

## การศึกษาเชิงประเมินระบบป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระดับอำเภอในภาคเหนือของประเทศไทย 2562

นิพนธ์ เอกธิษัฏรุ่งเรือง พ.บ. ว.ก.ม.(อายุรศาสตร์เขตร้อน) วว.เวชศาสตร์ป้องกัน(แขนงระบาดวิทยา)\*  
นพพร ศรีเม็ด ศษ.ม.\* อำนวยการ เมืองแก้ว ว.ก.ม.\*

### บทคัดย่อ

**ความเป็นมา :** โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable disease; NCD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ การจัดการการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีมาตรการในหลายด้านและอาศัยกลไกกระบวนการต่าง ๆ ในหลายระดับ หลายมิติ การขับเคลื่อนการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคในระดับพื้นที่ จึงจำเป็นต้องมีการประเมินเพื่อทราบ สถานการณ์ประสิทธิภาพกลไกและความเป็นไปของระบบ อำเภอเป็นระดับของพื้นที่เป็นยุทธศาสตร์ที่สามารถศึกษา เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจในระบบองค์รวมและการพัฒนาต่อเนื่องของการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อประเมินระบบป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านกระบวนการ (process) ระดับอำเภอใน ภาคเหนือของประเทศไทย

**วิธีการศึกษา :** การศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) ในเชิงประเมินประกอบด้วย เชิงปริมาณ (quantitative) โดยใช้กระบวนการประเมินมาตรฐาน NCD คลินิกคุณภาพ และการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative) โดยการลงพื้นที่เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การทำกลุ่ม focus group การรับฟังนำเสนอניתเทศงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในระบบ จากตัวแทน จำนวน 20 อำเภอ ในปี 2562 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์คุณภาพ เชิงเนื้อหาโดยแนวทาง chronic care model และงานพัฒนาระบบ

**ผลการศึกษา :** ระบบการควบคุมป้องกันโรค NCDs ในระดับอำเภอภาคเหนืออยู่ในระดับพื้นฐานร้อยละ 60 ระดับดีร้อยละ 35 ดีมากร้อยละ 5 ตามเกณฑ์คุณภาพ โดยองค์ประกอบด้านสารสนเทศอยู่ในระดับดี มาก ระบบสนับสนุนการตัดสินใจอยู่ในระดับดี ด้านนโยบาย ด้านการปรับระบบและกระบวนการ ด้านระบบสนับสนุนการ จัดการตนเองและการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชนอยู่ในระดับพื้นฐาน โดยเกณฑ์ NCD คลินิกคุณภาพ

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ระบบการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการพัฒนาโดยพื้นฐานและต่อเนื่องได้โดย การใช้ข้อมูลระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ ภาวะผู้นำ ทีม ผู้จัดการ ในการเชื่อมโยงบริการและภาคประชาชน การเรียนรู้แลกเปลี่ยนระหว่างเครือข่ายและการจัดการความรู้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาร่วมกันได้ดีและอย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ :** โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การประเมินระบบป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระดับอำเภอ

\* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ : นิพนธ์ เอกธิษัฏรุ่งเรือง E-mail : punuttapon@gmail.com

วันที่รับเรื่อง : 20 กรกฎาคม 2564 วันที่ส่งแก้ไข : 23 ธันวาคม 2564 วันที่ตีพิมพ์ : 31 ธันวาคม 2564

# AN ASSESSMENT OF NON-COMMUNICABLE DISEASES PREVENTION AND CONTROL SYSTEM ON AT DISTRICT LEVEL IN NORTHERN THAILAND 2562

Nuttapon Ekarakrungrung M.D. M.C.T.M (Trop.Med.), Thai Board of Preventive Medicine (Epidemiology)\*,  
Nopporn Sripud M.Ed.\*, Amnat Muengkheew M.S.\*

## ABSTRACT

**BACKGROUND :** Non-communicable disease (NCDs) is most important public health problem. Prevention and control of NCDs systems may consist various mechanism, aspect or issue for operating activity. Developing NCDs prevention and control program at area base needs information about the situation, context and effectiveness assessment about the systems. District level may proper for sampling, evaluation base on local.

**OBJECTIVE :** To assess the NCDs prevention and control systems, focus on the process of the district level, northern Thailand.

**METHODS :** This study was a descriptive study. 20 Districts were selected for sampling, data collected to assess. A quantitative study by adapting NCDs clinic evaluation standard questionnaire. Qualitative study designs a field interview on the local site, including in-depth-interview, focus group of stakeholder or relevant. Analysis used descriptive statistics. Qualitative analyzed using system reviews content analysis followed the chronic care model and other health quality system management.

**RESULTS :** : The prevention and control NCDs systems in district level, northern Thailand were in basic level 60%, Good 35% by criteria. The issue was included, information system was a very good level, decision support was a good level, and policy, changing process, self-management support and linkage community all were basic level.

**CONCLUSIONS AND DISCUSSIONS :** The prevention and control NCDs system has developed on the basis and continually improve by the epidemiological data and information of NCDs. The leadership, teamwork, manager are keys to connect for linkage between the service of NCDs and partnership and population. Learning exchange between NCDs network and learning management may help in cooperating and sustainable development.

**KEYWORDS :** non-communicable disease (NCD), assessment of non-communicable diseases prevention and control, district level

\* Office of disease prevention and control 1, Chiangmai

Corresponding Author : Nuttapon Ekarakrungrung E-mail : [punuttapon@gmail.com](mailto:punuttapon@gmail.com)

Accepted date : 20 July 2021 Revise date : 23 December 2021 Publish date : 31 December 2021

## ความเป็นมา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases : NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งระดับประเทศและระดับโลกเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและการเสียชีวิตก่อนวัย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และยิ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ

