที่คาคุและสโตลี¹² อธิบายว่าสิ่งสนับสนุนและอุปสรรคในการใช้แบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) ในระดับปฐมภูมินั้นมีความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนจากผู้นำองค์กร นอกจากนี้แล้วผลการศึกษพบว่าผู้บริหารในแต่ละระดับยังช่วยแก้ปัญหาและอุปสรรคของการบริการส่วนการกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้บริหารและผู้ให้บริการนั้นจะถูกกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข ยกเว้นความรับผิดชอบในงานหรือโครงการจะถูกกำหนดโดยคณะกรรมการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD

board) ซึ่งผลการศึกษาในส่วนนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สเทลเลฟสัน, ดิพนารีน และสทอปคา¹³ ที่พบว่า การจัดการการดูแลโรคเบาหวานตามแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังของแวกเนอร์ในสถานบริการระดับปฐมภูมิในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้นำการดูแล (health care leader) เป็นผู้กระตุ้นให้องค์กรมีการเปลี่ยนแปลง และมีคณะกรรมการ (board of health care system) เป็นผู้ให้การสนับสนุนการนำ CCM ไปใช้ ซึ่งคาคุและสโตลี¹² ได้สรุปว่า “การดำเนินการจะไม่ประสบความสำเร็จ ถ้าปราศจากการแลกเปลี่ยนวิสัยทัศน์ และความต้องการของหน่วยงานในการเปลี่ยนแปลงการจัดการให้มีคุณภาพ” ในการจัดการการดูแลในพื้นที่ศึกษาได้ปรับกลไกการจัดการเพื่อให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม นั่นคือ การจัดการแบบชุมชนแฝด ซึ่งนับว่าเป็นกลไกสำคัญในการจัดการกับประชาชนกลุ่มเป้าหมายคนไทยควบคู่ไปกับคนต่างด้าว ซึ่งสถานบริการสุขภาพต้องรับผิดชอบต่อบริการควบคู่กันไปให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่

จำนวนคนต่างด้าวมีตัวเลขไม่แน่นอน การบริการสุขภาพจึงทำได้แต่การตั้งรับ ไม่สามารถดำเนินการเชิงรุก เพราะยากต่อการวางแผนและการกำหนดนโยบาย ทำให้การจัดการการดูแลในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจนเหมือนกับโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญในคนต่างด้าวมากกว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.2 การออกแบบระบบบริการสุขภาพ พบว่ามีการจัดการที่มีประสิทธิภาพดี เป็นไปตามหลักการออกแบบของแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรัง ได้แก่ การมีทีมในการดูแล (team based approach) การวางแผนการเยี่ยม (planned care visit) และมีการจัดการรายกรณี (case management)¹⁴ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ให้บริการรับรู้ว่าการจัดการการดูแลตามองค์ประกอบนี้อยู่ในระดับดีแล้ว นอกจากนี้การจัดการที่ดีควรมีการระบุและกระจายบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในทีมให้ชัดเจน มีการดูแลแบบการจัดการรายกรณีในกรณีที่ซับซ้อน มีการติดตามผลโดยทีมในการดูแล (care team) ให้การดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย และยังคงมีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งในพื้นที่ศึกษาดำเนินการได้สอดคล้องกับหลักการดังกล่าว ยกเว้นการมีแผนการดำเนินงานที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยมาใช้สนับสนุนการดำเนินงานเท่านั้นที่พบว่าพื้นที่ศึกษาทำได้ไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ส่วนหนึ่งของการออกแบบระบบบริการสุขภาพมีบางพื้นที่ที่มีการจัดการในเรื่องสุขภาพที่ดี ทำให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy) และสามารถเป็นต้นแบบของตำบลสุขภาพได้ เช่น ตำบลแม่กาษาและตำบลแม่กี้ดหลวงในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เป็นต้น

1.3 ระบบข้อมูลข่าวสารทางคลินิก หลักการการจัดระบบข้อมูลข่าวสารที่ดี ต้องช่วยสนับสนุนการดูแลให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ

