

แนวทางคลินิกเอ็นซีดีคุณภาพ : นวัตกรรมการดูแลสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน
The Guidelines of NCD Quality Clinic : Community Health Care
Sustainability Innovation.

อุษา ตันทพงษ์*

บทคัดย่อ

แนวทางคลินิกเอ็นซีดีคุณภาพ ถือเป็น นวัตกรรมการดูแลสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน ที่มีการ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยพัฒนามาจากกรอบแนวคิด รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยวิธีการที่ทำให้ ผู้ป่วยเกิดการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อันเกิด จากการรับข่าวสารข้อมูลที่ถูกต้อง ซึ่งมีการออกแบบ ระบบโดยการปรับทิศทางการให้บริการสุขภาพ

การสนับสนุนการจัดการตนเอง การสนับสนุน การตัดสินใจ การจัดระบบฐานข้อมูล โดยคำนึงปัจจัย ด้านสังคมเศรษฐกิจ วัฒนธรรม ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ในการบำรุงรักษาสุขภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี และส่งต่อ การรักษาดูแลที่จำเป็นระหว่างทีม ระหว่างเครือข่าย การบริการ

Abstract

The guidelines NCD quality clinic is community health care sustainability innovation, is being developed continuously from Wagner's chronic care model demonstrates best practices in Patients also need to be "activated" by understanding the importance of their role in managing the illness. Delivery system design

self-management support, decision support, clinical information system, by determinants of health, social, economic, cultural, Environmental Factors, etc in the maintenance of health and well-being, productive interactions between informed-activated patient and prepared-practice team.

* อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

บทนำ

โรควิถีชีวิต (Non communicable diseases - NCD) หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นโรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค หรือเชื้อจุลินทรีย์ต่างๆ แต่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่สมดุล ทั้ง การรับประทานอาหาร การนอน การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการทำงาน ตัวอย่างโรควิถีชีวิตได้แก่ มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือเรียกรวมว่ากลุ่มโรควิถีชีวิต (Non communicable diseases syndrome - NCDs) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ระบุประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยกลุ่มโรค NCDs 63% และที่สำคัญเป็นประชากรในประเทศกำลังพัฒนาถึง 80% ซึ่งทาง องค์การอนามัยโลก จึงได้เตือนให้ประเทศต่างๆ ทั่วโลกให้เฝ้าระวังโรควิถีชีวิตเพราะจะเป็นโรคที่น่าพาประเทศไปสู่การสูญเสียงบประมาณอย่างมหาศาล ขณะที่คนไทยเสียชีวิตด้วยกลุ่มโรคนี้ สูงกว่าอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยของประชากรทั่วโลกถึง 10% และสูงกว่าทุกประเทศในโลก และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั้งที่กลุ่มโรค NCDs เป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยที่หลีกเลี่ยงและป้องกันได้ ซึ่งกลุ่มโรค NCDs ที่มีอัตราผู้เสียชีวิตสูงสุด คือ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วนลงพุง ซึ่งเกิดจาก 6 ปัจจัยเสี่ยง คือ เหล้า บุหรี่ อาหาร (หวาน-มัน-เค็มจัด) การออกกำลังกายไม่เพียงพอ ความเครียด และกรรมพันธุ์ จึงเกิดการขับเคลื่อนทางสังคมโดยกว้างขวาง ตัวอย่างเช่น

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้นำประเด็นกลุ่มโรค NCDs มาเป็นประเด็นในการสื่อสารหลักประจำปี 2557 โดยเน้นเตือนภัย “6-6-5” คือ 6 โรคที่มีผู้เสียชีวิตสูง 6 ปัจจัยเสี่ยงหลัก และ 5 แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ เลี่ยงอาหารหวาน-มัน-เค็ม เพิ่มผักผลไม้ การออกกำลังกาย

