

แนวทางการให้บริการ

การแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการ ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ



สถานบริการแพทย์แผนไทย
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข

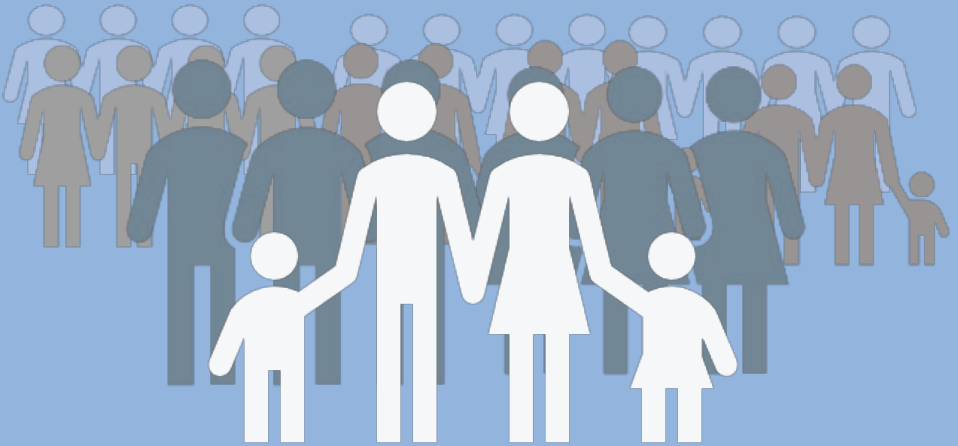
แนวทางการให้บริการทางการแพทย์แบบบูรณาการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ



สถานบริการแพทย์แผนไทย
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการให้บริการ

การแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการ
ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ



สถาบันการแพทย์แผนไทย
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหนังสือ : **แนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการ
ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ**

ISBN : 978-616-11-4581-1

ที่ปรึกษา

พญ.อัมพร เบญจพลพิทักษ์
นพ.ขวัญชัย วิศิษฐานนท์

อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

บรรณาธิการ

นางอัจฉรา เชียงทอง
ดร.ชัยณรงค์ สังข์จำง
ผศ.ดร.ธนัช กนกเทศ
นางแสงเพชร ภูมา
นางสาวอุบลรัตน์ มโนศิลป์
นางภาณิศา รักความสุข
นางสาวจิรนนท์ บรรทัด
นายตรีภพ เฉลิมพร

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
มหาวิทยาลัยนเรศวร
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

จัดทำโดย

กลุ่มงานส่งเสริมบริการการแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

จำนวนพิมพ์

๑,๐๐๐ เล่ม

พิมพ์ที่

บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด

คำนำ

ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๖ ตอนที่ ๕๖ ก เมื่อวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒ ซึ่งมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ เป็นต้นไป โดยในมาตรา ๓ กล่าวถึงผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์แผนไทย และผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งนับเป็นหนึ่งในผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีบทบาทเป็นผู้ให้บริการในคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ดังนั้น เพื่อให้การบริการแบบบูรณาการด้วยการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงกันระหว่างสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และที่สำคัญนับเป็นโอกาสที่จะสะท้อนบทบาทแพทย์แผนไทยในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนยิ่งขึ้น สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงได้จัดทำแนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิขึ้น เพื่อให้แพทย์แผนไทยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้ป่วย หรือผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม นำองค์ความรู้ไปปรับใช้ได้อย่างสอดคล้องกับบริบทและขอบเขตที่กฎหมายกำหนด และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า แนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมินี้ จะเป็นบทเรียนที่สำคัญและเป็นแรงบันดาลใจสำหรับแพทย์แผนไทยผู้ให้บริการสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนงานให้บริการแบบบูรณาการด้วยการแพทย์แผนไทยร่วมกับสหวิชาชีพอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี โดยในเบื้องต้นจะนำร่องการดูแลรักษา

แบบบูรณาการด้วยการแพทย์แผนไทย ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และนอกจากนี้แพทย์แผนไทยยังสามารถนำแนวทางดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนผู้มารับบริการ

ทั้งนี้ หากพบข้อบกพร่องของแนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคต่างๆ ของการดำเนินงาน ขอให้รวบรวมข้อมูลและข้อเสนอแนะมายังกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อการปรับปรุง แก้ไข และพัฒนาให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นต่อไป จักเป็นพระคุณยิ่ง

คณะผู้จัดทำ

กิตติกรรมประกาศ

การจัดทำแนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการ ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิครั้งนี้ ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจาก ผู้เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน สถาบันการแพทย์แผนไทย ขอขอบพระคุณทุกท่าน ที่ได้ให้การสนับสนุนให้ความร่วมมือ ให้ข้อคิดเห็น ให้ข้อมูลเชิงวิชาการที่เป็น ประโยชน์ ทำให้สามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับและสามารถประมวล เป็นแนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการในหน่วยบริการ สุขภาพปฐมภูมิขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการพัฒนาการบูรณาการการแพทย์แผนไทย ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ และพื้นที่วิจัย ๖ แห่ง ได้แก่ ๑) คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ทีม ๑ จังหวัดเพชรบูรณ์ ๒) คลินิก หมอครอบครัวหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ ๓) คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบางงา จังหวัดลพบุรี ๔) คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาง จังหวัดกำแพงเพชร ๕) คลินิกหมอครอบครัว วัดโพธิ์ศรี จังหวัดสกลนคร และ ๖) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง คลินิกหมอครอบครัว ศาลาไทย จังหวัดปราจีนบุรี รวมทั้งคลินิกหมอครอบครัวที่มีการทดลอง ดำเนินงานบริการการแพทย์แผนไทย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๗ แห่ง ได้แก่ ๑) คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปัว จังหวัดน่าน ๒) คลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายโรงพยาบาลมะการักษ์ (เทศบาลท่าเรือ- พระแท่น) จังหวัดกาญจนบุรี ๓) คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ๔) คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านเกษตรถาวร จังหวัดสุรินทร์ ๕) คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลพวาน จังหวัดศรีสะเกษ ๖) คลินิกหมอครอบครัวบ้านก้างปลา

จังหวัดนครศรีธรรมราช และ ๗) คลินิกหมอครอบครัวไพรวัน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภู) จังหวัดนราธิวาส และที่สำคัญขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์ อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต ๘ (อดีตรองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก) และนายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นอย่างสูง ที่กรุณาให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดทำหนังสือฉบับนี้ และขอขอบคุณบุคลากรของกลุ่มงานส่งเสริมบริการการแพทย์แผนไทยทุกท่านที่ได้ร่วมกัน กลั่นกรอง เสนอแนะ และตรวจสอบเนื้อหาของหนังสือฉบับนี้ ให้ความความสมบูรณ์และสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ได้ด้วยดี