พร้อมต่อการเตือนผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ระบุกลุ่มย่อยที่ควรได้รับการบริการได้ สามารถใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนได้ ใช้แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการได้ ใช้ในการควบคุมกำกับการดูแลของผู้ให้การดูแลและระบบการดูแล¹⁴ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ปฏิบัติงานรับรู้ว่าการจัดการการดูแลตามองค์ประกอบนี้อยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าระบบข้อมูลข่าวสารทางคลินิกมีปัญหาในการดึงข้อมูลมาใช้ในการควบคุมกำกับการดูแล เพราะฐานข้อมูลที่มีอยู่นั้นมาจากระบบที่แตกต่างกัน ในโรงพยาบาลใช้ HOSXp ส่วนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้ JHCIS อย่างไรก็ตาม จังหวัดตากได้พยายามแก้ปัญหาโดยการพัฒนาศูนย์ข้อมูล TAKSH ขึ้นมา แต่ศูนย์ข้อมูลนี้ยังไม่เสถียร ส่วนข้อมูลในระดับคลินิกที่บันทึกไว้ในหน่วยบริการนั้น ยังมีข้อจำกัดในการเชื่อมประสานกันระหว่างหน่วยบริการ ผู้ให้บริการไม่สามารถดึงข้อมูลผู้ป่วยที่ไปรับการตรวจที่สถานบริการแห่งอื่นมาใช้ในการรักษาหรือวางแผนการดูแลได้ ดังที่ผู้บริหารเสนอแนะว่า “ถ้าระบบบริการสุขภาพสามารถดึงข้อมูลมาใช้ได้ไม่ว่าจะไปใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพใด เช่นเดียวกับระบบของธนาคารได้จะทำให้ช่วยในการตัดสินใจในการดูแลรักษาได้มาก” อย่างไรก็ตาม หน่วยงานในพื้นที่ศึกษาได้พยายามแก้ปัญหาโดยการบันทึกข้อมูลลงสมุดประจำตัวผู้ป่วย เพื่อใช้ในการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับปฐมภูมิ แต่สมุดบันทึกนี้ยังมีใช้ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่และข้อมูลที่บันทึกยังไม่ครบถ้วน เช่น ไม่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาการผิดปกติ เป็นต้น ดังนั้นความพร้อมต่อการเตือนผู้ป่วยและผู้ให้บริการนั้น มีประสิทธิภาพในระดับหนึ่ง แต่ควรได้รับการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้ข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองโรค ถูกนำมาใช้รายงานเพื่อตอบตัวชี้วัดของการคัดกรองโรคเท่านั้น ข้อมูลควรถูกนำมาใช้ในการเฝ้าระวังการเกิดโรคอย่างต่อเนื่องในแต่ละบุคคล ดังแพทย์ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “...ตอนนี้เราคัดกรอง คือคัดและกองไว้ ยังไม่มีฐานไป follow up ต่อเนื่องว่ากลุ่มนี้ได้ turn เป็นโรคหรือยัง รพ.สต. และ สสอ. ได้คัดกรอง แต่เพียงให้รู้ว่าคัดกรองก็เปอร์เซ็นต์ แต่ทำแล้วจบ มันไม่ได้มีการ link ว่าคนนี้เคยคัดเมื่อปีที่แล้ว แต่ไม่ได้ link ว่าปีนี้เป็นอย่างไร เป็นเหมือน dynamic change ถ้าเรา spot ว่าปีนี้มีกลุ่มเสี่ยงก็คนอาจจะได้ แต่ถ้าเสี่ยงกลายเป็นโรคมะเร็งก็เปอร์เซ็นต์ ไม่ได้ เพราะเราไม่ได้คัดกรองในกลุ่มเดิมตลอดไป เขาทำเขาก็เหวี่ยงแห เหวี่ยงแหแล้วจบ”

