



การจัดการโรคเรื้อรังตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของ เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอแห่งหนึ่ง

ภูติ เทชาดิวัฒน์ DHSM*

นิทรา กิจธีระวุฒินซ์ PhD*
สุพัฒนา คำสอน PhD**

คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ PhD ***
จริยา แห่งสันติเยะ MS***

บทคัดย่อ

รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังได้รับการพิสูจน์แล้วว่าหากนำไปใช้จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี นอกจากนี้แนวทางใหม่ในการจัดการโรคเรื้อรังให้ความสำคัญกับการส่งมอบบริการที่ระดับปฐมภูมิ เพื่อตอบสนองความจำเป็นในการประสานงานการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการดำเนินงานการดูแลโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอแห่งหนึ่ง ตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง การศึกษาเชิงคุณภาพคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก เจ้าหน้าที่ระดับนโยบายและปฏิบัติงานระดับอำเภอ จำนวน 9 คน การสนทนากลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 4 กลุ่ม จำนวน 28 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แยกประเด็น

ผลการศึกษาพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้ความร่วมมือกับหน่วยบริการ มีการถ่ายทอดนโยบายการดูแลโรคเรื้อรังไปยังหน่วยงานในระบบบริการสุขภาพยังไม่มีติดตามประเมินผล การสนับสนุนการดูแลตนเองเป็นการให้ศึกษาแบบดั้งเดิม การออกแบบระบบบริการเป็นการสร้างแรงจูงใจจากภายนอก การสนับสนุนการตัดสินใจด้วยการสร้างต้นแบบเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ยังไม่ชัดเจน ระบบข้อมูลโรคเรื้อรังขาดการเชื่อมโยงในทางปฏิบัติ

ผลจากการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการโรคเรื้อรังในระดับอำเภอ โดยในส่วนของท้องถิ่นควรมีการร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพระดับอำเภอจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพชุมชน กำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและมาตรการทางสังคมให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่หน่วยบริการสุขภาพ ควรมีการติดตามประเมินผลโครงการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง พัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเจ้าหน้าที่สร้างทักษะการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วย สร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ อสม. และผู้ป่วย รวมถึงการเชื่อมข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกและการตัดสินใจในชุมชน

คำสำคัญ: การจัดการโรคเรื้อรัง รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันทั้งในประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ต้องเผชิญกับภาระโรคสามรูปแบบ ประกอบด้วยโรคติดต่อ การบาดเจ็บ และโรคเรื้อรัง¹ ซึ่งโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของการตายและความพิการ และมีแนวโน้มเป็นปัญหาหลักของการเจ็บป่วยโดยเป็นสาเหตุการตาย 5 ใน 10 ของประเทศกำลังพัฒนา และคาดว่าจะในปี ค.ศ. 2020 จะเพิ่มขึ้นเป็น 7 ใน 10 เท่า²

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และการสูญเสียศักยภาพของบุคคลในสังคม³ ด้วยเหตุที่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่ยั่งยืนและซับซ้อน โดยการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องการแผนการรักษาระยะยาว (Planned care) และมีระบบประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ของหน่วยบริการสุขภาพในแต่ละระดับ เป้าหมายการรักษาคือให้ความสำคัญ

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

** อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



กับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษา ซึ่งต้องการทักษะการดูแลตนเองที่บ้าน (Self care skills) และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน⁴ เห็นได้ว่าการดูแลโรคเรื้อรังเกี่ยวข้องกับบริการที่จัดให้ของหน่วยบริการ การสนับสนุนจากชุมชน การดูแลตนเอง

รูปแบบการดูแลเรื้อรัง (Chronic Care Model; CCM) เป็นกรอบแนวคิดหลายแง่มุม (Multifaceted framework) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน 2) หน่วยงานบริการสุขภาพ 3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง 4) การออกแบบระบบการให้บริการ 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ และ 6) ระบบข้อมูลทางคลินิก⁵ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดำเนินการตามแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง อย่างน้อย 1 องค์ประกอบก็มีผลต่อการมีผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยที่ดีขึ้น^{5,6} และจากการศึกษาของ Piatt et al.⁷ นำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังไปปฏิบัติในชุมชนโดยทำการศึกษาแบบทดลองที่แท้จริง ด้วยการออกแบบโปรแกรมรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย คือ การสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเองและการใช้ปัญหาเป็นฐานในการอบรมผู้ให้บริการ พบว่า การนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังไปปฏิบัติการในชุมชนมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน

การนำ CCM มาใช้ในประเทศไทย มีการกำหนดแนวทางในการบริหาร การควบคุมป้องกัน และการรักษาโรคเรื้อรัง โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เน้นบทบาทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้มีศักยภาพในการจัดบริการ ด้วยจุดเด่นของบริการต่อเนื่องและบริการรอบด้าน⁸ ใกล้ชิดประชาชน ทำให้สามารถเข้าใจ และวางแผนจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ คือ พฤติกรรมมีผลต่อโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) เป็นกุญแจสำคัญในการจัดการโรคเรื้อรัง บริการปฐมภูมิจึงมีบทบาทสำคัญ อย่างไรก็ตามพบว่า ระบบบริการที่เน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การปรับพฤติกรรมไม่ต่อเนื่อง การดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค เน้นแบบเป็นโครงการมากกว่าการ

เน้นกลุ่มประชากรที่ชัดเจน การช่วยสนับสนุนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่มีความต่อเนื่องทำให้การเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่บรรลุผลการป้องกัน¹⁰ การจัดบริการให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ทางคลินิก ไม่เน้นการสร้างการมีส่วนร่วมให้ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องรวมทั้งชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพในการจัดการปัญหาสุขภาพและกลุ่มเป้าหมายสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

การจัดบริการสุขภาพระดับอำเภอเป็นองค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพอำเภอที่อยู่บนหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน¹¹ ดูแลกลุ่มของประชากรที่อาศัยในพื้นที่ที่มีการแบ่งการปกครองและภูมิศาสตร์อย่างชัดเจน ประกอบด้วย องค์การของทั้งภาครัฐและไม่ใช่ภาครัฐ องค์การทางสังคม เอกชน เพื่อดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ร่วมกัน ดังนั้นหากมีการนำ CCM มาใช้ในการจัดการโรคเรื้อรังในระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ จะส่งผลต่อการจัดบริการ เนื่องจาก CCM ครอบคลุมแนวปฏิบัติระดับบุคคล องค์ประกอบของหน่วยบริการสุขภาพ และทรัพยากรชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอแห่งหนึ่ง มีการนำ CCM มาใช้ตามนโยบายของ สปสช. อย่างไรก็ตาม พบว่า ยังไม่มีการวิเคราะห์การดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังตามแนวคิด CCM ซึ่งผลจากการศึกษานี้จะใช้ในการวางแผนจัดสรรทรัพยากร ปรับปรุงบริการการดูแลโรคเรื้อรัง จัดโปรแกรมการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข และจัดโปรแกรมการสนับสนุนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดการการดูแลโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอแห่งหนึ่ง ในเขตจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง ตามแนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการดูแลเรื้อรัง (Chronic Care Model; CCM) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน 2) หน่วยงานบริการสุขภาพ



3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง 4) การออกแบบระบบการให้บริการ 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ และ 6) ระบบข้อมูลทางคลินิก โดยองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน ไม่ได้แยกจากกันแต่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของชุมชนและระบบบริการสุขภาพ ส่วนที่ครอบคลุมทั้งหมด โดยหน่วยที่มีทรัพยากรมาก เช่น โรงพยาบาลชุมชน สนับสนุนหน่วยบริการที่มีทรัพยากรน้อยกว่า เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ศึกษาในอำเภอแห่งหนึ่งตั้งอยู่ในเขตจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง เป็นอำเภอที่นำแนวคิด CCM มาใช้ และให้ความร่วมมือในการศึกษา จำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้น 37 คน ด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาอย่างสมัครใจ ประกอบด้วยผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับอำเภอ และตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกใช้เวลา 42 – 74 นาที เฉลี่ย 65 นาที การสนทนากลุ่ม ใช้เวลา 74– 88 นาที เฉลี่ย 78 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้วิจัย เครื่องบันทึกเสียง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และแบบบันทึกการถอดความคำให้สัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม โดยเครื่องมือในส่วนแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ได้รับการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน และทำการปรับแก้ไข ข้อความให้เหมาะสม หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในพื้นที่ใกล้เคียง จากนั้นจึงแก้ไขอีกครั้งก่อนนำไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับอำเภอ และตำบล ผู้นำชุมชน และทำการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 กลุ่มในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกี่ยวข้ององค์ประกอบของการดูแลตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังตามการรับรู้ของประชาชน และประสบการณ์การได้รับ