คณะผู้จัดทำ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	จ
บทที่ ๑ บทนำ : การบูรณาการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	๑
การบูรณาการการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	๑
บทที่ ๒ แนวคิดที่สำคัญ	๘
๑. หลักการบริการสุขภาพปฐมภูมิ	๘
๒. หลักเวชศาสตร์ครอบครัว	๑๓
๓. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ	๑๗
๔. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	๒๒
บทที่ ๓ แนวการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการด้วยการแพทย์แผนไทยที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางในระบบปฐมภูมิ	๓๔
๑. การสร้างความผูกพันและความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง	๓๖
๒. การประเมินความต้องการสุขภาพองค์รวม	๔๑
๓. การจัดทำแผนการดูแลเฉพาะบุคคลเพื่อการจัดการตนเอง	๔๔
๔. ระบบการดูแลเฉพาะรายแบบผสมผสานด้วยการจัดการดูแลด้วยทีมสุขภาพ	๔๖
๕. การสะท้อนและประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย	๕๐
• ตัวอย่างการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการด้วยการแพทย์แผนไทยที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง	๕๔

• แนวทางการประยุกต์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบบูรณาการ ในกลุ่มโรคอื่นๆ ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง	๖๓
บทที่ ๔ เกณฑ์การประเมินตนเองเพื่อการพัฒนาคุณภาพ แบบประเมินตนเองเพื่อพัฒนาระบบบริการ การประเมินประสบการณ์ผู้ป่วย	๗๑ ๗๓ ๗๘
บทที่ ๕ การพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ด้วยการแพทย์แผนไทย หลักการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง วงจรกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รูปแบบการปฏิบัติด้วยวงจรคุณภาพ การพัฒนาศักยภาพองค์กรและทีมสุขภาพ	๘๑ ๘๒ ๘๖ ๘๘ ๙๐
เอกสารอ้างอิง	๙๓
ภาคผนวก	๙๗
ภาคผนวก ก. บทบาทแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ	๙๘
ภาคผนวก ข. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผลประเมินสุขภาพ และแผนการดูแลและติดตาม	๑๐๓
ภาคผนวก ค. ตัวอย่าง Care plan	๑๐๗
ภาคผนวก ง. การสร้างสุนทรียะสนทนา	๑๐๘
ภาคผนวก จ. คำสั่งกรมแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ ๕๒๔/๒๕๖๓ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาการ บูรณาการการแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพปฐมภูมิ	๑๑๓
ภาคผนวก ฉ. ภาพกิจกรรมการเริ่มต้นพัฒนาการบูรณาการ การแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพปฐมภูมิ	๑๑๖

บทนำ: การบูรณาการแพทย์แผนไทย ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ



สาระสำคัญ : ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นระบบประสานเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพ (Platform) ของทุกๆ ระบบเข้าด้วยกัน คุณค่าหลักของระบบสุขภาพปฐมภูมิ คือ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ดูแลใกล้ชิด” เป็นบริการด่านแรก แบบผสมผสาน และต่อเนื่อง เชื่อมโยง “ดูแลประชาชนเป็นศูนย์กลาง” (People-centered care) ซึ่งต้องการการออกแบบ การดูแลใหม่ (Redesign) เพื่อยกระดับและปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้มีศักยภาพ บรรลุเป้าหมาย (Triple Aims) ด้านผลลัพธ์สุขภาพ คุณภาพการบริการ และการลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ซึ่งการแพทย์แผนไทยเป็นระบบการแพทย์ที่มีองค์ความรู้ สามารถจัดบริการดูแลสุขภาพ (Health care system) แบบผสมผสานเป็นองค์รวม สอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของคนไทย และสามารถตอบสนองต่อเป้าประสงค์ ในการ “สร้างสุขภาพดี ด้วยราคาประหยัด” (Good health at lowcost)

ความท้าทายระบบสุขภาพของประเทศไทย คือ การเปลี่ยนแปลง วิถีชีวิตที่ดำเนินชีวิตด้วยความเร่งรีบ การบริโภคที่ด้อยคุณภาพและไม่ปลอดภัย ขาดการพักผ่อน การผ่อนคลายที่เหมาะสม การเคลื่อนไหวร่างกายไม่เพียงพอ จนกลายเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่นำไปสู่โรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น จนเป็นสาเหตุ

ของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังของประชาชน ประกอบกับการที่สังคมเปลี่ยนไปเป็นสังคมผู้สูงอายุที่ต้องการระบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องระยะยาว ที่ต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลสุขภาพอย่างมาก แต่ระบบบริการสุขภาพที่เป็นอยู่กลับมุ่งเน้นไปที่การรักษาพยาบาลผู้ป่วย ขาดระบบการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่เข้มแข็ง ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการในสถานพยาบาลอย่างแออัด มีการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพเกินความจำเป็น ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มสูงขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการปฏิรูป หรือปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพใหม่โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นพื้นฐาน ซึ่งเป็นระบบแรกสุดที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวกด้วยการออกแบบระบบบริการใหม่ (Redesign) ให้สามารถตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ ข้อ ข. (๕) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลสุขภาพประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” ดังนั้น การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการปฏิรูปประเทศของรัฐบาล จะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างเสมอภาคเป็นธรรม ต้องปรับปรุงการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และมาตรา ๕๕ “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด” ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพด้วย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว มีจุดมุ่งหมายในการจัดให้มีหน่วยบริการ

ปฐมภูมิซึ่งปรับเปลี่ยนแนวคิดจากการยึด “โรงพยาบาลเป็นฐาน” (Hospital-centered approach) เป็นการใช้ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” (Area-based and People Center Care) ในรูปแบบ “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ Primary Care Cluster - PCC โดย “รัฐต้องพัฒนาบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง” (มาตรา ๕๕)

เป้าหมายสำคัญของการปฏิรูปนั้น ครอบคลุมมิติสำคัญของระบบสุขภาพใน ๓ มิติ (Triple Aims) เพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายในการตอบสนองคุณค่าของการดูแลสุขภาพ (Value-based health care) คือ ๑) มิติของการสร้างผลลัพธ์การมีสุขภาพดีสำหรับประชาชน (Health outcome) ๒) การพัฒนาคุณภาพบริการที่มุ่งตอบสนองความต้องการของประชาชน และ ๓) การลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการสุขภาพ ซึ่งทำให้เกิดความคาดหวังกับระบบสุขภาพปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น (WHO, ๒๐๑๐)