1.4 การสนับสนุนการตัดสินใจ หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่จัดการบริการสอดคล้องกับหลักการการจัดการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยว่าการดูแลควรมีแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งหน่วยงานได้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติในคลินิก (CPG) ที่พัฒนาขึ้นโดยกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสเตลเลอร์สัน, ดิพนารีน และสทอปคา¹³ ที่พบว่า การฝึกอบรมแพทย์ในการใช้แนวปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกจาก American Diabetes Association (ADA) และมาตรฐานการดูแลของ Institute Clinical Systems Improvement (ICSI) รวมทั้งแนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งการฝึกอบรมนี้ช่วยให้แพทย์ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ผู้ป่วยได้พัฒนาความรู้และลดระดับ HbA1C, high-density lipoprotein (HDL) cholesterol ของผู้ป่วยเบาหวานได้

อย่างไรก็ตาม แนวปฏิบัติที่กระทรวงหรือหน่วยงานพัฒนาขึ้นนั้น ควรได้รับการแลกเปลี่ยนกับ

ผู้ป่วย ซึ่งในปัจจุบันแนวทางเวชปฏิบัติในคลินิก ยังไม่สามารถใช้แลกเปลี่ยนกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพราะเนื้อหาค่อนข้างจะเป็นหลักวิชาทางการแพทย์ นอกจากนี้แล้วการสนับสนุนการตัดสินใจที่ดี ยังต้องคำนึงถึงหลักการที่ว่า การตัดสินใจในการให้บริการต้องอยู่บนพื้นฐานของสิ่งที่พิสูจน์ได้ และสนับสนุนด้วยงานวิจัย เมื่อมีการตัดสินใจเกิดขึ้นควรมีการผสมผสานแผนการดูแลที่ปรับเปลี่ยนได้อย่างรวดเร็วทันเหตุการณ์ มีการติดตามผล และมีแผนการรักษา ซึ่งในพื้นที่ศึกษายังมีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยไม่มากนัก แม้ว่าจะมีนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการให้หน่วยงานมีการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยก็ตาม แต่งานวิจัยที่พัฒนาขึ้นยังมีไม่เพียงพอ ทั้งนี้เป็นเพราะบุคลากรมีภาระงานที่มาก ไม่ค่อยมีเวลาทำงานวิจัย ความรู้ในการทำวิจัยอาจจะมีไม่เพียงพอ ไม่มีแรงจูงใจ รวมทั้งจากหลักการที่ว่า การบริการต้องมีการผสมผสานความเชี่ยวชาญกับการดูแลขั้นปฐมภูมิเข้าด้วยกัน และผู้ให้บริการควรได้รับการอบรมให้มีความรู้ที่ทันสมัยอยู่เสมอและใช้วิธีการให้ความรู้ที่ทันสมัยอย่างเหมาะสมนั้น ในพื้นที่ศึกษามีผู้จัดการการดูแล (care manager) และผู้จัดการระบบ (system manager) ที่ผ่านการอบรมได้ไม่นานนัก จึงทำให้การผสมผสานความเชี่ยวชาญกับการดูแลขั้นปฐมภูมินั้น ยังไม่เป็นรูปธรรมเท่าที่ควร

1.5 การสนับสนุนการจัดการตนเอง การจัดการในพื้นที่ศึกษามีประสิทธิภาพ ดังที่ผู้ให้บริการสุขภาพรับรู้ว่าการจัดการการดูแลตามองค์ประกอบนี้อยู่ในระดับดี โดยผู้ให้บริการสุขภาพมีการสร้างเสริมพลังอำนาจและเตรียมผู้ป่วยให้สามารถจัดการกับภาวะสุขภาพและดูแลตนเองได้ โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการจัดการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ให้บริการมีการจัดการกับทรัพยากรภายในของผู้ป่วยและทรัพยากร

ในชุมชน เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สร้างให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค สนับสนุนด้านอารมณ์ ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมในการจัดการสุขภาพของตนเอง และให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับโรคได้ โดยอาศัยความร่วมมือตลอดกระบวนการของการจัดการตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่ออาการควบคุมโรคและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