อย่างน้อย 30 นาที/วัน (5 ครั้ง/สัปดาห์) และอารมณ์ดี คิดบวก พักผ่อนให้เพียงพอ

2. เครือข่ายวิชาการ จัดทำแบบประเมินความเสี่ยงกลุ่มโรค NCDs (NCDs Quiz) การตรวจหาความเสี่ยงด้วยตนเองเบื้องต้น เพื่อช่วยให้ตนเองได้ทราบว่าควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใดบ้างทาง www.ncdsthailand.com สามารถทำได้ปีละครั้ง หรือ 6 เดือนครั้ง หากคิดว่าตนเองมีความเสี่ยงมาก ซึ่งกลุ่มโรค NCDs จะไม่มีสัญญาณใดๆ เมื่อเริ่มมีสัญญาณหมายถึงเจ็บป่วยแล้ว หากผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ ก็จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและลดการใช้ยาได้

3. เครือข่ายสื่อสารมวลชน จัดทำภาพยนตร์โฆษณาณรงค์ชุด “Slow” เพื่อสื่อสารถึงพฤติกรรมเสี่ยงในชีวิตประจำวันที่ค่อยๆ สะสมและนำไปสู่โรคในกลุ่มโรค NCDs ในอนาคต ร่วมกับสถานีโทรทัศน์ Thai PBS ผลิตรายการ ชีวิตลิขิตโรค และ NCDs Reality เพราะรักจึงยอมเปลี่ยนแปลง

จากรายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals-MDGs) กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2557 ได้สรุปภารกิจที่ทำท้ายของกระทรวงสาธารณสุขหนึ่งในประเด็นที่จะต้องดำเนินการต่อก็คือ การลดอัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสาเหตุหลักสำคัญจากพฤติกรรมเสี่ยงและวิถีชีวิตที่เสี่ยง และจากมติดะชงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในวันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 เห็นชอบบริการควบคุมป้องกันและรักษา โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังโดยมอบนโยบายให้ สำนักงานงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นเจ้าภาพดูแลระบบ (System Manager) โรงพยาบาลทุกระดับ ปรับคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยนำโมเดลการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic care model) เป็นแนวทางในการดำเนินงาน โดยการนำข้อมูลของผู้ป่วยส่งต่อเครือข่ายปฐมภูมิให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชนร่วมกัน ซึ่งทางกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาระบบ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

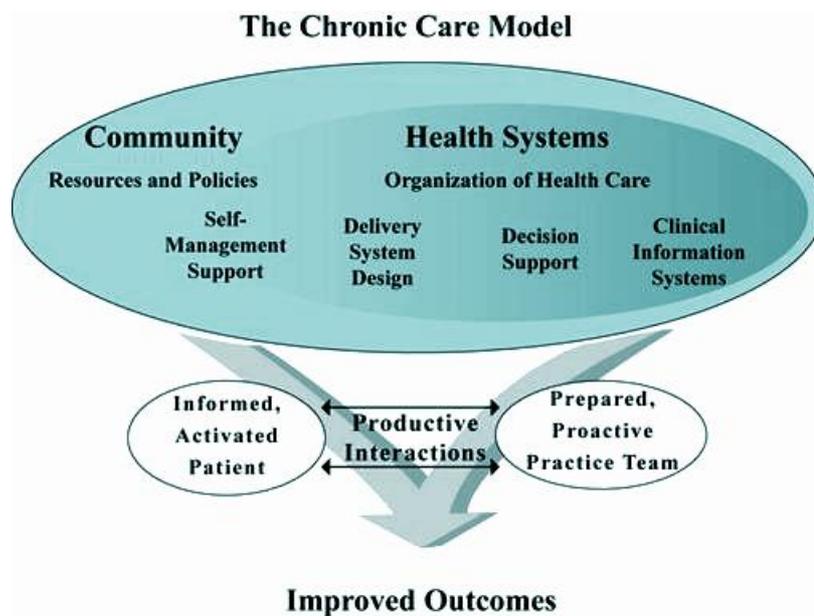
ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