บริการโรคเรื้อรัง การเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการตรวจสอบสามเส้าด้วยข้อมูลแบบบุคคล (Person Data Sources Triangulation) และด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodology Triangulation) เป็นวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม¹² ทำการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล (Member Checking) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากถอดเทปการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม แบบคำต่อคำ นำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลักยืนยัน และตรวจสอบความครบถ้วนและคุณภาพของข้อมูล โดยใช้เวทีการคืนข้อมูลให้แก่ผู้ร่วมประชุม คือ ผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนความคิดและร่วมกันสรุปประเด็นข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการควบคู่ไปพร้อมๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลภายหลังการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง เพื่อค้นหาประเด็นที่ไม่ชัดเจนและต้องการสัมภาษณ์เพิ่มเติม การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งสุดท้ายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นลง ใช้การวิเคราะห์แบบธีมาทิก (Thematic analysis)¹³ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผลการวิจัย

การดูแลโรคเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ แห่งหนึ่ง ตามแนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง วิเคราะห์ตามรูปแบบ CCM เป็นดังนี้

1. ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน (Community Resources and Policies) มีความร่วมมือในการกำหนดและถ่ายทอดนโยบาย ดำเนินการผ่านคณะกรรมการในพื้นที่ ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณให้กับชุมชนและภาคสาธารณสุขในส่วนของกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะในพื้นที่เกี่ยวกับโรคเรื้อรังยังไม่ชัดเจน

“...ในพื้นที่ที่มีการนำ CCM มาใช้ แต่ยังไม่เต็มรูปแบบ เรายังไม่มีการประเมินว่าทำมาถูกทิศทางหรือไม่ ก็มีการส่งเจ้าหน้าที่ รพช. ไปอบรม ส่วน รพ.สต. เรากลับมาอบรมกันต่อเอง การใช้ CCM ก็มีการพูดเพื่อ



ถ่ายทอดในที่ประชุม เพื่อให้ทุกคน ใน คปสอ. รับทราบ ในส่วนชุมชนมีการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน ผ่านรูปแบบ การดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบล การใช้แผนที่ ทางเดินยุทธศาสตร์ ยังไม่ครบทุกกองทุน (เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลชุมชน 1)”

“การทำโครงการของกองทุนเน้นการ แก้ปัญหาตามโครงการที่ทางสาธารณสุขขอมา เนื่องจาก งานเยอะ เราจะทำตามนโยบายของกระทรวงฯ เป็นหลัก การทำเป็นข้อตกลงของพื้นที่ร่วมกัน ยังไม่มี (เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2)”

“เห็นพื้นที่อื่น อย่าง... ชื่ออำเภอ ... ทำ นโยบายของพื้นที่ร่วมกัน เกี่ยวกับงานบุญดเหล้า การ ตกลงกันเรื่องวิวาท เรื่องชื้อลงเสียงดังของวัยรุ่น ในพื้นที่ ยังไม่มีประเด็นที่กำหนดร่วมกันเป็นข้อตกลงของชุมชน แต่พยายาม จะทำ (เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น 1)”

2. หน่วยงานบริการสุขภาพ (Health care organization) ผู้นำในระดับอำเภอภาคสาธารณสุข คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) นำรูปแบบการ ดูแลโรคเรื้อรังมาใช้ในระดับอำเภอ มีการจัดสรรพยาบาล ลงไปให้บริการโรคเรื้อรัง ในพื้นที่ มีการวางแผนในการ เยี่ยมบ้านเป็นทีมระหว่าง รพ.สต. อสม. ร่วมกับ ทีม สหสาขาวิชาชีพจาก รพช. ในรายที่ควบคุมโรคไม่ได้ ยังไม่ได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาพมาใช้ในการ จัดโครงการในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้การ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแล โรคเรื้อรังยังไม่ได้ดำเนินการ

“การเยี่ยมบ้านมักจะทำในช่วงบ่ายเยี่ยมกัน เป็นทีม ทีมรพช. มีความเชี่ยวชาญด้านการรักษา ส่วนทีม รพ.สต. จะรู้จักประวัติ ความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ข้อมูล เหล่านี้จะนำมาเสริมการดูแลซึ่งกันและกัน และหากพบ ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ จะมีการส่งต่อไปรักษายัง โรงพยาบาล (ผู้บริหาร 2)”