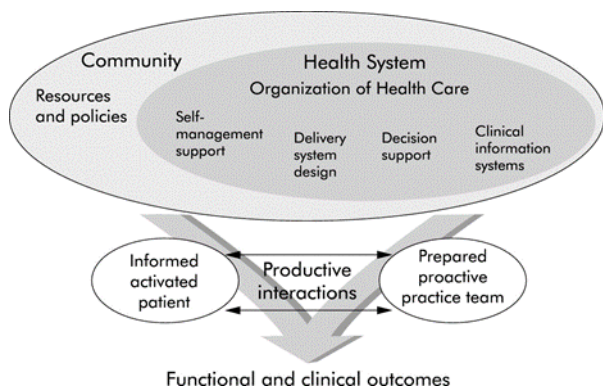
สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ทั้งนี้สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น ประเทศไทยความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 15.8 ในปี 2562 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.9 ในปี 2561 ส่วนความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับร้อยละ 35.7 ในปี 2562 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.4 ในปี 2561 ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันควบคุม จัดการกับปัจจัยและโรคไม่ติดต่อ คือ คุณภาพของระบบบริการสุขภาพที่สามารถสนับสนุนการดูแลและจัดการโรคไม่ติดต่อ เพื่อลดเสี่ยง ลดโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยให้มีแนวโน้มที่ดีขึ้น<sup>1-2</sup>

ระบบป้องกันควบคุมโรคในที่นี้ หมายถึง ระบบป้องกันควบคุมโรค ครอบคลุม การป้องกัน ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ โดยมุ่งเน้นกลุ่ม NCDs ซึ่งเป็นกลุ่มหลักเป็นกลุ่มที่มีการดำเนินของโรคพยาธิสภาพร่วมกัน ได้แก่ เบาหวาน (diabetes mellitus; DM) ความดันโลหิตสูง (hypertension; HT) โรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease; CVD) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease; CKD) ภาวะอ้วน ไขมันในเลือดสูง รวมไปถึงปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่ป้องกัน ควบคุม และจัดการได้ด้วยมาตรการที่เหมาะสม ตั้งแต่

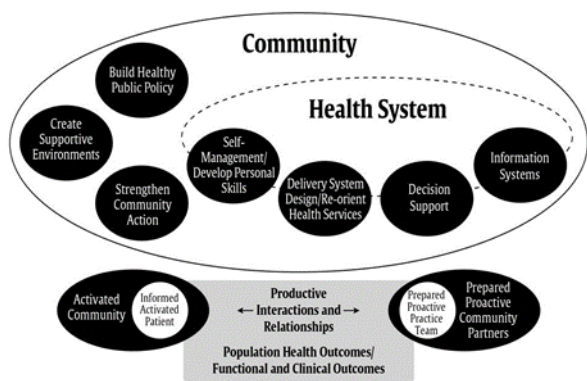
มาตรการด้านกฎหมาย ควบคุมปัจจัยกำหนด หลักร้อยปัจจัยเสี่ยง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดเสี่ยง ปรับสภาพแวดล้อมที่ลดเสี่ยงและเอื้อต่อสุขภาพและการเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพของกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคสามารถควบคุม ป้องกันปัจจัยเสี่ยงร่วม/โอกาสเสี่ยงได้หรือดีขึ้น ลดอัตราป่วย กลุ่มป่วยสามารถควบคุมสภาวะของโรคได้ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการนอนโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิตที่สัมพันธ์โดยตรงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยทำงาน<sup>2,4</sup>

กรอบแนวคิดของการศึกษา เนื่องจากบริบทโปรแกรมงานการป้องกันควบคุมโรคมีความซับซ้อนหลายมิติซึ่งเกี่ยวข้องกับ นโยบาย มาตรฐาน โครงสร้าง และกระบวนการ การศึกษานี้จึงได้อาศัยระบบของ NCDs โดยหยิบยกทฤษฎีและการพัฒนากระบวนการที่สำคัญ คือ ทฤษฎี Chronic care Model (ภาพที่ 1) เป็นกรอบแนวคิดเพื่อเพิ่มคุณภาพระบบบริการสุขภาพในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยง รูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง มองภาพการดูแลแบบระดับบุคคลมาเป็นการดูแลแบบบูรณาการเข้าถึงประชากรและการป้องกันมากขึ้น เป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก โดยมีการปรับกระบวนการทัศน์ใหม่ของการจัดการภาวะเรื้อรังที่มากกว่าการรักษาทางการแพทย์ แต่รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ บทบาทของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยมิใช่เพียงผู้รับการดูแลรักษาแต่เป็นส่วนหนึ่งของทีมการดูแลรักษา การดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะครอบคลุมทั้งหมด ได้แก่ ชุมชนที่ประกอบด้วยนโยบายและทรัพยากรในชุมชนทั้งสาธารณะหรือเอกชน ส่วนที่เกี่ยวข้องระบบสุขภาพ ประกอบด้วยโรงพยาบาลที่ให้บริการแบบบูรณาการและผสมผสาน โดยทีมแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ<sup>3</sup>



ภาพที่ 1 The Chronic Care Model

นอกจากนี้ ยังมีการขยายรูปแบบเป็น Expanded Chronic Care Model (ภาพที่ 2) ด้วยการประยุกต์หลักการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมนโยบายเพื่อสุขภาพชุมชน ปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน (Population Health Outcomes) นอกเหนือจากผลลัพธ์ทางคลินิก



ภาพที่ 2 The Expanded Chronic Care Model

การดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ เป็นการพัฒนางานการประเมิน บูรณาการระหว่างเครือข่ายของคลินิกในสถานบริการที่เชื่อมโยงการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิก เพื่อให้เกิดการเพิ่มคุณภาพบริการในกระบวนการ ป้องกัน ควบคุม ดูแล และ

จัดการกับสาเหตุของปัญหาโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ โดยอิงแนวทาง Chronic care Model องค์ประกอบหลักของคลินิก NCD คุณภาพ จึงได้แก่ ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน<sup>5</sup>

ความสำคัญและเหตุผลการศึกษา การศึกษานี้สนใจการดำเนินงานในระดับอำเภอ ซึ่งเป็นระดับหน่วยสำคัญของพื้นที่ที่มีบริบท การปกครอง ท้องถิ่น สถานพยาบาล ประชากร สิ่งแวดล้อมและสภาพสังคม การดำเนินกิจกรรม ที่จะสามารถเชื่อมโยงให้เห็นระบบทางด้านสุขภาพสำหรับโรคไม่ติดต่อได้ในขอบเขตที่สำคัญและเบ็ดเสร็จระดับหนึ่ง ในการศึกษาจึงได้ลองใช้กลไกของการดำเนินงานเป็นแนวทางในการประเมินระบบ เพื่อให้เห็นองค์รวมและประเด็นที่อาจสามารถกำหนดการขับเคลื่อนงานในยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่เป็นจุดนำไปขยายผลพัฒนาต่อในการลด NCD ได้