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Unit) เป็นระบบบริการพื้นฐานสำคัญในการตอบสนองความต้องการสุขภาพของประชาชนรองรับการเชื่อมประสานการดูแลสุขภาพประชาชนจากทุกระบบ (Platform) ด้วยคุณลักษณะที่มีการกระจายครอบคลุมถึงทุกพื้นที่ เป็นบริการด่านแรกสุดที่ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกรวดเร็วและไม่ซับซ้อน “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” มีระบบการดูแลแบบผสมผสานต่อเนื่อง ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจึงเป็นเป้าหมายหลักของการปฏิรูป โดยการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการสุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ประกอบด้วย

๑) ความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยและครอบครัว (Family doctor and family care team – patients/family engagement)

๒) การดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพสำหรับทุกกลุ่มวัย (High quality care for all age group – first contact /continuity of care /comprehensive care /coordinating care) มีการปรับเปลี่ยนระบบบริการทั้งในมิติของคุณภาพ มาตรฐานการให้บริการและความสัมพันธ์ของทีมสุขภาพ

๓) งานเวชปฏิบัติที่อยู่บนฐานของชุมชนและประชากร (Community and population-based practice) โดยต้องการความเข้าใจและการตอบสนอง ต่อปัญหาของชุมชนและความต้องการของประชาชน การมีส่วนร่วม และระดม ทรัพยากรจากทุกภาคส่วน

ระบบการแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine) เป็นองค์ความรู้ทางการแพทย์ดั้งเดิมหรือการแพทย์เสริมของประเทศไทยที่มีพื้นฐานปรัชญาของการบำบัดรักษาผู้ป่วยและการดูแลสุขภาพแบบธรรมชาติบำบัดที่มุ่งวิเคราะห์โรคและความเจ็บป่วยแบบเป็นองค์รวมด้วยการสร้างความสมดุลของวิถีชีวิต ซึ่งแตกต่างจากระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีรากฐานมาจากวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ที่ถูกตั้งคำถามกับกระบวนการตรวจรักษาและดูแลสุขภาพแบบแยกส่วน ปัจจุบันการแพทย์แผนไทยได้รับการยอมรับเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีความพยายามจากผู้กำหนดนโยบายและผู้ประกอบวิชาชีพที่ต้องการผนวกระบบการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2013) คือ ๑) การสร้างและจัดการฐานความรู้ด้านการแพทย์ดั้งเดิมที่สะท้อนบทบาทและศักยภาพของการแพทย์ดั้งเดิมและนำมาใช้ผสมผสานในระบบบริการสุขภาพ ๒) เน้นการประกันคุณภาพความปลอดภัยการใช้ที่เหมาะสม ประสิทธิภาพของการแพทย์ดั้งเดิมและยาสมุนไพร โดยการควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์ การประกอบ

วิชาชีพและบุคลากรที่เกี่ยวข้องด้านการศึกษา การเรียนการสอน การเพิ่มพูนทักษะการบริการและการบำบัดรักษา และ ๓) ส่งเสริมระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการบูรณาการระบบการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์เสริม (Traditional and Complementary Medicine) ผสมผสานเข้าไปเป็นองค์ประกอบหลักของระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะการบริการในระดับปฐมภูมิ และการดูแลสุขภาพตนเอง โดยคำนึงถึงศักยภาพการปรับปรุงการให้บริการด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับการตัดสินใจเลือกของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดีและการดูแลสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-center care) (WHO, 2013, p.11)

คุณค่าภายในระบบสุขภาพของไทยนั้น ไม่ได้มีเพียงมิติการดูแลสุขภาพแบบชีวการแพทย์ (Bio-medical model) เท่านั้น ระบบสุขภาพของไทย โดยเฉพาะบริบทภายในชุมชน และครอบครัว ยังมีมิติระบบการแพทย์แผนไทยที่เป็นระบบการแพทย์เชิงวัฒนธรรมที่เป็นระบบสุขภาพองค์รวม (Bio-psycho-social) ที่สืบทอดจากรุ่นสู่รุ่นมาอย่างยาวนาน ผังรากลึกอยู่ในวัฒนธรรมของสังคมไทย ได้รับการฟื้นฟูและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขและระบบหลักประกันสุขภาพของคนไทย ซึ่งกำหนดให้มีสิทธิประโยชน์หลักด้านการแพทย์แผนไทยที่ต้องให้บริการประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สะท้อนให้เห็นถึงการยอมรับในบริการด้านการแพทย์แผนไทยเป็นระบบหลักที่สำคัญของระบบสุขภาพแห่งชาติ

ดังนั้น การบูรณาการระบบการแพทย์แผนไทยให้เป็นองค์ประกอบหลักสำคัญของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญยิ่งต่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ทั้งการใช้ศักยภาพของศาสตร์การแพทย์แผนไทย

ผสมผสานเข้ากับระบบบริการทางการแพทย์ การดูแลสุขภาพระบบอื่น รวมถึง
เนื่องจากระบบการแพทย์แผนไทยมีรากฐานสืบทอดกันมาในแต่ละท้องถิ่น
สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม ประเพณีและวิถีชีวิตของประชาชน
ในลักษณะการแพทย์แบบผสมผสาน (Integrative medicine) การแพทย์
แผนไทยถือได้ว่าเป็นระบบที่สนับสนุน หรืออิงอาศัยแนวคิดการแพทย์และ
การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic medicine and health care)
โดยการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นผสมผสานการดูแลสุขภาพจากหลากหลาย
วิธีการในลักษณะการแพทย์แบบพหุลักษณะ (Medical pluralism) ที่เชื่อมโยง
การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตวิญญาณ และครอบครัว ชุมชน รวมถึงสิ่งแวดล้อม
ที่เข้ามาเกี่ยวข้องอย่างครอบคลุม และให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ
ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนเอง ทั้งการควบคุม
ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย เน้นการป้องกันส่งเสริมสุขภาพมากกว่า
การรักษา การสร้างสมดุลของวิถีชีวิตทางสุขภาพ และสามารถประยุกต์ใช้
ร่วมกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบันในลักษณะของระบบการแพทย์เสริม
(Complementary Medicine) ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค
การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพควบคู่ไปกับการพัฒนาศาสตร์การแพทย์
แผนไทย และภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ
ซึ่งต้องสร้างการเปลี่ยนแปลงในเชิงระบบ (System transformation) ทั้งด้าน
องค์ความรู้ การจัดการบริการ วิธีการดูแลสุขภาพ รูปแบบการบริการดูแลผู้ป่วย
และครอบครัว เพื่อให้การพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยและระบบการแพทย์
เวชศาสตร์ครอบครัว มีการผสมผสานผ่านกระบวนการทำงานร่วมกันของ
ทีมสุขภาพ โดยเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน
กับคลินิกหมอครอบครัวเป็นลำดับแรก สร้างรูปแบบและแนวทางปฏิบัติการ
ให้เกิดบริการดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยแบบเป็นองค์รวม