“ในฐานะเป็นผู้ดูแลงานเวชกรรมสังคม พยายามแจ้งพื้นที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ว่า ทางอำเภอเราได้นำมาใช้มีการตรวจคัดกรองขึ้นทะเบียน จัดทีมแพทย์ลงตรวจที่ รพ.สต. จัดทีมสหสาขาวิชาชีพ เยี่ยมบ้าน ส่วนการประเมินผลว่าทำทั้งระบบ หรือไม่ เรา ยังไม่ได้ทำ” (เจ้าหน้าที่ รพช. 1)

3. การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management support) การสนับสนุนการดูแลตนเอง เป็นการให้ศึกษาแบบดั้งเดิมโดยการตั้งเป้าหมายการ รักษา ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่พิจารณาจากผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ไม่ได้กำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย เพื่อให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย การให้ความรู้ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่การติดตามผล ดูจากระดับความรู้ที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดในการจัด โครงการ ยังไม่มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง เจ้าหน้าที่ อสม. และผู้ป่วย

“ทุกปี จะมีการจัดโครงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยง มีการจัดกิจกรรมใน แต่ละฐานให้กับกลุ่มเสี่ยง ได้มีโอกาสเข้าร่วม มีการ ประเมินจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ และการประเมินความรู้ ของกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโครงการ ทำทุก รพ.สต. (เจ้าหน้าที่ รพช. 4)”

“หากอบรม หมอจากสถานีอนามัย หรือ โรงพยาบาลก็จะมาสอนให้ คนป่วยรู้จักเลือกกินอาหาร ที่ไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม ให้ออกกำลังกาย (อสม. 7)”

“ในพื้นที่การอบรมยังเป็นโครงการให้ ความรู้การจัดกลุ่มในคนที่ป่วยด้วยโรคเดียวกันยังไม่ได้ทำ เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนเจ้าหน้าที่อยู่กันเพียงสาม คน รวมทั้งหัวหน้า บางอาทิตย์หัวหน้าไปประชุมที่จังหวัด อำเภอติดตามนิเทศงาน เหลือคนทำงานสองคนงานหนัก ก็จะทำงานที่ตอบตัวชีวิตก่อน การทำกลุ่มเอาต้นแบบมา สอนกันในพื้นที่ ยังไม่ได้ทำ (เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 3)”

4. การออกแบบระบบบริการ (Delivery system design) การออกแบบระบบบริการเป็นการสร้าง แรงจูงใจจากภายนอก โรงพยาบาลชุมชน มีการกำหนด ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการจัดการโรคเรื้อรังของพื้นที่ สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง การติดตามการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมยังไม่ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง การเชื่อมโยง บทบาทแพทย์ใน รพช. กับบุคลากร เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ฯลฯ เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ และการทำแผนการดูแล (Plan care) ดำเนินการในรายที่ควบคุมโรคไม่ได้

“รพ.สต. จะเขียนโครงการของงบประมาณ สนับสนุน จากกองทุนสุขภาพตำบล กลุ่มปกติ เช่น ระดับ



น้ำตาลหรือความดันปกติ ไม่มีกิจกรรม ส่วนกลุ่มที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เชิญเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และอีก 6 เดือน จะมีการประเมินระดับน้ำตาลและความดันโลหิตซ้ำในกลุ่มเสี่ยง ส่วนการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังทำโครงการฯ ยังไม่ได้ดำเนินการติดตามจากผลการตรวจแลป ในการมาตรวจตามนัด (เจ้าหน้าที่ รพช. 2)”

“คนไข้จะเยาะทุกวันอังคาร หมอมาดตรวจที่ รพ.สต. อาทิตย์ละ 1 วัน วันละ 3 ชั่วโมง ในคนไข้ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ส่วนคนที่มารับยาต่อเนื่อง พยาบาลจะเป็นคนตรวจ (รพ.สต. 1)”