เพื่อระวังคุณภาพการจั้ดบริการและความครอบคลุม การบริการของหน่วยบริการ โดยเครือข่ายวิจัยคลินิก สหสถาบัน (Clinical Research Collaboration Network : CRCN) ได้จัดเก็บข้อมูลให้เป็นแบบ Computerized data entry จากหน่วยบริการ เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลการดำเนินการป้องกันโรคและการ ค้นหาผู้ป่วยในระดับชุมชน โดยมีผู้รับผิดชอบหลัก NCD จังหวัดและทีม NCD Board ที่จะต้อง สร้างความเข้าใจแนวทางที่ชัดเจนของคลินิก NCD คุณภาพ

เนื้อหา

คลินิก NCD คุณภาพ คือ คลินิก/ศูนย์/ เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการที่เชื่อมโยงในการ บริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิก ให้เกิดกระบวนการ ป้องกันควบคุมและดูแลรักษาจัดการโรคเรื้อรังแก่ บุคคลที่เข้ามารับการวินิจฉัยโรค กลุ่มป่วยเป็นโรค/ กลุ่มเสี่ยงสูง ต่อการดำเนินโรคที่เป้าหมายหลักข้างต้น ลงทะเบียนดูแลใกล้ชิดรายบุคคล เพื่อการดูแลลด ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) โอกาสเสี่ยง (Attributed Risk) รักษา ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความ สามารถการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษาดูแลที่

จำเป็นในระหว่างทีมใน/ระหว่างทีมและเครือข่าย การบริการที่นำแนวทางมาจากโมเดลการดูแลผู้ป่วย เรื้อรัง (Chronic care model : CCM) ซึ่ง Edward H. Wagner ผู้อำนวยการ The Mac Coll Institute for Healthcare Innovation และ The Robert Wood Johnson Foundation national program ได้มีการนำไปพัฒนาการดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Improving Chronic Illness Care) และขยายแนวปฏิบัติระดับบุคคล สู่สภาพแวดล้อม เวชปฏิบัติในระดับองค์กร และจากงานทบทวนวิจัย สุขภาพใน Cochrane diabetes review องค์ประกอบของหน่วยบริการสุขภาพ สามารถนำไป สู่ผลลัพธ์การดูแลโรคเบาหวานที่ดีขึ้น จากการใช้ระบบ ฐานข้อมูลทางคลินิก (Clinical information system) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการตัดสินใจ (Decision support) ในการสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management support) และออกแบบระบบ บริการ (Delivery system design) ในระบบ สุขภาพ (Health systems) โดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน (Community linkages) ร่วมด้วย (ปัทมา โกมุทบุตร, 2553) ดังรูป