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินคุณภาพระบบ ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD
2. เพื่อประเมินระบบในเชิงคุณภาพ (Qualitative) องค์รวม ผ่านผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับต่างๆ
3. ศึกษาเชิงประเมินและวิเคราะห์ระบบป้องกันควบคุมโรค NCDs ในระดับอำเภอ
4. เพื่อทราบข้อมูลบริบท กลไก ประเด็นการขับเคลื่อน NCDs ในระดับพื้นที่เพื่อนำไปใช้พัฒนาและการจัดการความรู้

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบการศึกษา

การศึกษาเชิงการประเมิน (assessment) แบบภาคตัดขวาง (cross sectional study) โดยใช้กรอบการศึกษาตาม แนวทาง chronic care mode และบูรณาการกับแนวทางการขับเคลื่อน NCD clinic คลินิกคุณภาพ ประกอบด้วย

### การศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative)

**เครื่องมือที่ใช้** แบบประเมินให้คะแนนตามเกณฑ์ NCD clinic คุณภาพ ตามหมวด องค์ประกอบ ได้แก่ 1.ด้านนโยบาย การกำหนดทิศทางเป้าหมาย 2.ด้านระบบสารสนเทศ 3.การปรับระบบและกระบวนการบริการ 4.ระบบสนับสนุนจัดการตนเอง 5.ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ 6.การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน<sup>5</sup>

### การศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative)

เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ In-Depth Interview และ Focus group Stake holder ได้แก่ ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล case manager สหสาขาวิชาชีพต่างๆ งานเวชปฏิบัติครอบครัว รพสต. อสม. รพสต. ท้องถิ่น ตัวแทนผู้ป่วย และตัวแทนกลุ่มต่างๆ ทั้งนี้การจัดกลุ่มสัมภาษณ์จะเป็นกลุ่มละ 5-10 คน ตามความพร้อมและสมัครใจ 3 กลุ่ม จำแนกตาม 1. กลุ่มผู้บริหารและดูแลระบบ 2.กลุ่มทีมดูแลสหสาขาวิชาชีพ 3.กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและชุมชน โดยมีการกำหนดการเก็บข้อมูล แนวคำถาม ด้านเกี่ยวกับ บทบาท การปฏิบัติงานดำเนินการ ความเชื่อมโยงในระบบ และการสะท้อนปัญหา

ข้อมูลทั่วไปพื้นฐาน สถานการณ์นำเข้าจากการนำเสนออินเทคน์ ตรวจราชการประจำปี การลงพื้นที่ ข้อมูลจาก Health Data Center

### ประชากรศึกษา

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มตัวอย่าง อำเภอที่ลงประเมินเก็บข้อมูล จำนวน 20 อำเภอเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยพิจารณาความพร้อมและความสมัครใจร่วมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ครอบคลุม 8 จังหวัดในภาคเหนือตอนบน ได้แก่ เชียงใหม่ 3 อำเภอ, แม่ฮ่องสอน 2 อำเภอ, ลำพูน 2 อำเภอ, ลำปาง 3 อำเภอ, แพร่ 2 อำเภอ, น่าน 3 อำเภอ, พะเยา 2 อำเภอ และ เชียงราย 3 อำเภอ สัดส่วนตามอำเภอในจังหวัดและจำนวนแห่งที่จะสามารถลงพื้นที่ได้ ขอบเขตของการศึกษาปี 2561-2562

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ ตามเกณฑ์การผ่านระดับ ผลลัพธ์การประเมิน NCD clinic คุณภาพ และข้อมูลประเด็นการประเมินแยกตามหัวข้อการพัฒนาต่างๆ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการสอบถามข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลแบบ content analysis ร่วมกับทีมศึกษาสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด วิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางองค์ประกอบ chronic care model เชื่อมโยงประเด็นจากข้อมูลที่ได้รับ จากบริบทองค์ความรู้เรื่องโรค การป้องกันควบคุมโรค การบริหารจัดการ วิธีทำงานคุณภาพ ระบบงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องต่างๆ



## วิธีดำเนินงาน

ประสานงานผู้ดูแลงานโรคไม่ติดต่อจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 8 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลประจำอำเภอในอำเภอที่ดำเนินงาน ประสานงานนัดหมายผู้เกี่ยวข้อง

Stakeholder ให้ข้อมูล ดำเนินการจัดการประชุมทีมลงพื้นที่ร่วม เข้าเยี่ยมหน้างาน ดำเนินการเก็บข้อมูลคืนข้อมูล เรียนรู้แลกเปลี่ยนแต่ละแห่ง บันทึกข้อมูลวิเคราะห์สังเคราะห์และสรุปงาน

## ผลการศึกษา

## ผลจากการศึกษาเชิงปริมาณ

ตารางที่ 1 การประเมินคุณภาพระบบตามเกณฑ์ ตามระดับการประเมิน จำนวน 20 อำเภอ (N= 20) <sup>5</sup>

ระดับการประเมิน	เกณฑ์	จำนวน	ร้อยละ
ดีเด่น	85-100	0	0
ดีมาก	80-84	1	5.0
ดี	70-79	7	35.0
พื้นฐาน	60-69	12	60.0
ต่ำกว่าพื้นฐาน	<60	-	0