ผสมผสานและมุ่งเน้นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีร่วมกัน ทำให้เกิดระบบบริการ “สุขภาพดี ราคาประหยัด” (Good health at lowcost) สามารถพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ทั้งของประเทศชาติและประชาชน



แนวคิดที่สำคัญ



สาระสำคัญ : แนวคิดหรือหลักการในการทำงานที่ชัดเจนนั้น เป็นกรอบการคิด หรือวิถีคิด (Mindset) ที่จะช่วยกำกับให้การปฏิบัติเดินไปในทิศทางที่พึงประสงค์ ซึ่งแนวคิดสำคัญ ประกอบด้วย แนวคิดระบบสุขภาพปฐมภูมิ และหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งมีความสอดคล้องและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ควรจัดระบบให้มีคุณลักษณะของการเป็นหน่วยให้บริการแต่แรก ต่อเนื่องและผสมผสานครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพที่มุ่งเน้นสัมพันธ์ภาพระหว่างประชาชนและชุมชน ซึ่งแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง จะต้องคำนึงถึงการดูแลสุขภาพองค์รวม การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และการดูแลจัดการสุขภาพตนเองเป็นสำคัญ

แนวคิดหรือหลักการในการทำงานที่ชัดเจนนั้น เป็นกรอบแนวคิด หรือวิถีคิด (Mindset) ที่จะช่วยกำกับให้การปฏิบัติเดินไปในทิศทางที่พึงประสงค์ เหมือนเป็นหลักยึดที่จะทำให้ไม่โอนเอนไปมากับเหตุการณ์หรือกิจกรรมที่ต้องปรับเปลี่ยนไปมาอยู่ตลอดเวลา ทำให้มีความมั่นคงแน่วแน่อยู่กับเป้าหมายและวิธีการที่เป็นระบบ รู้และเข้าใจสถานการณ์ที่กำลังดำเนินไปอย่างไร หรือคาดการณ์ผลลัพธ์ล่วงหน้าได้ รวมไปถึงการปรับเปลี่ยนวิธีการ

ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสมโดยไม่สูญเสียเวลา และทรัพยากร

แนวคิดที่สำคัญของการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการด้วยการแพทย์แผนไทยที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมินั้น ประกอบด้วย

- ๑) หลักบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- ๒) หลักเวชศาสตร์ครอบครัว
- ๓) พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- ๔) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

๑. หลักบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care) ตามคำประกาศอมา-อตา (Ama-Ata Declaration) ^๑

ปี ค.ศ.๑๙๗๘ ระบุไว้ หมายถึง บริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับ

^๑ คำประกาศอมา-อตา (Ama-Ata Declaration) เป็นข้อตกลงร่วมกัน หรือ “กฎบัตรเพื่อพัฒนาการทางสุขภาพ” ของชาติสมาชิกองค์การอนามัยโลก (รวมประเทศไทยด้วย) จากการประชุมที่เมืองอมา-อตา ประเทศรัสเซีย เมื่อปี พ.ศ.๒๕๒๑ โดยประกาศว่า “การสาธารณสุขมูลฐานและบริการสุขภาพปฐมภูมิ” เป็นกลยุทธ์หลักในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาระบบสุขภาพของแต่ละประเทศ เพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า พ.ศ.๒๕๔๓ (Health for All by The Year ๒๐๐๐) ซึ่งปัจจุบัน การสาธารณสุขมูลฐานยังคงมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทยและระดับนานาชาติ ซึ่งทำให้เกิดการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขึ้น รวมถึงยังเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาแพทย์แผนไทยเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุขมูลฐานและบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งดำเนินการมาต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

บุคคล ครอบครัวและชุมชน เป็นจุดเชื่อมต่อของระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ (ซึ่งแบ่งออกเป็นระบบปฐมภูมิ ระบบทุติยภูมิ และระบบตติยภูมิ) โดยมีจุดเน้นของบริการที่กว้างขวางกว่าบริการทางการแพทย์ ในประเทศไทย ยังขยายครอบคลุมไปถึงมิติของการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)^๖ ระบบสาธารณสุขปฐมภูมิของประเทศไทย ยังครอบคลุมถึงการจัดการระบบสุขภาพชุมชน ที่รวมเอาการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านสังคม และการดูแลครอบครัว ชุมชน นอกเหนือไปจากการดูแลเฉพาะรายบุคคล เข้าไว้ด้วยกัน ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมการพึ่งตนเอง และสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพที่ดีของประชาชน

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่พึงประสงค์ มีขอบเขตความหมาย เป็นบริการที่ตั้งอยู่ในชุมชนท้องถิ่น เข้าถึงได้สะดวก เป็นการดูแลโดยยึดเอาผู้ป่วยและประชาชนเป็นศูนย์กลางมากกว่าโรค เป็นบริการผสมผสานบริการประเภทต่างๆ ที่จำเป็นให้บริการต่อเนื่อง ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ จึงขยายความหมายกว้างที่เป็นลักษณะของการบริการ (Service) และการดูแลเอาใจใส่ (Care) มากกว่าการรักษา (Cure) หรือ “สร้างนำซ่อม” ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยมีบทบาทครอบคลุมกว้างขวาง

^๖ การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) หมายถึง กลยุทธ์การพัฒนาสุขภาพโดยประชาชนมีบทบาทสำคัญ ด้วยหลักการพื้นฐาน ๔ ประการ คือ ๑) การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) คือ การให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัย ความเป็นเจ้าของโครงการหรือกิจกรรมสุขภาพของชุมชน ตระหนักถึงปัญหาและร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเองและสมาชิกในชุมชน ๒) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) เทคนิควิธีการแก้ปัญหาและการดูแลสุขภาพ รวมถึงภูมิปัญญาในชุมชนที่เรียบง่าย ไม่ซับซ้อน ประยุกต์ใช้ได้ตามสภาพและบริบทของท้องถิ่นและศักยภาพของประชาชน และสามารถพึ่งพาตนเองได้ ๓) การปรับบริการสุขภาพพื้นฐานให้เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพของชุมชน (Reoriented Basic Health Service) เป็นการปรับหน่วยบริการสาธารณสุขพื้นฐานของภาครัฐให้สามารถเชื่อมต่อ สนับสนุนและเอื้อให้กิจกรรมด้านสาธารณสุขมูลฐานสามารถ