เป้าประสงค์ของคลินิก NCD คุณภาพ

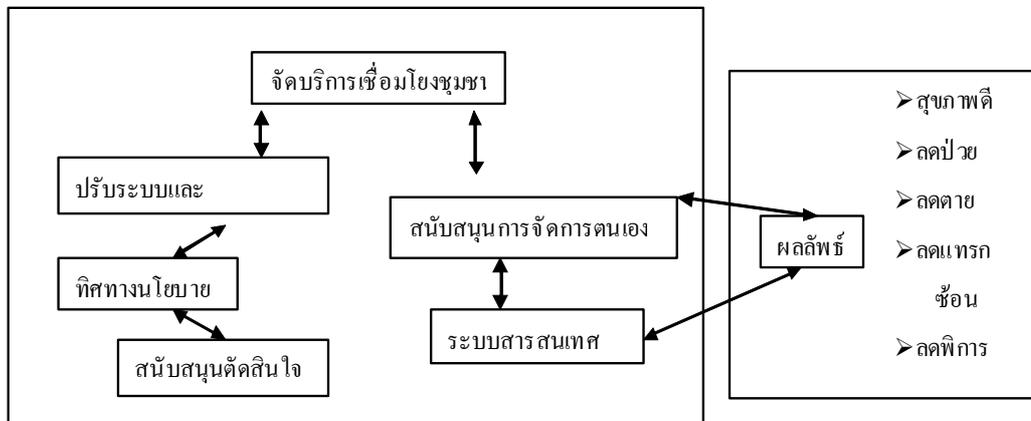
- 1) กลุ่มโรค/ป่วยสามารถควบคุมสถานะของโรคได้ตามค่าเป้าหมาย (Controllable)
- 2) ลดภาวะแทรกซ้อนของระบบหลอดเลือด (Vascular complication and related)
- 3) ผู้มารับบริการในสี่โรคเป้าหมายหลักข้างต้นสามารถควบคุม ป้องกันปัจจัยเสี่ยงร่วม/โอกาสเสี่ยงได้หรือดีขึ้น (Control behavioral, physiological, biochemical risk, social and environmental determinants)
- 4) ลดการนอนโรงพยาบาลโดยไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า (Unexpected admission rate)
- 5) ลดอัตราการเสียชีวิตที่สัมพันธ์โดยตรงจากโรคเรื้อรังที่มารับบริการ ในช่วงอายุ 30 - 70 ปี (Premature death rate)

กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ

- 1) กลุ่มเสี่ยงสูง ในที่นี้หมายถึง pre-DM, pre-HT
- 2) กลุ่มที่เป็นโรค
- 3) กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน

องค์ประกอบหลักของคลินิก NCD คุณภาพ

- 1) มีทิศทางและนโยบาย
- 2) มีการปรับระบบและกระบวนการบริการ
- 3) จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน
- 4) มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง
- 5) มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ
- 6) มีระบบสารสนเทศ

ภาพผังองค์ประกอบคลินิก NCD คุณภาพ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค)

ทั้งนี้มีแนวทางด้านการบริหาร คือ การสนับสนุนการบริหารและวิชาการ การประสานเชื่อมโยงและการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน หน่วยต่างๆ โดยมีกระบวนการที่มุ่งเน้นการให้บริการรายบุคคล ครอบคลุมกลุ่มประชากร รวมทั้งการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับองค์กรชุมชน เพื่อเกิดผลลัพธ์สำเร็จตามกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ สุขภาพดี ลดอาการเจ็บป่วย ลดอัตราการตาย ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ

แนวทางพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ

- 1) การปรับวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์และกลยุทธ์ ดำเนินการให้เกิดการบูรณาการการบริการ เพื่อให้เอื้อต่อการป้องกันและจัดการโรคได้ดีขึ้น
- 2) พัฒนาคลินิก NCD ให้มีคุณภาพโดยประยุกต์การจัดการโรคเรื้อรัง (Integrated chronic care model) และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered)