ตารางที่ 2 คะแนนประเมินตามองค์ประกอบของการประเมิน

องค์ประกอบ	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	S.D.	%
<u>1.การกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ของการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ</u>	<u>35</u>	<u>22.3</u>	2.7	<u>61.9</u>
1.1. NCD board ประกอบด้วยภาคีเครือข่าย ใน และ/หรือ นอก	5	3.0	0.4	60.0
กระทรวงสาธารณสุขภายในอำเภอ				
1.2 วางแผนปฏิบัติการและตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อ	5	2.9	0.3	58.0
เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกัน และจัดการดูแล				
รักษาโรคไม่ติดต่อ				
1.3 สื่อสาร ทิศทาง นโยบายเป้าหมาย ไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ	5	3.0	0.2	60.0
1.4 ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ NCDs	10	6.8	1.0	68.0
1.5 บุคลากร สถานที่ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพียงพอ และเอื้อต่อ	5	2.9	0.1	58.0
การเข้าถึงการบริการ				
1.6 เครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการที่เพียงพอ มีประสิทธิภาพ	5	2.9	0.2	58.0
และพร้อมใช้งาน				
<u>2. ระบบสารสนเทศ</u>	<u>35</u>	<u>28.5</u>	3.1	<u>81.4</u>
2.1 ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน	5	3.9	0.4	78.0
และจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์ หรือเอกสาร				

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

องค์ประกอบ	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	S.D.	%
2.2 ระบบข้อมูล และสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเพื่อการบริหาร ต่อเนื่องในเครือข่าย และเชื่อมโยงกับ data center อำเภอ และ data center จังหวัด	5	3.8	0.2	76.0
2.3 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกัน ควบคุมโรค ไม่ติดต่อ และออกแบบบริการสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย (รายบุคคล รายนกลุ่มและกลุ่มประชากร)	15	12.5	0.3	83.3
2.4 การรายงานข้อมูล ให้ผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย	10	8.3	0.5	83.0
<b>3. การปรับระบบ และกระบวนการบริการ</b>	<b>60</b>	<b>39.7</b>	<b>5.1</b>	<b>66.1</b>
3.1 การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และปัจจัยกำหนดของผู้รับบริการ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล รายกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง)	10	6.0	0.2	60.0
3.2 การวินิจฉัยลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่และแจ้งผลการวินิจฉัยแก่สถาน บริการเครือข่ายที่ส่งมา	10	6.2	0.2	62.0
3.3 การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดัน โลหิตสูง	10	8.8	0.3	88.0
3.4 ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD system Manager/ Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	10	7.0	0.3	70.0
3.5 เครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการทั้งใน และนอก กระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมโยงไปชุมชน	10	5.8	0.2	58.0
3.6 ระบบการส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงบริการได้ง่าย	10	5.9	0.2	59.0
<b>4. มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง</b>	<b>40</b>	<b>25.8</b>	<b>2.8</b>	<b>64.5</b>
4.1 การจัดการบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ และ การจัดการตนเอง	10	7.1	0.1	71.0
4.2 กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลสุขภาพ และการ จัดการตนเองของผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล	10	6.2	0.1	62.0
4.3 การสนับสนุนการจัดการตนเอง การทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม	10	6.2	0.2	62.0
4.4 สื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของ ผู้รับบริการ	10	6.3	0.1	63.0



ตารางที่ 2 (ต่อ)

องค์ประกอบ	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	S.D.	%
<u>5. ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ</u>	<u>25</u>	<u>17.6</u>	1.7	<u>70.4</u>
5.1 แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่จัดทำขึ้นตาม แนวทางปฏิบัติระดับประเทศ	5	4	0.2	80.0
5.2 ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบทีมผู้จัดการ ระบบ กับผู้ให้บริการในคลินิกวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการ สาธารณสุข	10	6.7	0.3	67.0
5.3 Chronic Case Conference / KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล และจัดการโรค	10	6.9	0.2	69.0
<u>6. จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน</u>	<u>55</u>	<u>36.6</u>	4.2	<u>66.5</u>
6.1 การจัดบริการในการเสริมทักษะในการลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน	10	7.0	0.2	70.0
6.2 สนับสนุนนโยบาย แผนการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับ สภาพแวดล้อมของชุมชน	10	6.7	0.3	67.0
6.3 มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน	10	6.2	0.2	62.0
6.4 สนับสนุนการจัดกิจกรรม และ/หรือจัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพในการ ป้องกันควบคุมโรคในชุมชนอย่างต่อเนื่อง	10	6.6	0.4	66.0
6.5 ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความ ดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลัก/ ปัจจัยเสี่ยงร่วม ด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของ อสม.	5	3.1	0.1	62.0
6.6 สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดูแล ตนเองของ กลุ่ม ชมรม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน	10	7.0	0.5	70.0
รวม	250	170.5	8.0	68.2

## การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์โครงสร้างงานนโยบายและ  
การขับเคลื่อนงาน NCDs จากระดับจังหวัดสู่ระดับ  
อำเภอ/พื้นที่

โครงสร้างการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบในส่วน  
ที่เกี่ยวข้องที่จะถ่ายทอดนโยบายและการควบคุม  
กำกับไปสู่ระดับอำเภอจากสำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัด ได้แก่ กลุ่มงานยุทธศาสตร์ กลุ่มงานควบคุม  
โรคไม่ติดต่อ ประกอบด้วย งานสุรา ยาสูบ ยาเสพติด

จิตเวช กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม มีงานที่เกี่ยวข้อง  
คือ สถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ใจเป็นสุข  
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ ที่ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ  
กลุ่มวัย กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ได้แก่  
งานตำบลจัดการสุขภาพ ระบบสุขภาพอำเภอ  
(district health system :DHS) คณะกรรมการพัฒนา  
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค  
และกลุ่มงานสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพฯ

ด้านระบบบริการที่นำมาจะอยู่ในรูป NCD Board มี Service Plan สาขาที่เกี่ยวข้อง NCDs ได้แก่ สาขาหัวใจ, โรคหลอดเลือดสมอง (stroke), มะเร็ง (cancer), ตา, ไต และปฏุมภูมิ มีการถ่ายทอดงาน ติดตามประเมินผลผ่านลง CUP คปสอ. รพท./รพช รพท./รพช สสอ.