“หมออธิบายวันที่ไปหา และบอกว่าให้กินยาอะไร กินเมื่อไหร่ และจำได้ไม่ลืม เป็นมา 5 ปีแล้วอ่านซองยาไม่ได้หรอก เป็นภาษาไทย ฉันมีวิธีการจำซองยา เม็ดยาก็สีไม่เหมือนกัน เช่น ยาสีส้มกินตอนเช้า ครึ่งเม็ด ยาที่เป็นฉีก (ฟรอยด์หุ้มยา) 1 เม็ดก่อนนอน (ผู้ป่วย 4)”

“จากการเยี่ยมบ้าน พบยาเหลือ หลังจากทำการพูดคุย พบว่า ผู้ป่วยบอกว่า บางครั้งหากไม่มีอาการ ได้ทำการหยุดยาเอง (เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 3)”

5. การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision making support) มีคู่มือแนวทางปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline; CPG) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีการพัฒนาความรู้ของผู้ให้บริการ และพัฒนาความรู้ของ อสม. ด้วยการจัดอบรม ส่วนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของทีมเจ้าหน้าที่ อสม. และผู้ป่วย ยังไม่ชัดเจน

“การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ใช้แนวปฏิบัติของ สปสช. เจ้าหน้าที่ทาง รพช. ก็ส่งไปอบรมความรู้ และทาง รพช. จะจัดเองร่วมกับ รพ.สต. ในการให้ความรู้แก่ อสม. (เจ้าหน้าที่ รพช. 1)”

“การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นการให้สุศึกษา คำแนะนำหลังการตรวจ แจกแผ่นพับ (เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 4)”

“หมอจัดอบรมให้ อสม. ทุกปี ที่อนามัยส่วนใหญ่หมอมองจะถามเอาวันที่คนส่วนใหญ่ว่าง ก็จัดอบรม (อสม. 7)”

6. ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical information system) มีฐานข้อมูล การบริการ รพช. และ รพ.สต. ข้อมูลครอบคลุมกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย

กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนทะเบียนข้อมูล ระบบข้อมูลโรคเรื้อรังขาดการเชื่อมโยงในทางปฏิบัติ

“โปรแกรมระบบข้อมูลที่ รพช. ใช้ Hos XP ส่วนที่ รพ.สต. ใช้ JHCIS” (เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 3)

“เมื่อเราจัดโครงการทำการคัดกรอง และบันทึกจำนวนผู้มารับบริการ จัดทำทะเบียน กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย แยกตามเพศ และหมู่บ้านไว้ เมื่อจัดกิจกรรม ก็ทราบว่าเป็นใคร ประสานการเชิญโดย อสม. ในแต่ละหมู่ ในส่วนของการติดตามการเป็นผู้ป่วยใหม่มาจากกลุ่มปกติ หรือกลุ่มเสี่ยง ยังไม่ได้ทำการวิเคราะห์เพื่อจัดกิจกรรมให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม (ผู้บริหาร รพ.สต. 2)”

“การดำเนินการ เป็นไปตามแนวทางการดูแลโรคเรื้อรัง และบันทึกข้อมูลเสนอ ตามตัวชี้วัดของกระทรวงฯ (เจ้าหน้าที่ รพช. 2)”

การอภิปรายผล

การจัดการโรคเรื้อรัง ในระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ตามแนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง 6 องค์ประกอบ ในส่วนของทรัพยากรและนโยบายของชุมชน การออกแบบนโยบายของชุมชน ต้องคำนึงถึงบริบทวัฒนธรรมของพื้นที่และทรัพยากรที่มีอยู่เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรังต้องอยู่กับโรคนั้นเป็นระยะเวลานาน ต้องกลับไปอยู่กับวิถีชีวิตประจำวันที่บ้านที่มีบริบทแตกต่างกัน ทางสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ ดังนั้น เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลทุกระดับ ชุมชนจึงควรมีส่วนร่วมในการจัดการโรคเรื้อรังของพื้นที่ เช่น การมีส่วนร่วมในการประชุม การเสนอความคิดเห็นเพื่อออกแบบมาตรการทางสังคม สอดคล้องกับการทำงานของตำบลละชุมชน ในการทำงานเรื่องโรคเรื้อรัง ซึ่งเริ่มด้วยการนำเครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้ เกิดมาตรการทางสังคม คือการทำข้อตกลงร่วมกันและมีการประกาศเจตนารมณ์ เช่น ทุกหลังคาเรือนมีป้ายเตือนลดเครื่องปรุง ลดหวานมัน เค็ม จัดกิจกรรมออกกำลังกายทุกสัปดาห์ จัดทำอาหารเพื่อสุขภาพในงานพิธีของหมู่บ้านหรืองานอวมงคล ให้ลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการปลูกผักพื้นบ้านและสมุนไพรเพื่อบริโภค การเยี่ยมติดตามให้