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

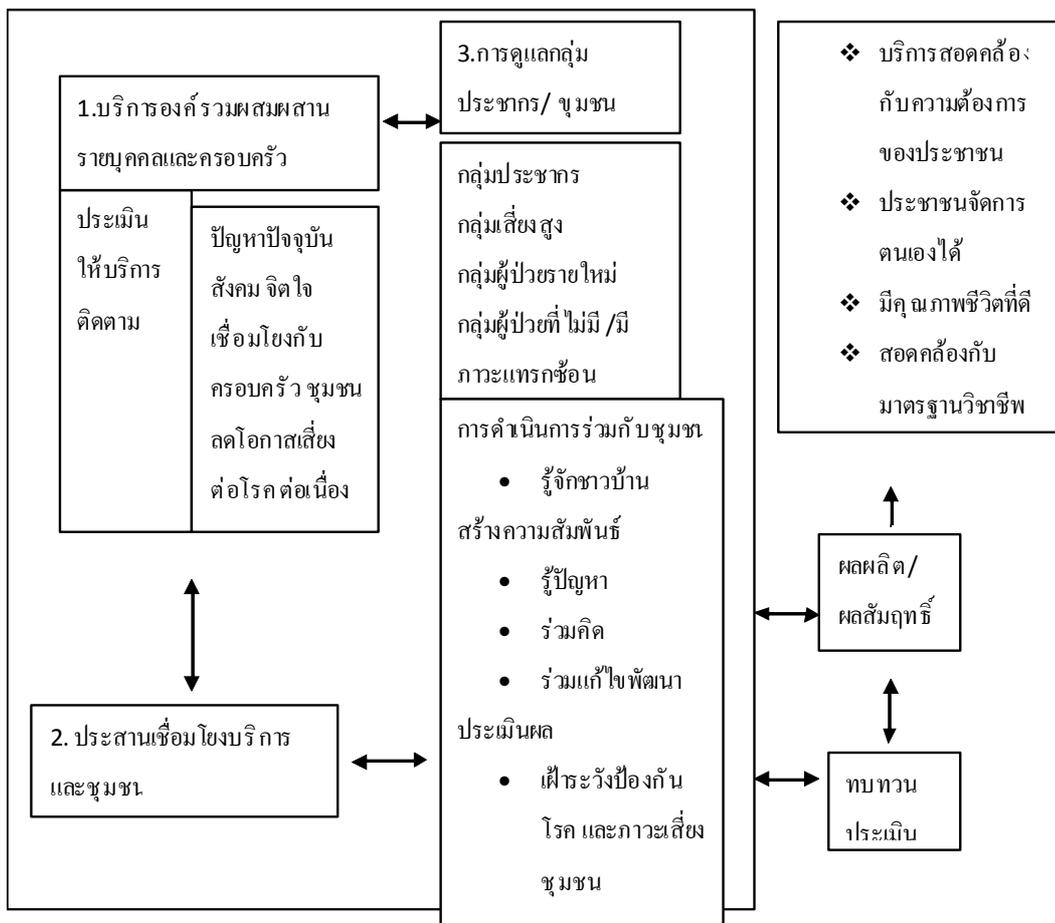
3) เพิ่ม การดูแลแบบผสมผสาน (Comprehensive care) โดยบูรณาการการป้องกันในการจัดการโรคเรื้อรัง การประสานการดำเนินการร่วมกันในการดูแล (Coordination of care) และความต่อเนื่องของการดูแลตลอดช่วงอายุ (Continuity of care)

4) เพิ่มคุณภาพในกระบวนการจัดการ (Management quality) และคุณภาพการดูแลรักษา (Clinical quality)

5) เชื่อมโยงการเข้าถึงการดูแลในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

6) มีการสนับสนุนการใช้ข่าวสาร และทรัพยากรร่วมกัน

ภาพแสดงกรอบงานบริการของคลินิก NCD คุณภาพ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค)



เกณฑ์ผลลัพธ์การรักษาดูแลผู้ป่วย

คลินิก NCD ติดตามผลการป้องกันและการจัดการดูแลทั้งโดยการैयाและไม่ैया ในการลดเสี่ยง ลดโอกาสเสี่ยง ลดโรคและภาวะแทรกซ้อนได้แก่

- 1) ประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)
- 2) การลดปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย
- 3) การคัดกรองการสูบบุหรี่
- 4) การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ประเมินภาวะเครียดและการติดยา
- 5) ผู้ป่วย DM/HT ควบคุมระดับน้ำตาล/ระดับความดันโลหิตได้ดีตามเป้าหมายในแต่ละระยะของโรค
- 6) การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน
- 7) คุณภาพการดูแลรักษา/ส่งต่อผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน และ/หรือมีปัญหาการควบคุมไม่ได้ดี ตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่องติดกัน สุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ไตเสื่อม เป็นต้น
- 8) ลดการนอนโรงพยาบาลไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า (Unexpected admission rate)
- 9) ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง
- 10) ลดอัตราการเสียชีวิตที่สัมพันธ์โดยตรงจากโรคเรื้อรัง