**การวิเคราะห์ตามกลยุทธ์ กลไกขับเคลื่อน** สำหรับการป้องกันควบคุมโรค NCDs ตามกรอบของงานส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ตามกฎบัตรออตตาวา Ottawa charter (PIRAB)<sup>5</sup>

**Partner:** งานที่เกี่ยวข้องตั้งโครงสร้างการขับเคลื่อนงาน NCDs ในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประกอบด้วย ด้านวิชาชีพสาธารณสุข และยังมีภาคีเครือข่ายและภาคประชาชนที่ต้องสร้างและพัฒนาในการขับเคลื่อนงาน NCDs เพื่อให้ครอบคลุมในส่วนของภาคองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายและภาคประชาชน ในภาพระดับอำเภอถึงจังหวัด

**Investment:** การลงทุนทรัพยากร มีการพัฒนาระบบข้อมูล เทคโนโลยีสารสนเทศคอมพิวเตอร์ การสนับสนุน การตรวจ LAB HbA1C, eGFR เครื่องมือตรวจต่างๆ การส่งตรวจภาวะแทรกซ้อน และการแก้ไขรักษาฟื้นฟูภาวะแทรกซ้อน เช่น ตา เท้าฯ มีการปรับระบบบริการสุขภาพ ลงทุนด้านการกระจายยา มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดำเนินงานเพื่อให้มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น

**Regulate:** การบังคับใช้กฎหมายและระเบียบสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น นโยบาย ข้อกำหนด ท้องถิ่น จากสมัชชา ธรรมนูญชุมชนเอง เช่น เรื่องสุรา การลดหวาน มัน เค็ม ในงานต่างๆ รวมถึงมีการกำกับการวางแผนนโยบายและนำสู่การปฏิบัติโดยทั่วถึงจาก สสจ. สสอ./รพ. รพ.สต. มีการติดตาม กำกับและ ประเมินการดำเนินงาน ทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ ต่อเนื่องเป็นระบบ

**Advocate:** มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ และเข้าถึง กลุ่มเป้าหมาย โดยส่งเสริมการรณรงค์ กิจกรรมในรูปแบบต่างๆ เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย แต่ละ setting การสร้างกระแส แต่อาจจะยังขาดการ กำหนดเนื้อหาที่เหมาะสม สอดคล้องกับงานนโยบาย และปัญหา

**Build Capacity:** การเสริมสร้างศักยภาพระบบ มีการกำหนดบุคคลากรและทีม จัดพัฒนาทักษะบุคคลากร อบรม System manager ตรงตาม เป้าหมายและความต้องการ มีการสนับสนุนการพัฒนา บุคคลากรอบรม Case manager, เพิ่มศักยภาพ System/Case manager การจัดการเชิงระบบและ พัฒนาบุคลากรทุกระดับ

**การวิเคราะห์ตามแนวทาง Chronic Care Model**

จากลงเก็บข้อมูลพื้นที่ 20 อำเภอ ข้อมูลทั่วไป setting ส่วนใหญ่ที่ใช้เป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอ และเชื่อมโยงต่อไปยัง รพสต. ในระดับตำบลและ ท้องถิ่น ทางพื้นที่ได้เชิญ stakeholder ทั้งบุคลากร ต่างๆ และภาคีชุมชน ตลอดจนตัวแทนผู้ป่วย ร่วมให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ประเด็นวิเคราะห์เรียงตาม องค์ประกอบหลักของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model) ตามแนวทางของ NCD clinic ดังนี้

1. ทิศทางนโยบาย การกำหนดทิศทาง วิสัยทัศน์ เป้าหมาย และค่านิยมของหน่วยงานบริการ สุขภาพ ที่มุ่งเน้นการป้องกัน ควบคุมและจัดการ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

พบว่ากำหนดทิศทางนโยบายในระดับ พื้นที่ โดยมากจะถูกกำหนดจากนโยบายระดับเขต สุขภาพและสำนักงานสาธารณสุขที่จะให้ความสำคัญ กับการขับเคลื่อนงาน NCDs ผ่านโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่เป็น ปลายน้ำของโรคและเป็นภาระด้านการรักษาพยาบาล

โรงพยาบาลเป็น focal point หลัก โดยอาจอ้างอิงตามมาตรฐานการรักษา ตัวชี้วัดการป่วยภาวะแทรกซ้อนทางการพยาบาล รวมถึงบริการการพัฒนาคุณภาพกำกับสถานพยาบาลอย่าง HA การพัฒนา Service plan แต่ละสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น NCDs โรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง และระบบบริการปฐมภูมิ มีการจัดตั้ง NCD Board กำหนดทิศทางและสื่อสารภาคีเครือข่าย มีการวางแผน มีการจัดสรรบุคลากร มีการจัดสรรทรัพยากรและสถานที่ มีการกำกับติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลมาพัฒนาปรับปรุง

ผู้เป็นแกนหลักในการทำงานเป็นผู้ประสานงาน คือ Case manager ในคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในบางแห่ง System manager ผู้จัดการระบบที่ได้รับการอบรม ซึ่งยังพบว่าการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายยังมีช่องว่าง ทำให้เชื่อมโยงไปยังต้นตอการจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชนไม่ได้

2. ระบบข้อมูลสารสนเทศ ข้อมูลทางคลินิก รวมถึงระบบข้อมูลทางคอมพิวเตอร์

ข้อมูลระดับบุคคล พบว่า ได้มีการจัดกลุ่มทะเบียน กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย มีข้อมูลที่ป้อนเข้าไปในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ สามารถใช้เป็นระบบข้อมูลย้อนกลับ (feedback) สำหรับแพทย์และทีมงานสุขภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และใช้เป็นระบบการแจ้งเตือน (alert) แพทย์ หรือบุคลากรทางสาธารณสุข ผลตรวจและการดำเนินโรคต่างๆ ของผู้ป่วย มีการเชื่อมโยงข้อมูลการรักษา ยังระดับล่าง เช่น เพื่อกระจายผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่อง รพ.สต.ใกล้บ้าน

ในส่วนของการจัดทำทะเบียนที่มีการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนตรวจสอบข้อมูลระหว่างศูนย์ข้อมูลอำเภอกับจังหวัด ได้มีการใช้ข้อมูลมาตัดสินใจเชิงนโยบายและวางแผนการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ มีการวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลโรคที่เกี่ยวข้องสถานการณ์โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การจำแนกกลุ่มผู้ป่วย Susceptible ตามความเสี่ยง ข้อมูลประชากรข้อมูลเฝ้าระวัง ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง สามารถดูรายพื้นที่ย่อยได้