ความรู้กับประชาชนและส่งเสริมให้มีจิตสำนึกการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยใน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น¹⁰ การศึกษาครั้งนี้เป็นบริบทพื้นที่สูง ประชากรส่วนใหญ่ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประกอบการอาชีพทำไร่ ปลูกผัก พบว่า ไม่เวลาออกกำลังกาย แต่มีการเคลื่อนไหวออกแรงในการทำงาน ท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรออกนโยบายร่วมกับพื้นที่ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของชนเผ่า จากการศึกษาของวิไล เล่าอย่าง¹⁴ พบว่า ครอบครัวมักจะปรุงอาหารกินเองทุกวัน โดยผู้หญิงจะเป็นผู้รับผิดชอบในการเตรียม ปรุง จัดเสิร์ฟ ดังนั้นการจัดกิจกรรม เพื่อให้เกิดมาตรการทางสังคม ควรจะมีผู้หญิงร่วมด้วย นอกจากนี้การประกอบอาชีพของชนเผ่า เป็นการทำงานหนัก เช่น ปลูกข้าวไร่ ปลูกขิง แบทพืชผัก เป็นต้น ถือเป็นการเคลื่อนไหวออกแรงระดับหนัก โดยมีการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ที่มีการทำซ้ำและต่อเนื่อง ซึ่งทำให้มีระดับชีพจรมากกว่าร้อยละ 70 ของการเต้นชีพจรสูงสุด¹⁵ การใช้แนวคิดการเคลื่อนไหวออกแรงเพื่อสุขภาพมีความเหมาะสมกับพื้นที่มากกว่าการจัดกิจกรรม หรือการจัดพื้นที่ เพื่อการออกกำลังกาย แต่อย่างไรก็ตามพื้นที่ออกกำลังกายอาจมีความจำเป็นในการจัดในกลุ่มเยาวชน

หน่วยงานบริการสุขภาพ มีนโยบายของ รพช. ที่เป็นเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิบริการสุขภาพระดับอำเภอ ในการดูแลโรคเรื้อรัง ที่ถ่ายทอดไปสู่พื้นที่ในระดับตำบล ถือเป็นความมุ่งมั่นที่มีความสำคัญที่เป็นหลักของกิจกรรมทั้งหมดในการนำนโยบายไปปฏิบัติ¹⁶ อย่างไรก็ตามการนำนโยบายการดูแลโรคเรื้อรัง โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังไปปฏิบัติของหน่วยงานควรมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kowanko et al.¹⁷ เรื่องกลยุทธ์การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชนชาวอะบอริจินนิส เริ่มดำเนินการในปี ค.ศ. 2008-2011 เพื่อพัฒนาการจัดการโรคเรื้อรัง ด้วยการอบรมเจ้าหน้าที่ในการใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง การกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แนวคิดระหว่างหน่วยงานบริการสุขภาพ การกระจายทรัพยากรเพื่อใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนากลุ่มผู้สนับสนุนการดูแลโรคเรื้อรังในชุมชน หลังจากนั้นทำการติดตามผลการดำเนินงานตามกลยุทธ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 36

คนที่เข้าร่วมโครงการ มีดัชนีมวลกาย ไตรกลีเซอไรด์ ระดับไขมัน LDL และ HbA1C ลดลง และมีการวางแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ที่เหมาะสม