เป้าหมายสำคัญบางประการเป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขปี 2557 ได้แก่

- 1) ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (ไม่น้อยกว่า 50)
- 2) ร้อยละของผู้ป่วย HT ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี(ไม่น้อยกว่า 40)
- 3) ร้อยละของผู้ป่วย DM,HT ที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อเท่ากับ 100

ข้อเสนอแนะจากการวิเคราะห์แบบประเมินรับรอง

คลินิก NCD คุณภาพ ปี พ.ศ. 2557

ในปี 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแบบประเมินรับรองคลินิก NCD คุณภาพ สำหรับทีมประเมินรับรอง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ที่จะทำให้เกิดการตื่นรู้ของชุมชน และเริ่มสร้างความเข้าใจร่วมกัน และทำอย่างไรที่จะเกิดความยั่งยืนในการจัดการปัญหาของชุมชนอย่างมีศักดิ์ศรี คงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของสังคม และความเข้าใจในปัญหาอย่างถ่องแท้ พร้อมทั้งจะร่วมกันแก้ไข้ปัญหาโดยมีขั้นตอนการทำงานที่มีความชัดเจน และสามารถตรวจสอบทบทวนขั้นต้นพร้อมรับการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และหากมาพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบ โดยขอเสนอแนะที่ผู้เขียนร่วมวิพากษ์กับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ในปัญหาประเด็นสุขภาพชุมชนที่เกิดจากโรควิถีชีวิตจากการสำรวจชุมชน ซึ่งพบประเด็นปัญหาที่ควรสังเกตหรืออาจนำไปพัฒนาปรับปรุงระบบการทำงานให้เข้ากับสภาพท้องถิ่น ดังนี้คือ

องค์ประกอบหลักที่ 1 **ทิศทางและนโยบาย** ประเด็นที่ควรพิจารณา คือการกำหนดวิสัยทัศน์ ต้องมีความชัดเจนเสมือนเป็นทิศทางและนโยบาย สามารถนำไปจัดทำแผนปฏิบัติงานได้ โดยมีกรอบการทำงาน และมีผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนประกอบกับกำหนดเป้าหมายที่วัดได้ด้วย นอกจากนั้นจะต้องมีการติดตามและรายงานความก้าวหน้าโดยใช้ช่องทางสื่อในรูปแบบต่างๆ ที่จะทำอย่างไรให้ชุมชนมีส่วนร่วมรับรู้เป็นเจ้าของและหาแนวทางแก้ไข้ปัญหาร่วมกัน

องค์ประกอบหลักที่ 2 **มีระบบสารสนเทศ** ประเด็นที่ควรพิจารณา คือ การจัดระบบการเก็บข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน ซึ่งฐานข้อมูลจะสามารถแยกออกเป็นผู้ป่วย หรือผู้มีปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง โดยมีผู้ดูแลฐานข้อมูลโปรแกรมคอมพิวเตอร์และส่งต่อข้อมูลเครือข่ายได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาล

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๗

ส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์แก้ไข ปัญหาผู้ป่วยในแต่ละชุมชน

องค์ประกอบหลักที่ 3 **มีการปรับระบบและ กระบวนการบริการ** ประเด็นที่ควรพิจารณา คือการปรับ ระบบอย่างไรที่จะทำให้กระบวนการบริการสามารถ ขับเคลื่อนไปได้รวดเร็ว อันดับแรกจะต้องมีแนว ปฏิบัติทุกขั้นตอนและปรับได้โดยมีเงื่อนไขที่ชัดเจนใน การตัดสินใจ เพื่อสามารถส่งต่อข้อมูลหรือผู้ป่วยไปยัง เครือข่ายอย่างรวดเร็วและมีฐานข้อมูลเป็นหมวดหมู่ตาม กลุ่มเป้าหมายประชากร ซึ่งจะต้องมีการประเมินโดย ดูจากแผนงานและกิจกรรมที่ดำเนินการในกลุ่ม เป้าหมายของแต่ละชุมชน