มีข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่เป็นประเด็นร่วมในพื้นที่ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง COPD การสูบบุหรี่ การกินเค็ม บริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ วัฒนธรรมการดื่มสุราฯ ซึ่งถูกหยิบยกมากำหนดประเด็นในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

3. การปรับระบบและกระบวนการบริการ ได้แก่ ระบบงานเวชปฏิบัติในการดูแลกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย มีการพัฒนาเพื่อดูแลครบวงจรพยาบาล จิตเวช ทันตกรรม แพทย์ทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์อายุรกรรม ในการดูแล (coordination of care) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง (continuity of care) รวมถึงการดำเนินงานตามกลุ่มวัยช่วงอายุ บางแห่งสามารถดำเนินการคลินิกได้แบบ one stop service แพทย์เฉพาะทางฯ ในการป้องกัน ควบคุม จัดการโรคเรื้อรัง รวมทั้งการประสานการดำเนินการร่วมกัน โดยการดูแลแบบผสมผสาน (comprehensive care) และบูรณาการโดยทีม สหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักโภชนาการ เภสัชกร พยาบาลเวชเยี่ยมบ้าน

ได้มีการให้บริการคัดกรอง ค้นหาความเสี่ยง ปัจจัยกำหนด ประเมินโอกาสเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ มีการให้บริการดูแลจัดการโรค ทั้งวินิจฉัยลงข้อมูลเป็นปัจจุบัน ปฏิบัติตามแนวทาง คืบข้อมูลและกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง มีระบบการรับ-ส่งต่อ home health care

เข้าถึงบริการและปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (case manager/ coordinator) ดำเนินงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ การมี system manager ประสานทั้งภายในและภายนอก รพ. มีเครือข่ายร่วมดำเนินการทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ที่เชื่อมโยงชุมชน

#### 4. การสนับสนุนการดูแลตนเอง

มีการจัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ต่อการตัดสินใจและจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/ป่วย โดยการสื่อสารแลกเปลี่ยนทบทวนข้อมูลการดูแลและการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/ป่วย ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ทั้งที่บ้านและ รพ.อย่างต่อเนื่อง และมีการสนับสนุนการจัดการตนเองทั้งด้านกาย จิตและสัมพันธภาพสังคมโดยการรวมกลุ่ม ชมรม จัดทำแผนติดตาม ซึ่งประเมินผลพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และยังมีเครื่องมือหรือสื่อที่พัฒนาคิดค้นเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/ป่วย

ทั้งนี้ การดำเนินงานเนื่องจากการป้องกันควบคุม และจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น ต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องและในระยะเวลาที่ยาวนาน โดยพื้นที่มีการเสริมความสามารถและทักษะในการจัดการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพของ กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย ในการดูแลตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความรู้และเชี่ยวชาญ

#### 5. การสนับสนุนการตัดสินใจ

มีการสร้างและใช้เครื่องมือเพื่อสนับสนุนความมั่นใจให้กับบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น อบรมการใช้คู่มือแนวทางปฏิบัติที่อิงหลักฐานและมีการทบทวนพัฒนาให้เป็นปัจจุบันทันสมัย เช่น มีแนวเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline: CPG) ใช้สื่อสารครอบคลุมทุกระดับและมีการประเมินผลและพัฒนาปรับปรุง มีระบบการประสานงาน

ให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบ ทีมผู้จัดการ ในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเครือข่าย

นอกจากนี้ได้มีการจัดการความรู้ (KM) ได้แก่ case conference เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลและจัดบริการ นำมาปรับปรุงการจัดบริการ พร้อมทั้งเผยแพร่ให้กับผู้ให้บริการเข้าถึงได้ รวมถึงช่องทางระบบการให้คำปรึกษาดูแลต่างๆ จากแม่ข่าย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

#### 6. การจัดการบริการเชื่อมโยงชุมชน

มีการบูรณาการทรัพยากร/แผนระหว่างสถานบริการสาธารณสุขและชุมชน เพื่อให้เกิดการป้องกันควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการสนับสนุนทิศทางนโยบาย ลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน รวมทั้งวิเคราะห์ คืบข้อมูล จัดทำแผนร่วมกันระหว่างเครือข่าย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ชุมชน ติดตามและประเมินผล มีการร่วมมือกับ อปท. จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดเสี่ยงลดโรค มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพของคนในชุมชนบูรณาการกับคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ส่วนในด้านชุมชนก็พบว่ามีชมรมเพื่อสุขภาพในชุมชน จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ติดตาม ประเมินผลร่วมกับ อปท. ชุมชนและชมรมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการติดตามสนับสนุนและมีส่วนร่วม กับ อสม. ในการจัดทำแผนดูแลกลุ่มเสี่ยง/ป่วย

### สรุปผลการทำวิจัยและข้อเสนอแนะ

ระบบการควบคุมป้องกันโรค NCDs ในระดับอำเภอภาคเหนือ เมื่อประเมินตามองค์ประกอบพบว่า

- 1.ด้านนโยบายการกำหนดทิศทางเป้าหมายอยู่ในระดับพื้นฐาน ด้านระบบสารสนเทศอยู่ในระดับดีมาก
- 2.ระบบสารสนเทศอยู่ในระดับดีมาก
- 3.การปรับระบบและกระบวนการบริการอยู่ในระดับพื้นฐาน
- 4.ระบบสนับสนุนจัดการตนเองอยู่ในระดับพื้นฐาน

5.ระบบสนับสนุนการตัดสินใจอยู่ในระดับดี และ  
6.การจัดบริการเชิงป้องกันชุมชนอยู่ในระดับพื้นฐาน

จากการศึกษากระบวนการ พบว่า ด้านการขับเคลื่อนระบบการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในระดับอำเภอที่ดำเนินงานได้ดีและเป็นปัจจัยด้านโอกาสส่งเสริม เกิดจากส่วนของการนำของผู้บริหารส่วนต่าง ๆ ได้แก่ ผู้อำนวยการ สาธารณสุขอำเภอ ซึ่งถือว่ามีอิทธิพลต่อการทำงานเป็นอย่างมาก ประกอบกับทีมนำสหสาขาวิชาชีพต่างๆ โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล System manager/case manager นักวิชาการสาธารณสุขฯ ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่ช่วยหนุนเสริมทั้งทางด้านท้องถิ่นและปกครองระดับอำเภอ การสนับสนุนงานการดำเนินงาน การประสานงานทั้งแนวดิ่งและแนวราบ ทั้งในด้านโครงสร้างและทรัพยากรจะช่วยให้ระบบมีประสิทธิภาพมาก

การกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมายของการให้บริการโรคไม่ติดต่อ ยังขาดการมุ่งเน้นการดำเนินการป้องกันโรคที่ควบคู่ไปกับการรักษาเพื่อลดเจ็บป่วย การเกิดโรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากงานมีฐานมาจากด้านคลินิก ความเข้าใจงานจึงเป็นการพัฒนางานในคลินิกทางด้านทางการแพทย์ โดยมากจำเป็นต้องส่งเสริมการมองระบบงานส่งเสริมป้องกันโรคในภาพพื้นที่และประชากรในภาพอำเภอ สถานการณ์โรค ข้อมูลระบาดวิทยา ข้อมูลประชากรเป็นเรื่องสำคัญในการใช้ขับเคลื่อน โดยใช้ผลลัพธ์การดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขร่วมกับแหล่งฐานข้อมูลอื่นที่เชื่อถือได้ เช่น งานวิจัย การสำรวจฯ เพื่อใช้ในการกำหนดทิศทาง นโยบาย ตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ การนำเสนอข้อมูลเข้าสู่ NCD Board ระดับอำเภอได้มีส่วนร่วมพิจารณาสถานการณ์และการดำเนินการ ใช้ข้อมูลการประเมินตนเองของสถานบริการสาธารณสุข วิเคราะห์

GAP เพื่อการพัฒนาปรับทิศทางและเป้าหมายเพื่อตอบสนองต่อการลดปัญหาและมีการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาการสม่ำเสมอ ทั้งนี้จะต้องมีการสื่อสารทิศทาง นโยบาย เป้าหมายไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ ให้ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข และเครือข่ายบริการสาธารณสุขรับรู้ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมายของการพัฒนา NCD อย่างทั่วถึงนำไปสู่แผนงานโครงการกิจกรรม หรือ action ต่างๆ

ด้านระบบบริการผู้ป่วยยังคง พบว่ายังมีปัญหาว่าบางแห่งยังไม่สามารถจัดระบบบริการคนไข้เรื้อรังจากผู้ป่วยทั่วไปได้เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ เช่น คน สถานที่ clinic ฯ แต่บางแห่งก็มีศักยภาพสามารถดำเนินการในรูปแบบ One stop service ได้ ซึ่งก็เป็นประโยชน์ในการจัดบริการเฉพาะให้กับผู้ป่วยได้สะดวกเป็นระบบ ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มักมีโรคร่วมหลายโรคซึ่งอาจถูกรักษาที่อื่น รวมถึงการมาโรงพยาบาลด้วยเหตุเรื่องอื่นๆ ยังมี GAP ด้านการดูแลรักษาที่ยังมีรอยต่อที่จะต้องพัฒนาการติดตามผู้ป่วยนอกแผนกต่างๆ ฉกฉก ผู้ป่วยใน และผู้เกิดภาวะแทรกซ้อน การส่งต่อ refer ทั้งไปและกลับ บางแห่งขาดแพทย์ประจำหมุนเวียน ทำให้ขาดการดูแลต่อเนื่อง การมีทีมสหสาขาวิชาชีพในสถานพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับ Case manager มากขึ้นเพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแล ลดภาระ Case manager ปัญหาการสนับสนุนทรัพยากรในการตรวจรักษา วินิจฉัย โดยเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาล ตามแนวทางโรคเบาหวาน target HbA1C โดยการตรวจ FBS แทนเนื่องจากโรงพยาบาลขาดแคลนงบประมาณ ทำให้อาจติดตามการควบคุมได้ไม่แม่นยำ รวมถึงการตัดสินใจ management ในผู้ป่วย เช่น กรณี Diabetic Nephropathy มีการนำ CPG มาใช้และ update แต่



ยังคงขาดแนวทาง guideline ที่เป็นของเฉพาะตัว เพื่อ manage ผู้ป่วยในบริบท setting ตนเอง การทดลองปรับใช้และติดตามการใช้ รวมถึง update ถ่ายทอดความรู้ให้บุคลากร<sup>6-7</sup>

การเข้าใจบริบทในการมุ่งเน้นการบริการ และการส่งเสริมป้องกันโรค สำหรับในพื้นที่ภาคเหนือ โดยเฉพาะชนบท อาจมีความแตกต่างกันทั้งในเรื่อง บริบทชุมชน สังคม วัฒนธรรมการเข้าถึงบริการ สาธารณสุข การคมนาคมยากลำบาก พบว่ามีความเหลื่อมล้ำด้วยโอกาส พื้นที่ห่างไกล ปัญหาเศรษฐกิจ ครอบครัว วัยสูงอายุ ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางที่ต้องให้ความช่วยเหลือพิเศษ วัยทำงาน อาจมีปัญหา ลักษณะบุคลิกภาพความร่วมมือต่ำหรือดูแลตัวเองได้น้อยมาก ญาติ สภาพสิ่งแวดล้อมที่บ้านและชุมชน ไม่เอื้อในการส่งเสริมสุขภาพนักรังชีวิต อาหาร ความเป็นอยู่

การวิเคราะห์ข้อมูลในรายระดับอำเภอ มีจุดเด่นที่ต่างกันไปตามองค์ประกอบการประเมิน chronic care model ตัวอย่างเพื่อเป็น Best practice ข้อค้นพบ เช่น อำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่มีการพัฒนาระบบข้อมูลในรูปแบบสารสนเทศ Dashboard เพื่อแสดงสถานการณ์ได้ real time โดย รพ.แม่ข่าย เพื่อช่วย monitor สถานการณ์โรคและผลงาน การดำเนินงาน รวมถึงการคืนข้อมูลในระดับพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนงานในส่วนต่างๆ ได้ดี ในอำเภอจังหวัดน่าน มีภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็งและตอบสนองประเด็นสุขภาพ เช่น เรื่องโครงการลดบุหรี่ เหล้า ไปพร้อมกับงาน NCDs และการส่งเสริมสุขภาพ อำเภอที่ได้ร่วมประเมินในจังหวัดเชียงราย มีการบูรณาการภาคส่วนต่างๆ ในการทำงาน เช่น หน่วยงานปกครอง ท้องถิ่น เข้ามาร่วมเป็นทีมนำเชื่อมโยงไปถึงระดับตำบลและหมู่บ้านเป็นกลไก ในจังหวัดแพร่ อำเภอมีจุดเด่นเรื่องนโยบายปฐมภูมิในการให้ อสม.