ตามไปด้วย ซึ่งหมายถึงระบบที่ให้บริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรก ของระบบบริการสาธารณสุข (First line health care services) ทำหน้าที่ รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยาและสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual, Family and Community) โดยมีระบบการส่งต่อและ เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชน ในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง และสามารถดูแลตนเอง เมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุลง โดยสามารถสรุปหลักการ ในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ ดังนี้

หลักการที่ ๑ การดูแลแต่แรกและให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าร่วม ในระบบการดูแลสุขภาพ (Care on first contact basis) เป็นการดูแลสุขภาพ ทุกเรื่องตั้งแต่แรก ทำการรักษาในเบื้องต้น ให้การดูแลรักษาที่ไม่ต้องพึ่งพา เทคโนโลยีขั้นสูง สามารถให้บริการอย่างสม่ำเสมอตามความจำเป็นที่ประชาชน ต้องการ ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพ เน้นการดูแลสุขภาพ ของตนเอง ซึ่งสถานที่ตั้งอยู่ในชุมชนอยู่ใกล้บ้านผู้ป่วย สามารถเข้าถึงบริการ ที่ได้มาตรฐานสะดวกสบาย

ขยายขอบเขตการดำเนินการให้ถึงประชาชนในชุมชน ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วม และสามารถส่งต่อบริการดูแลสุขภาพของประชาชนจากชุมชนเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ ในระดับพื้นฐานได้สะดวกและมีประสิทธิภาพ และ ๔) การประสานงานระหว่างสหสาขา (Intersectoral Collaboration) คือ การทำงานประสานความร่วมมือจากสหสาขา ตลอดจน หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชน ทั้ง ๔ องค์ประกอบ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการสาธารณสุข โดยเฉพาะกิจกรรมของ อสม. ในประเทศไทยจนถึงปัจจุบัน

หลักการที่ ๒ การดูแลแบบต่อเนื่อง (Continuity care) เป็นการดูแลทุกระยะตั้งแต่พฤติกรรมการดำเนินชีวิตขณะที่ยังไม่มีสถานะการเจ็บป่วย การตรวจพบความเสี่ยง ภาวะการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของการป่วยจนถึงการเสียชีวิต เป็นการดูแลตลอดชีวิตของคนๆ นั้น รวมถึงครอบครัวและชุมชน โดยมีทีมสุขภาพที่มีความเข้าใจ ก่อให้เกิดความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ ความศรัทธา และความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (Doctor-patients relationship)

หลักการที่ ๓ การดูแลแบบผสมผสาน (Comprehensive care) เป็นการดูแลสุขภาพครบถ้วนทุกด้าน ตั้งแต่การรักษาพยาบาลผู้ป่วย (Treatment) ให้หายจากโรค การป้องกันการเกิดโรค (Prevention) ไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ (Promotion) ให้มีสุขภาพแข็งแรง และการฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitation) ไม่ให้เสื่อมถอยหรือพิการ การให้คำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัว การพึ่งตนเองด้านสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

หลักการที่ ๔ การดูแลแบบบูรณาการ (Integrated or total care) เป็นการดูแล “ทั้งคน” ไม่ใช่ดูแล “โรค” โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะไม่มองผู้ป่วยเพียงมุมมองเดียวหรือเฉพาะด้านชีววิทยา (โรค) ของผู้ป่วย แต่เพียงอย่างเดียว แต่จะมองผู้ป่วยทุกมิติ ทุกด้านที่มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อม บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Bio psycho social spiritual) เพื่อความเป็นมนุษย์ (Humanistic sensibility) โดยปรับทัศนะจากที่มองแบบแยกส่วนมาเป็นการมองชีวิตแบบองค์รวม ให้ความสำคัญกับทุกอย่างที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน

หลักการที่ ๕ การให้คำปรึกษาและระบบส่งต่อ (Consultation and Referral system) เป็นระบบที่ผู้ให้บริการเป็นผู้ให้คำปรึกษาเรื่องต่างๆ ทุกกลุ่มอายุตามกลุ่มวัย ทุกกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย สามารถช่วยให้คำแนะนำก่อนตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอื่นๆ รวมถึงการทำหน้าที่ช่วยเชื่อมประสานและส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งติดตามดูแลผลการรักษาตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย (Episode) ร่วมกับแพทย์เฉพาะทางเพื่อประสิทธิภาพและผลประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

๒. หลักเวชศาสตร์ครอบครัว

หลักเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine Principles) หมายถึง สาขาการแพทย์เฉพาะทางแขนงหนึ่งที่รวมความรู้ทางการแพทย์และสาขาวิชาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดูแลสุขภาพของครอบครัว ซึ่งเป็นหน่วยเล็กที่สุดของสังคมที่ประกอบด้วยความผูกพัน (Engagement) ความเมตตา (Compassion) การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ตลอดจนความสัมพันธ์ของบุคคลภายในครอบครัว โดยปฏิบัติตามหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศไทย ดังนี้

หลักการที่ ๑ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว (Doctor-patients and family relationship) คือ การมีสัมพันธ์ภาพที่ไว้วางใจต่อกัน (Trust) ระหว่างแพทย์หรือผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและครอบครัว แสดงออกถึงความเป็นกันเอง ไม่ถือตัว รับฟังปัญหา ใส่ใจให้ความช่วยเหลือ และแสดงความเห็นใจผู้ป่วย (Empathy) เป็นที่ปรึกษาที่ดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องระยะยาวให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา (Adherence to Care) ร่วมรับผิดชอบหรือตอบสนองต่อแผนการดูแลรักษา (Treatment Response) ซึ่งจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านสุขภาพและสัมพันธ์ภาพระหว่างกัน

หลักการที่ ๒ การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพสำหรับทุกกลุ่มอายุ (High quality primary care provider for all age group) คือ การดูแลสุขภาพครอบคลุมทุกมิติทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพเป็นรายบุคคลหรือรายกรณีทุกกลุ่มวัยที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการทางสุขภาพที่แตกต่างกัน จนเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีที่สุดตามศักยภาพของแต่ละคน ซึ่งการดูแลปฐมภูมิ ประกอบด้วย