องค์ประกอบหลักที่ 4 **มีระบบสนับสนุนการ จัดการตัวเอง** ประเด็นที่ควรพิจารณา คือ การวิเคราะห์ ข้อมูลรายกลุ่ม รายบุคคลเพื่อจัดทำแผนดำเนินการแต่ละกลุ่มเป้าหมายโดยมุ่งที่ผลสัมฤทธิ์ ซึ่งการจัดการ จะต้องลงรายละเอียดทำอย่างไรกลุ่มเป้าหมายสามารถ นำแนวทางปฏิบัติไปใช้ได้ เช่น การจัดทำคู่มือผู้ป่วย จัดทำแผนพัฒนาผู้ป่วยซึ่งการทำงานต้องร่วมกับทีม สหวิชาชีพ ซึ่งสามารถตรวจสอบผลผลิตเชิงประจักษ์ เช่น รายงานการประชุม ภาพกิจกรรม การสัมภาษณ์ ประชากรกลุ่ม รายบุคคล

องค์ประกอบหลักที่ 5 **มีระบบสนับสนุนการ ตัดสินใจในการดูแลป้องกันและจัดการโรค** ประเด็น ที่ควรพิจารณา คือ ระบบสนับสนุนถือว่ามีความสำคัญ ที่ต้องทำให้เกิดอย่างจริงจัง ถ้าหากว่าเราจัดการทุกอย่าง ดีมาตลอดแต่ไม่ได้จัดระบบสนับสนุนที่ดีก็อาจล้มเหลว ทั้งหมด อันดับแรกต้องสร้างความเข้าใจที่ตรงกันโดย การจัดการความรู้ เช่น จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ จัดเครือข่ายกลุ่มโรค NCDs จัดช่องทางประสานงาน เช่น เว็บไซต์ อีเมลล์ โทรศัพท์ ซึ่งแต่ละขั้นต้องมี ผู้รับผิดชอบชัดเจนเพื่อติดตามประเมินการทำงานและ ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว

องค์ประกอบหลักที่ 6 **มีจัดบริการ เชื่อมโยง ชุมชน** ประเด็นที่ควรพิจารณา คือ ชุมชนสามารถนำ แผนงาน/โครงการที่จัดทำโดยโรงพยาบาลชุมชน

องค์การบริหารท้องถิ่น มอบหมายให้ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข นำไปใช้ ในพื้นที่จริง โดยมีฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงตรงกับที่ชุมชน ต้องการได้รับการช่วยเหลือการจัดบริการได้แก่ ข้อมูล สถานการณ์โรค/ปัจจัยเสี่ยง หนังสือเกี่ยวกับความรู้โรค วิถีชีวิต คู่มือประชาชนการดูแลป้องกันโรค NCDs ฯ และในการติดตามประเมินผลอาจต้องลงพื้นที่จริงเพื่อ สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย โดยใช้รายงานการประชุมใน แต่ละโครงการเป็นแนวทางตรวจสอบเพื่อการวัด ผลผลิต/ผลสัมฤทธิ์โดยตรงกับกลุ่มเป้าหมาย