สำรวจติดตามข้อมูลผู้ป่วย NCDs ที่อาจไม่ได้เข้ารับบริการภาครัฐหรือขาดความสม่ำเสมอในการตรวจติดตามมาขึ้นทะเบียนให้ได้ครอบคลุม สะท้อนสถานการณ์จริง ตัวแทนอำเภอจังหวัดลำปางมีการจัดระบบบริการด้านการแพทย์และปรับพัฒนาโดยสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งออกแบบร่วมให้การดูแลรักษาแบบรอบด้าน (comprehensive) อำเภอในลำพูนมีจุดเด่นการจัดกิจกรรม campaign การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลากหลาย ในบางแห่งอำเภอมิบริบทที่แตกต่าง เช่น อำเภอพื้นที่ห่างไกลในจังหวัดแม่ฮ่องสอนจะมีการมุ่งเน้นระบบการเข้าถึงบริการ ประชากรที่ต่างออกไป เช่น การออกหน่วยบริการ ตรวจรักษาเชิงรุก สำหรับจังหวัดพะเยา พบว่า มีการพัฒนาไปถึงระดับตำบลได้ดีในการขับเคลื่อนร่วมกัน

หลายพื้นที่ทั้งอำเภอและระดับหน่วยเล็กลงไป พบว่ามีการดำเนินงานเป็น model การดำเนินงานสุขภาพที่ดี พร้อมกับมีภาคีที่สนับสนุน แต่อาจจะยังขาดการดำเนินงานที่มีความครอบคลุมและเชื่อมโยง รวมถึงโจทย์เรื่องจากจัดการความเหลื่อมล้ำในประชากรที่ดูแล การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังขาดการติดตามประเมินผล การสร้างและพัฒนาภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนงาน NCDs เป็นส่วนสำคัญ ทั้งภาคองค์กร ภาคที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย ภาคประชาชน รวมถึงภาคเอกชน ส่งเสริมการสื่อประชาสัมพันธ์ การสร้างกระแส โดยกำหนด Message ที่สอดคล้องกับปัญหาและนโยบาย

การจัดเวทีประกวด เรียนรู้ แลกเปลี่ยน ขยายต้นแบบการขับเคลื่อนงาน NCDs ในพื้นที่ อำเภอ ตำบลที่ดำเนินงานได้ดี ส่งเสริมกิจกรรม ถอดบทเรียน ศึกษาวิจัย R2R ขยายต้นแบบ สร้างการเรียนรู้ในเชิงปฏิบัติต่อเนื่องจะช่วยให้เกิดการพัฒนางานต่อเนื่องเข้มแข็ง

### ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ได้ข้อเสนอแนะประเด็นที่สำคัญสำหรับแนวทางการพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคและจัดการโรค NCDs ได้แก่ การสร้างทีมนำ เสริมสร้างความเข้มแข็งในระดับอำเภอ การปรับวิสัยทัศน์เป้าประสงค์ และกลยุทธ์ดำเนินการเน้นเพื่อให้เกิดการบูรณาการบริการเอื้อต่อการป้องกันโรคมมากกว่าการรักษา โดยการประสานการดำเนินการร่วมกันในการดูแลที่มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยงการเข้าถึงการดูแลในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยประยุกต์การจัดการโรคเรื้อรัง พัฒนาการดูแลแบบผสมผสานบูรณาการการป้องกันในการจัดการโรคเรื้อรัง โดยมีการสนับสนุนการใช้ข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสาธารณสุขจังหวัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง ที่ให้ความอนุเคราะห์ลงพื้นที่ร่วมให้ข้อมูล ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง พะเยา เชียงราย แม่ฮ่องสอน แพร่ และน่าน ที่สนับสนุนให้ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้เกี่ยวข้อง ดำเนินการประเมิน ตลอดจนภาคีเครือข่ายสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ทุกองค์กร ที่ได้รับขับเคลื่อนงานระบบเพื่อลดปัญหาโรค NCDs

### REFERENCES

1. Strategic Plan on Development Indicator for assessment Burden of Disease and Health, Thai population. Report burden of disease and health, Thai population 2009. Nonthaburi: Bureau of International Health Policy; 2012. (in Thai)
2. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable disease 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.
3. World Health organization. Innovative care for chronic condition: building block for action. Geneva: WHO; 2002.
4. Guideline for Public Health Officer for Service Screening and develop skill for changing behavior and decrease risk non-communicable disease in hospital and community 2009. Bureau of Non-communicable disease, Department of Disease Control; 2009. (in Thai)
5. Bureau of Non-communicable Diseases, Department of Disease Control. Manual of evaluation operative NCD clinic quality. Nonthaburi: Aksorn Grphic and Design; 2010. (in Thai)
6. Bureau of Non-communicable Diseases, Department of Disease Control. Manual of behavioral change in quality NCD clinic. Bangkok:Chum Noom Shakorn Karnkaset of Thailand Printing; 2015. (In Thai).
7. Department of Disease Control, Ministry of public health. Guideline for Health Behavioral changing for reduce Cardiovascular Risk. Nonthaburi: National Office of Buddhism Printing house; 2010.
8. National Health Security Office (NHSO). A guideline for managing NCD clinic Quality (Diabetes and Hypertension) in Health Promotion Subdistrict Hospital; 2015.



9. Sriwanitchakorn S. Archanuphab S.  
Managing care system for Chronic diabetes  
and hypertension patients. Nonthaburi:  
Sahamitr printing and publishing; 2012
10. Archanuphab S. Tantayotai V.  
Sriwanitchakorn S. Rojanasupac N. Yana T.  
Manual for primary care; managing  
integral diabetes disease. Bangkok: Holistic  
Publishing; 2009.