- ๑) การดูแลสุขภาพด้านแรก (First Contact care)
- ๒) ความต่อเนื่องของการดูแล (Continuity of care)
- ๓) การดูแลผสมผสาน (Comprehensive care)
- ๔) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Coordinating care)

หลักการที่ ๓ เวชปฏิบัติที่อยู่บนพื้นฐานชุมชนและประชากร (Community-oriented and population-oriented care practice) คือ การดูแลสุขภาพด้านเวชปฏิบัติตามลักษณะความจำเป็นหรือระดับความเสี่ยงและปัจจัยร่วม (Common factors) โดยสามารถเชื่อมโยงเพื่อประสานการดูแลร่วมกับชุมชน หน่วยงาน หรือแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว หรือกลุ่มประชาชนในชุมชนให้มีความมั่นใจในศักยภาพและความสามารถในการจัดการตนได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย

- ๑) การแก้ปัญหาสุขภาพและความต้องการของประชาชนในชุมชน (Health problems and needs in community)
- ๒) การมีส่วนร่วมของประชาชน (People participation)
- ๓) การเข้าถึงทรัพยากรภายในบุคคลในฐานะประชากร (Resource person of a defined population)

เวชปฏิบัติครอบครัว (Family Practice) หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ (Primary Care) โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางการแพทย์และด้านสังคม ในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน (Individual, Family and Community) การทำเวชปฏิบัติ โดยอาศัยหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวต่อบุคคลและครอบครัว ซึ่ง ๑๕% ของปัญหาที่พบในการทำเวชปฏิบัติครอบครัว เป็นปัญหาที่ไม่อาจจะเลี่ยงความพิการหรือความตายได้ รูปแบบที่แพทย์ครอบครัวจะใช้ในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพให้คงอยู่หรือมิให้มีความพิการเพิ่มขึ้น รูปแบบนี้เรียกว่า “Medical Model” ส่วนอีกกว่า ๘๐% ของเวชปฏิบัติครอบครัว มักจะเป็นปัญหาที่หายเองได้ ป้องกันได้ หรือเป็นปัญหาด้านจิตสังคม (Psycho-social) การทำเวชปฏิบัติแบบนี้จะต้องอาศัยความสัมพันธ์ของแพทย์และผู้ป่วย เป้าหมายมิใช่เพียงผลการรักษาอย่างเดียว แต่ยังต้องคำนึงถึงผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยด้วย เช่น ความรู้สึกสบาย ความพึงพอใจ รูปแบบนี้เรียก “Relation Model” การทำเวชปฏิบัติครอบครัวอาศัยหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งอาจแตกต่างกันในแต่ละประเทศ หรือฐานวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน นอกจากจะเป็นแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวแล้ว ยังสามารถให้ทีมสุขภาพอื่นเป็นผู้ปฏิบัติร่วมกันได้

ความสัมพันธ์ของหน่วยการดูแลสุขภาพ

หน่วยการดูแลสุขภาพ	หลักการดูแลสุขภาพ
ระดับบุคคล (The individual level)	๑. การดูแลรายกรณี (The case approach) ๒. การดูแลบุคคลแบบองค์รวม (The whole person approach)
ระดับครอบครัว (The family level)	๓. การใช้ครอบครัวเป็นฐานการดูแล (The family orientation) ๔. การดูแลครอบครัวเป็นหน่วยองค์รวม (The family or household as a whole unit)
ระดับชุมชน (The community level)	๕. เวชศาสตร์และการสาธารณสุขชุมชน (The community practice and public health) ๖. กลุ่มเครือข่ายในชุมชน เช่น หมู่บ้าน ละแวกบ้าน ฯลฯ (Contiguous groups) ๗. กลุ่มเครือข่ายความสัมพันธ์ เช่น ชมรม สโมสร สมาคม ประชาคม ฯลฯ (RelationShip network) ๘. กลุ่มเฉพาะ หรือประชาคม เช่น กลุ่มลุ่มน้ำ กลุ่มผู้ใช้น้ำ กลุ่มอาชีพ ฯลฯ (Special groups or communities)

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family physicians or Family doctors) ผู้ให้บริการดูแลด้านเวชปฏิบัติกับผู้ป่วยในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว (Family as a whole) และดูแลสุขภาพในแบบองค์รวม (Holistic) ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพสังคมแวดล้อม และให้การบริบาล (Caring) ทั้งด้านการป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยเริ่มจากตัวผู้ป่วย

เป็นจุดเริ่มเพื่อเข้าถึงครอบครัวและอาจไปถึงชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เนื่องจากทุกอย่างที่กล่าวมาแล้วล้วนมีผลต่อตัวผู้ป่วยเองและโรคภัยไข้เจ็บของผู้ป่วย อาจมีผลกระทบต่อครอบครัว และชุมชน ด้วยเช่นกัน

การนำหลักเวชศาสตร์ครอบครัวมาใช้เป็นแนวคิดและแนวทางในการจัดบริการจะสามารถช่วยลดช่องความสัมพันธ์และปรับเปลี่ยนวิธีการในการดูแลรักษาสุขภาพที่เป็นการดูแลการเจ็บป่วยแบบแยกส่วนเป็นรายโรค เป็นการดูแลต่อเนื่องครอบคลุมตลอดวงจรการดูแลภาวะเจ็บป่วย ตั้งแต่การเกิดอาการ (Signs & Symptom) การเกิดโรค (Disease) ความเจ็บป่วย (Illness) ตลอดจนผลกระทบต่อสุขภาพที่มีต่อบุคคลในครอบครัวและชุมชน โดยคำนึงถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับสภาวะแวดล้อมต่างๆ ในชุมชน เช่น นโยบายสุขภาพ บรรทัดฐานหรือกฎระเบียบของชุมชน มาตรการทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ (Social Determinants of Health) ทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลรักษาการเจ็บป่วยที่สมบูรณ์เป็นองค์รวมเพิ่มมากขึ้น

๓. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ

พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ เป็นกฎหมายหลักที่จะกำหนดรูปแบบและแนวทางในการดำเนินการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพ ทำให้มีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถดูแลรับผิดชอบประชาชนในระดับพื้นฐานได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยมีสาระสำคัญคือ

“บริการสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรกต่อเนื่องและผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ

การป้องกันโรค การควบคุมโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

“ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า

๑. สถานพยาบาลที่ดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ และสภากาชาดไทย