บทสรุป

โรควิถีชีวิต (Non communicable Diseases - NCD) เป็นปัญหาที่กำลังจะเกิด ผลกระทบต่อประเทศไทยในการสูญเสียประมาณ อย่างมหาศาลในอนาคตอันใกล้ ซึ่งกลุ่มโรคนี้เกิดจาก พฤติกรรมการใช้ชีวิตไม่สมดุลซึ่งสามารถแก้ไขได้โดย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพียงการช่วย รณรงค์ให้ทุกคนหันมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ก็จะช่วยลดประชากรกลุ่มเสี่ยง/ลดการเกิดผู้ป่วย รายใหม่ ซึ่งแนวทางรณรงค์จะต้องอาศัยความร่วมมือ จากทุกภาคส่วนในการทำงานร่วมกัน การดำเนินงาน ทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์จึงเป็นสิ่งที่ยากลำบากจะต้อง ทำงานอย่างมีระเบียบขั้นตอนที่ชัดเจน การมีมาตรการ เพื่อพัฒนาคุณภาพถือเป็นแนวทางหนึ่งทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามแนวทาง คลินิก NCD คุณภาพถือว่าเป็นการนำสิ่งที่มีอยู่เดิม มาพัฒนาปรับปรุงและเชื่อมโยงกับการนำเทคโนโลยีใน ปัจจุบัน ในการจัดระบบฐานข้อมูลและมีการเชื่อมโยง กับเครือข่ายการทำงานร่วมกัน ตั้งแต่ระดับนโยบาย จนถึงระดับปฏิบัติงานซึ่งถือว่าเป็นนวัตกรรมการดูแล สุขภาพชุมชน แต่ก็ต้องคำนึงถึงประเด็นที่พิจารณาใน แต่ละองค์ประกอบที่กล่าวมา ซึ่งผู้เขียนคิดว่า คลินิก NCD คุณภาพ น่าจะเป็นแนวทางที่จะทำให้สังคมเกิด ความยั่งยืนในการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง เพียงแต่ ว่าอย่างไรที่จะกระตุ้นให้มีการสร้างเครือข่าย

การเรียนรู้ให้มากขึ้นผ่านทางชมรมที่มีในชุมชน และ การสร้างกระแสการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือที่ไม่ใช่ในชุมชนเท่านั้น หากต้องการแรงจูงใจโดยการกำหนดเป็นนโยบายที่เห็นเป็นเชิงประจักษ์ แต่การขับเคลื่อนทั้งขบวนการจำเป็นต้องมีผู้จัดการที่ไม่เกิดความซ้ำซ้อน แต่ต้องคำนึงผลลัพธ์การเกิดกระแสการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ ที่จะเกิดผลสะท้อนไปสู่คลื่นมวลชนแห่งการรักษาสภาพ อันจะเกิดผลที่ดีต่อชุมชน สังคม และประเทศชาติ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2557). รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (*Millennium Development Goals - MDGs*) ฉบับที่ 3 พ.ศ.2557. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2557, จาก [http://bps.ops.moph.go.th/Health information/](http://bps.ops.moph.go.th/Health%20information/).
- เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน. (2553). รายงานการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ ความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : สำนักงานวิจัยแห่งชาติ.
- ปัทมา โกมุกบุตร. (2551). ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง : นวัตกรรมเพื่อความแข็งแกร่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2557, จาก <http://www.thaiccm.com> .
- วิโรจน์ เขียมจรัสรังสี และคณะ. (2550). การทบทวนวรรณกรรมเรื่องต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (*Chronic Care Model หรือ CCM*). ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมเกียรติ โภธิสัตย์. (2551). รายงานการศึกษาโครงการพัฒนาระบบบูรณาการ การป้องกัน และจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1 : กรณีศึกษาจังหวัดสกลนคร. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส). (2557). เครื่องมือประเมินความเสี่ยงของโรค NCDs สำหรับประชาชน. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2557, จาก <http://www.ncdsthailand.com/tnc.php>.
- สุนทร ตรีนันทวัน. (2555). โรควิถีชีวิต หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2557, จาก <http://edtech.ipst.ac.th/index.php/non-communicable-diseases-ncd/>.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส). (2557). NCDs กลุ่มโรคที่พวกคุณสร้างเอง. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2557, จาก <http://www.youtube.com/watch/>.
- Edward H. Wagner. (2014). *Chronic illness management*. [Online]. Retrieved May 1, 2014 <http://www.grouphealthresearch.org/faculty/profiles/wagner/>.

World Health Organization. (2010). *The global status report on non-communicable diseases*. [Online]. Retrieved May 4, 2014, http://www.who.int/chp/ncd_global_status_report/en/.