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นชนเผ่า ไม่สามารถอ่านภาษาไทยได้ และมีปัญหาในการอ่านฉลากยา ซึ่งส่งผลต่อการดูแลตนเอง ซึ่งจากการศึกษาของลัดดาวัลย์ ปัญญา¹⁸ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในคุณภาพบริการสุขภาพระหว่างคนไทยกับชาวเขา ในด้านการพูดคุยสื่อสาร รวมถึงความเข้าใจฉลากยา คำแนะนำในการใช้ยา และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ดังนั้นการสนับสนุนการดูแลในชนเผ่าควรคำนึงถึงการเข้าถึงข้อมูลการใช้ยา ความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา และทักษะการสื่อสารของผู้ให้บริการและผู้ป่วยในการใช้ยา การปฏิบัติตัวเมื่อป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยผู้ให้บริการสุขภาพต้องมีส่วนร่วมทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย การตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม ทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม องค์ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม ความสามารถในการเผชิญและจัดการกับวัฒนธรรม¹⁹ นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ควรสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยด้วยการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน สร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเอง ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความจำเป็นทางสังคม สร้างความรับผิดชอบในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นการกระตุ้นโดยให้ผู้ป่วยติดตามปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของตนเองอย่างต่อเนื่อง²⁰ จากการศึกษาของ Kim, Moran, Wilkin & Ball-Rokeach²¹ ได้ทำการศึกษาประชาชนแอฟริกันอเมริกันและชาวลาตินอเมริกัน ที่อาศัยในลอสแอนเจลิส พบว่า การเข้ากลุ่มของประชาชนทำให้มีการสื่อสารเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลการปฏิบัติตัว พบว่า การรวมกลุ่มในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและเบาหวาน จะเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ชาวม้งมีการย้ายถิ่นเพื่อการประกอบอาชีพ แสดงให้เห็นว่า เศรษฐกิจ เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพประเด็นหนึ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพ ทั้งนี้ควรจัดให้มีการประสานงานระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หอการค้าจังหวัดเพื่อมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาเศรษฐกิจให้กับชาวม้ง ที่อาศัยในพื้นที่สูง นอกจากนี้หน่วยงานทางสุขภาพควรมีการนำข้อมูลเกี่ยวกับ



ผู้ป่วยในพื้นที่ ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับบริการไม่ต่อเนื่องจากการย้ายถิ่นเพื่อประกอบอาชีพ มาจัดทำประวัติ และจัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อใช้ในการจัดบริการสุขภาพให้มีความต่อเนื่อง (Informational continuity) โดย Kreps & Sparks²² ระบุว่า สิ่งท้าทายในการจัดบริการสุขภาพให้กลุ่มประชากรผู้ป่วย คือ การสื่อสาร ทั้งนี้เจ้าหน้าที่จะต้องออกแบบวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม ให้ประชากรกลุ่มนี้เข้าถึงข้อมูล เพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ นอกจากนี้ระบบข้อมูลทางคลินิก ต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้เกิดการดูแลต่อเนื่องระหว่างเจ้าหน้าที่และทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงการดูแลต่อเนื่องระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ (Cross-boundary continuity) อย่างไรก็ตามพบว่าระบบข้อมูลมีความหลากหลายการเชื่อมโยงของข้อมูลยังไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้ โดยโรงพยาบาลชุมชนใช้โปรแกรม HOSxP ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้โปรแกรม JHCIS โดยยังไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลของทั้งสองระบบ และนำมาใช้ในการวางแผนจัดบริการสุขภาพร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

ในการนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อการพัฒนาบริการสุขภาพระดับอำเภอในส่วนของท่านควรมีการร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพระดับอำเภอจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพชุมชน กำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและมาตรการทางสังคมให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ หน่วยบริการสุขภาพควรมีการติดตาม ประเมินผล โครงการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง พัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเจ้าหน้าที่ สร้างทักษะการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วย สร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ อสม. และผู้ป่วย รวมถึงการจัดระบบบริการให้มีความต่อเนื่องด้านข้อมูล เพื่อให้มีการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักวิจัยการเกษตร (สวก.) สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ปีงบประมาณ 2557

References

1. Dhillon PK, Jeemon P, Arora NK, Mathur P, Maskey M, Sukirna RD, et al. Status of epidemiology in the WHO South-East Asia region: burden of disease, determinants of health and epidemiological research, workforce and training capacity. *International Journal of Epidemiology* 2012; 41(3): 847-60.
2. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2010.
3. Vinicor F, Rufo K, Murphy D. Diabetes and public health in the United States. In: Zimmet P, editor. *International Textbook of Diabetes Mellitus*. Chichester, West Sussex, U.K: John Wiley & Sons; 2004.
4. Coleman K, Austin BT, Wagner EH, Brach C. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Affairs* 2009; 28(1): 75-85.
5. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA: The Journal Of The American Medical Association* 2002; 288(15): 1909-14.
6. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care* 2005 Aug; 11(8): 478-88.
7. Piatt GA, Orchard TJ, Emerson S, Simmons D, Songer TJ, Brooks MM, et al. Translating the chronic care model into the community: results from a randomized controlled trial of a multifaceted diabetes care intervention 2006; (4): 811.