1.6 ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน

ผู้ให้บริการสุขภาพรับรู้ว่าการจัดการการดูแลตามองค์ประกอบนี้อยู่ในระดับดี ทั้งนี้หน่วยงานในพื้นที่ศึกษาได้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในโครงการของชุมชน เพื่อลดช่องว่างของการบริการให้มีความต่อเนื่อง และส่งเสริมให้มียุทธศาสตร์ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย กำหนดให้มีการร่วมใช้ทรัพยากรขององค์กรต่าง ๆ ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งระหว่างหน่วยบริการสุขภาพขนาดเล็ก ขนาดใหญ่ และระหว่างหน่วยบริการกับส่วนบริการอื่น ๆ

2. การรับรู้การจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่มีความหลากหลายวัฒนธรรม

การรับรู้ของผู้ให้บริการสุขภาพที่มีต่อการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามองค์ประกอบการจัดการโรคเรื้อรังของแคว้นอยู่ในระดับดีทุกองค์ประกอบ สอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์¹⁵ และการที่ผู้ให้บริการสุขภาพรับรู้ว่าการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญในการปรับปรุงการดูแลสุขภาพปฐมภูมิในด้านการสนับสนุนการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลางนั้น ดังกล่าวแล้วว่าในพื้นที่ศึกษาผู้จัดการการดูแลและผู้จัดการระบบที่ผ่านการอบรมยังมีไม่ครอบคลุมพื้นที่ จึงทำให้รูปธรรมการผสมผสานความเชี่ยวชาญกับการ

ดูแลชั้นปฐมภูมิยังไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากระบวนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อในระดับประเทศ ยังขาดผู้เชี่ยวชาญที่จะใช้การบูรณาการแผนงานสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ให้มีความต่อเนื่อง¹⁶

จุดแข็งของงานวิจัยนี้

งานวิจัยนี้มีจุดแข็งในเรื่องกรอบแนวคิดในการศึกษา ได้แก่ แบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังของแคว้นอร์ ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบที่สำคัญ นอกจากนี้รูปแบบการศึกษาเป็นแบบพรรณนาที่มีกรณีศึกษาวิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเข้าด้วยกัน ทำให้เห็นภาพของการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนได้ชัดเจนขึ้น

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้

งานวิจัยนี้มีจุดอ่อนเรื่องความลึกซึ้งของคำตอบในเรื่องการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในแต่ละวัฒนธรรม ถ้าสามารถศึกษาในแต่ละเชื้อชาติได้จะทำให้ผู้ให้บริการสุขภาพเข้าใจพฤติกรรมการैयाตตนเองของผู้ป่วยได้มากขึ้น

สรุป

การจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่มีความหลากหลายวัฒนธรรม ประกอบด้วยองค์ประกอบตามแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังของแคว้นอร์ โดยมียุทธศาสตร์การจัดการแบบชุมชนแฝดหรือหมู่บ้านคูขนานระหว่างชุมชนไทยและต่างดาว โดยมุ่งเน้น 3 กลุ่ม 3 วัย และ 4 สาขาหลัก ได้แก่ กลุ่มเด็ก วัยกลางคน และผู้สูงอายุ โดยมีผู้รับผิดชอบที่เปรียบเหมือนสาขาหลักคือโรงเรียน วัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งผู้ให้บริการ

สุขภาพรับรู้การจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับดีทุกองค์ประกอบ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. บุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ศึกษาสามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้เพิ่มจากระดับดีเป็นดีมากได้

2. บุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่อื่นสามารถนำการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนที่มีความหลากหลายวัฒนธรรมมาใช้เป็นตัวอย่างในการจัดระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องชุมชนที่มีกลุ่มคนเชื้อชาติต่าง ๆ อาศัยอยู่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่

ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ศึกษาหรือพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้

2. การศึกษาและพัฒนาารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่เฉพาะ เช่น หมู่บ้านชาวม้ง เข้า กะเหรี่ยง เป็นต้น มีความจำเป็นเพื่อศึกษาวิถีชีวิตหรือวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ชัดเจนขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่มีความหลากหลายวัฒนธรรม เขตพื้นที่ชายแดนภาคเหนือของประเทศไทย กรณีศึกษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน” ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสภาวิจัยแห่งชาติ (วช.) ปี 2557 ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Global burden of noncommunicable diseases, World Health Organization, South-East Asia Region. 2012 a. [cited 2014 Oct 15]. Available from: [http://www.searo.who.int/en/section1174/section 1459.htm](http://www.searo.who.int/en/section1174/section%201459.htm).
2. Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary. Implementation of chronic disease prevention and control of Thailand under the Tenth National Economic and Social Development Plan: Success or failure. *NewsHealth*, 2010;3;7: 15-19.
3. WHO. Health and economic burden of NCDs in the region, World Health Organization, South-East Asia Region. 2012 b. [cited 2014 Oct 15]. Available at [http://www.searo.who.int/en/section1174/section 1459.htm](http://www.searo.who.int/en/section1174/section%201459.htm).
4. WHO. Noncommunicable diseases—Time for action, World Health Organization, South-East Asia Region. 2012 c. [cited 2014 Oct 15]. Available at [http://www.searo.who.int/en/section1174/section 1459.htm](http://www.searo.who.int/en/section1174/section%201459.htm).
5. Plianbangchang S. Message from the Regional Director, World Health Organization, South-East Asia Region. 2012. [cited 2015 April 7]. Available at [http://www.searo.who.int/en/section 1174/section 1459.htm](http://www.searo.who.int/en/section1174/section%201459.htm).
6. Cooney N. (Ed.). Literature review: The current situation and care model of non-communicable diseases. Bangkok: Art Qualify; 2014.
7. Wagner EH., Austin BT, Davis C, Hondmarsh, M, Schaefer, J, Bonomi A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action; 2012. [cited 2014 Sep 21]. Available at [http://content.healthaffairs.org/content /20/6/64.long](http://content.healthaffairs.org/content/20/6/64.long).
8. Tooprakai D, Gomutbutra P, Sakarinkhul P. The study of Home Service Care Model and quality of care assessment of stroke patients in the upper part of North. *PCFM*, 2009;3(2): 1-35.
9. Ruttawongsa A, Kongtalin O. Development of the Community-based Continuing Care Management Guideline for stroke survivors of Kosumpisai Hospital and it's network. Graduate Research Conference in 2012; Khon Kaen University. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2012.

10. Danyuthasilpe C, Surintorn K. Caring for elderly with chronic illness in the community. *Journal of Public Health*, 2013;Special Issue on the 84th Birthday Celebration of King Bhumibol Adulyadej: 99-108.
11. Gomutbutra P, Aramrat A, Sattapansri W, Chutima S, Tooprakai D, Sakarinkul P, Sangkhasilapin Y. Reliability and validity of a Thai version of Assessment of Chronic Illness Care (ACIC). *J Med Assoc Thai*, 2012;95(8): 1-9.
12. Kadu MK, Stolee P. Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: A systematic review. *BMC Family Practice*, 2015;16;12. [cited 2016 Nov 19]. Available at <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-014-0219-0> doi: 10.1186/s12875-014-0219-0.
13. Stellefson M, Dipnarine K, Stopka C. The chronic care model and diabetes management in US primary care settings: A systematic review. *Preventing chronic disease: Public health research, practice, and policy*, 2013;10; February 21: 1-35.
14. Gomutbutra P. Chronic care. *Clinical Journal*, 2008; 280 (April). [cited 2016 Feb 26]. Available at <http://www.doctor.or.th/node/7036>.
15. Cherngyooth K, Oba N, Laksomya T. Caring outcomes of patients with type 2 diabetes by contracting unit of primary care, Naresuan University Hospital. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 2012;6(2): 110-121.
16. Silpasuwan P, Viwatwongkasem C, Kittipichai W, Auemaneekul N, Sativipawee P, Sujirarat D, ...Hunglang S. Data analysis and summarization the surveillance, prevention, and control activities of chronic diseases of Thailand organizations in 2008-2012. [cited 2017 March 10]. Available at <http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/NCD-ebook211013.pdf>.