๒. สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

๓. หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๔. หน่วยบริการอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

“เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ” หมายความว่า หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

“แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

“ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ประกอบโรคศิลปะ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด ผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพและสาธารณสุขอื่นตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น และให้หมายความรวมถึงบุคคลตามมาตรา ๓๑ แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.๒๕๔๒

“คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว ทั้งนี้ตามที่กฎหมายกำหนด

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย มีหน้าที่ ดังนี้

๑. ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการตลอดจนเคารพสิทธิส่วนบุคคล ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความเชื่อทางศาสนา
๒. ให้ข้อมูลการบริการสุขภาพปฐมภูมิและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการแก่ผู้รับบริการอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบ

๓. ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ ญาติ หรือผู้ใกล้ชิดกับผู้รับบริการ เกี่ยวกับ แพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลต่อเนื่องทางด้าน สุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต และด้านสังคมที่จะรับดูแลผู้รับบริการก่อนจำหน่าย ผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

๔. รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่ตาม (๑) และ (๒) อย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติ หน้าที่ตามกฎหมาย

๕. จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อความสะดวก ต่อการตรวจสอบคุณภาพ มาตรฐานและบริการ รวมทั้งการขอรับค่ารักษา พยาบาลหรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

๖. ปฏิบัติตามมาตรฐานการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการ ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ลักษณะของสถานบริการที่ขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ

การจัดตั้งและการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ ถือเป็นจุดแรกของการพัฒนามาตรฐานคุณภาพบริการ สุขภาพปฐมภูมิ เนื่องจากการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ได้กำหนดหลักเกณฑ์ และเงื่อนไข และถือเป็นโอกาสที่สำคัญยิ่งในการยกระดับคุณภาพและศักยภาพ ของสถานบริการสาธารณสุขให้มีศักยภาพในการดูแลประชาชนเพิ่มสูงขึ้น ทั้งในด้านคุณภาพของปัจจัยนำเข้า (Quality of Input or Resource) ซึ่งจะ นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพในเชิงกระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Results) ของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิกำหนดองค์ประกอบไว้ (ประกาศ คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง ลักษณะของหน่วยบริการและเครือข่าย หน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียน การขึ้นทะเบียน และการแบ่งเขตพื้นที่ เพื่อเป็น หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ ลงวันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๒) มีลักษณะดังนี้

๑. มีอาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการ สุขภาพปฐมภูมิ

๒. สถานที่ตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับ บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น

๓. มีบุคลากรและศักยภาพที่สามารถให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ อย่างน้อย ดังนี้

(ก) ดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรกต่อเนื่องและ ผสมผสาน

(ข) ดูแลสุขภาพเชิงรับในหน่วยบริการและเชิงรุกในชุมชน

(ค) บริการด้านข้อมูลสุขภาพและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน

(ง) บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับบุคคลและ ครอบครัว โดยการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ

(จ) ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการ สุขภาพตนเองและครอบครัว

(ฉ) ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคี เครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

๔. มีเวลาทำการไม่น้อยกว่า ๘ ชั่วโมงต่อวันเป็นเวลา ๕ วันต่อสัปดาห์ โดยหากมีการให้บริการนอกเวลาทำการ ต้องจัดให้มีการแจ้งให้ผู้รับบริการ ในเขตพื้นที่ทราบเป็นการทั่วไป

๕. มีระบบสารสนเทศที่เหมาะสมกับการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิและข้อมูลด้านสุขภาพตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๖. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อยหนึ่งคน และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างน้อยหนึ่งคณะซึ่งประกอบด้วย ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวน ๒ คนขึ้นไป และผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน จำนวน ๒ คนขึ้นไป

๔. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

การดูแลสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นแนวคิดที่มีหลากหลายมุมมองและฐานที่มา ซึ่งประกอบด้วย

๑) สุขภาพดีเกิดจากองค์ประกอบทางด้านกายจิตสังคม (Biopsychosocial)

๒) การมองผู้ป่วยข้ามพ้นจากความผิดปกติของร่างกายหรือโรคแต่ต้องตระหนักถึงความเป็นอัตบุคคล (Patient as a person)

๓) การให้อำนาจและความรับผิดชอบในการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการดูแล (Sharing Power and Responsibility) การมีพันธมิตรในการให้การดูแลรักษา (Therapeutic Alliance) และผู้ให้การดูแลบำบัดก็มีฐานะเป็นบุคคลคนหนึ่ง (Clinician as a person)

การดูแลสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง หมายถึง การดูแลรักษาที่คำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการเป็นสำคัญ บนพื้นฐานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการดูแล ในการประเมินสุขภาพอย่างรอบด้าน เป็นองค์รวม วางแผนและให้การดูแลรักษาแบบผสมผสาน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ การดูแลสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่ศักยภาพของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการจะสามารถ เป็นไปได้ โดยปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของบุคคล ให้การดูแลตอบสนองความต้องการ ค่านิยมและการเลือกของผู้รับบริการ (Institute of Medicine, 2001)

รูปแบบบริการสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ที่ดำเนินการผ่านมานั้น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO, 2000) สะท้อนว่า ยังคงมีข้อจำกัด และสมควรที่จะมีการปรับเปลี่ยนไปสู่แนวทางการดูแลสุขภาพ ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-center-care approach) ไว้ดังนี้

การเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลสุขภาพระหว่างรูปแบบพื้นฐานกับรูปแบบ บริการสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง

รูปแบบการรักษาพยาบาล แบบผู้ป่วยนอก (Conventional ambulatory medical care in clinicals or outpatient departments)	รูปแบบของแผนงาน ด้านสาธารณสุข (Disease control programmes)	รูปแบบของแผนงาน ด้านสาธารณสุข (Disease control programmes)
ให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษา (Focus on illness and cure)	ให้ความสำคัญกับโรค (Focus on priority disease)	ให้ความสำคัญกับความจำเป็นทางสุขภาพ (กว้างกว่ารักษาพยาบาล) (Focus on health needs)