8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2552. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2552.
9. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364(9438): 937-52.
10. สุพัตรา ศรีวนิชกร. การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชนเวทีเสวนา “ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน” ครั้งที่ 7 สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: บ. ที คิว พี จำกัด; 2555.
11. Dookie S, Singh S. Primary health services at district level in South Africa: a critique of the primary health care approach. *BMC Family Practice* 2012; 13(1): 67.
12. Thurmond VA. The Point of Triangulation. *Journal of Nursing Scholarship* 2001; 33(3): 253.
13. Boyatzis RE. Transforming qualitative information: thematic analysis and code development / Richard E. Boyatzis: Thousand Oaks, CA: Sage Publications, c1998.; 1998.
14. วิไล เล่าอย่าง. วัฒนธรรมอาหารของชาวม้ง : อดีตและปัจจุบัน. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
15. American Council on Exercise. Life Style & Weight Management Consultant Manual; 1996.
16. Giacchino S, Kakabadse A. Successful policy implementation: The route to building self-confident government. *International Review of Administrative Sciences* 2003; 69(2): 139-60.
17. Kowanko I, Helps Y, Harvey P, Battersby M, McCurry B, Carbine R, et al. Chronic Condition Management Strategies in Aboriginal Communities: Final Report 2011. Adelaide: Flinders University and the Aboriginal Health Council of South Australia; 2012.
18. ลัดดาวัลย์ ปัญญา. ความแตกต่างทางสุขภาพและการได้รับการดูแลสุขภาพระหว่างคนไทยกับชาวเขา: กรณีศึกษาอำเภอพบพระจังหวัดตาก: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
19. Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing* 2002; 13(3): 181-4.
20. Musacchio N, Scher AL, Giancaterini A, Pessina L, Salis G, Schivalocchi F, et al. Impact of a chronic care model based on patient empowerment on the management of Type 2 diabetes: effects of the SINERGIA programme. *Diabetic Medicine* 2011; 28(6): 724-30.
21. Kim YC., Moran MB, Wilkin HA, Ball-Rokeach SA. Integrated Connection to Neighborhood Storytelling Network, Education, and Chronic Disease Knowledge Among African Americans and Latinos in Los Angeles. *Journal of Health Communication: International Perspectives* 2011; 16(4): 393-415.
22. Kreps GL, Sparks L. Meeting the health literacy needs of immigrant populations. *Patient Education and Counselling* 2008; 71(3): 328-32.



Chronic Disease Management According to Chronic Care Model in a District Health System Network

Phudit Tejavivaddhana DHSM*

Nithra Kitreerawutiwong PhD*

Sunsanee Mekrungrongwong PhD***

Supatana Chomson PhD**

Jariya Hangsantea MS.***

Abstract

The chronic care model has proven to be effective for achieving optimal health outcome. Moreover, the new approach in managing chronic disease focuses on primary care to increase the need for care coordination of chronically ill patients. This study aimed to explain the implementation of chronic illness care of one district health system aligned with the chronic care model. Qualitative research was conducted. Participants were recruited by purposive sampling. In-depth interviews were employed to collect data from 9 participants working as policy makers and practitioners in the district. To extract more detailed information, 28 participants of village health volunteers and chronically ill patients were divided into 4 focus group discussions. Semi-structure interview guidelines were used in the discussions. The data was analyzed by thematic analysis.

Results revealed that the local organization, village health volunteers and chronically ill patients were in cooperation with health care facilities. Although there was a process of implementing chronic care model policy in the district health system, the monitor and evaluation processes were absent. The study also revealed that self-management support had been practiced alongside traditional approach. Delivery system design only focused on external motivation. Decision support aligned with modeling for sharing was not realized or revealed. Clinical information system lacked interoperability.

The results have implications for improvement in chronic illness management in a district. Local government should be cooperated with district health system in establishing community health plan, determined health public policy, and social norm in accordance with their context. Healthcare organization should be monitored and evaluated health behavior modification continuously, improved cultural competency of healthcare personnel, supported self-management skills in patients with chronic illness, encouraged partnership among healthcare providers, village health volunteer and patients, and linked data to support in clinical and community decision making.

Keywords: chronic disease management, chronic care model, district health system network

* Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

** Lecturer, Faculty of Public Health, Naresuan University