รูปแบบการรักษาพยาบาล แบบผู้ป่วยนอก (Conventional ambulatory medical care in clinicals or outpatient departments)	รูปแบบของแผนงาน ด้านสาธารณสุข (Disease control programmes)	รูปแบบการดูแลสุขภาพ ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-centered Primary Care)
มีความสัมพันธ์กับผู้รับบริการเฉพาะ ระหว่างการรับบริการ (Relationship limited to the moment of consultation)	มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเป้าหมาย เฉพาะระหว่างที่นำแผนงานไป ปฏิบัติ (Relationship limited to programme implementation)	สร้างความผูกพันในการดูแล (Enduring personal relationship)
การดูแลเฉพาะช่วงที่เกิดอาการ (Episodic curative care)	แก้ปัญหาเฉพาะโรคตามที่แผน งานกำหนดไว้เท่านั้น (Programme-defined disease-control interven- tions)	เป็นการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ต่อเนื่อง และให้ความสำคัญ กับการดูแลรายบุคคล (Comprehensive, contin- uous and person-cen- tered care)
ข้อเสนอแนะเกิดประโยชน์และความ ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยทำได้อย่าง จำกัด (Responsibility limited to effective and safe advice to the patients at the moment of consultation)	รับผิดชอบดูแลเฉพาะประชาชน ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของแผนงาน เท่านั้น (Responsibility for disease control targets among the target-population)	รับผิดชอบดูแลสุขภาพ ประชาชนทุกคนในชุมชน ตลอดช่วงชีวิต รวมถึง การจัดการกับปัจจัยกำหนด ที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ (Responsibility for the health of all in the com- munity along the life cycle; responsibility for tackling determinants of ill- health)

รูปแบบการรักษาพยาบาล แบบผู้ป่วยนอก (Conventional ambulatory medical care in clinical or outpatient departments)	รูปแบบของแผนงาน ด้านสาธารณสุข (Disease control programmes)	รูปแบบการดูแลปฐมภูมิ ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-centered Primary Care)
ประชาชนเป็นเพียงผู้รับบริการที่เป็น ลูกค้ามาซื้อบริการ (User are customers of the care they purchase)	ดำเนินการเฉพาะประชาชนที่ เป็นกลุ่มเป้าหมายของแผนงาน (Population groups are targets of disease-control interventions)	ประชาชนและชุมชนเป็น พันธมิตรหลักในการจัดการ สุขภาพด้วยตนเอง (People are partners in managing their own health and that of their community)

จากข้อจำกัดของระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ผ่านมานั้น ทำให้ระบบการดูแลสุขภาพประชาชนนั้นไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชนได้ ไม่สามารถดูแลจัดการปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นโรคเรื้อรังและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ขณะที่คุณภาพการให้บริการสุขภาพมีความแตกต่างกัน ใช้ทรัพยากรและงบประมาณที่ด้อยประสิทธิภาพ โดยที่ความพึงพอใจน้อยลงและผลลัพธ์ทางสุขภาพไม่ได้เพิ่มขึ้น ด้วยเหตุนี้การดูแลสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ควรจะเป็นค่านิยมหลัก หรือบรรทัดฐานใหม่ (New norm) ที่ระบบการดูแลสุขภาพที่บุคลากรสาธารณสุขควรตระหนักและสร้างให้เกิดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นจริง

แนวคิดของ Picker ได้พิจารณาว่าการให้ความสำคัญกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการนั้น จะต้องทำความเข้าใจประสบการณ์ผู้ป่วยนั้นเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพให้มีคุณภาพ โดยระบุหลักพื้นฐานสำหรับการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยไว้เป็นการเฉพาะ ประกอบด้วย

๑) การให้ความเคารพกับคุณค่า ความชื่นชอบ และความจำเป็นของผู้ป่วย (Respect for patient's values, preference and expressed needs)

๒) การประสานเชื่อมโยงและบูรณาการการดูแลสุขภาพ (Coordination and integration of care)

๓) การให้ข้อมูลและความรู้ (Information and Education)

๔) ความสะดวกสบายทางกายภาพ (Physical comfort) รวมถึงการจัดการความเจ็บปวด (Pain management) และการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน (Assistance with activities and diary living) และสภาวะสิ่งแวดล้อม (Healing environment)

๕) การสร้างความสุขทางใจ (Emotional support and alleviation of fear and anxiety)

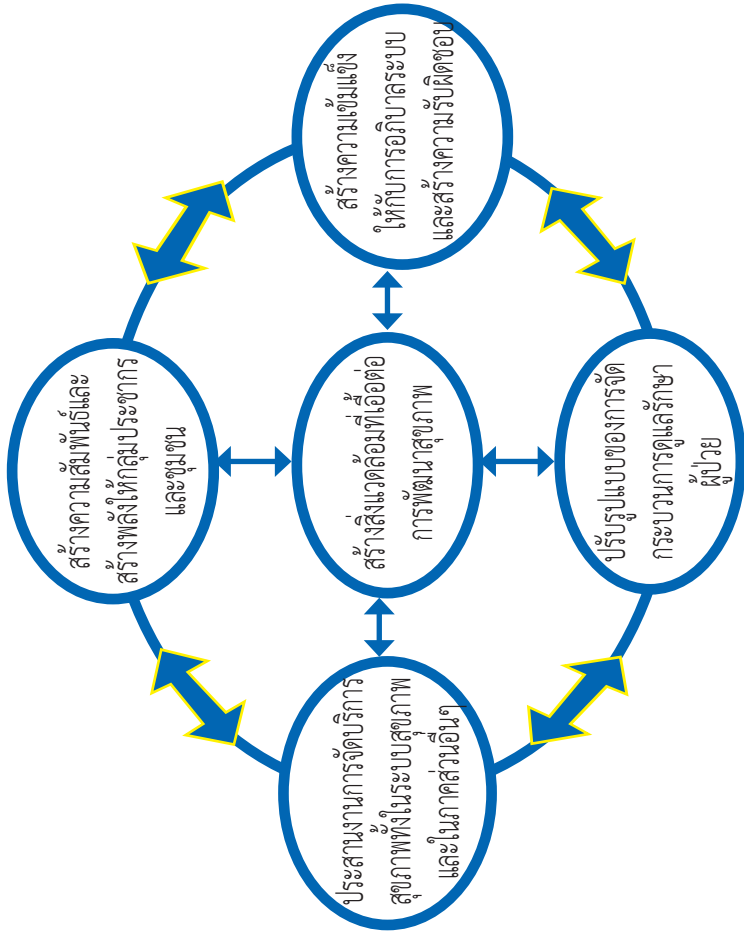
๖) ความร่วมมือของครอบครัวและเพื่อน (Involvement of family and friends)

๗) การดูแลต่อเนื่องและการเคลื่อนย้ายส่งต่อผู้ป่วย (Continuity and transition)

๘) การเข้าถึงการดูแล (Access to care) ยิ่งทำให้การดูแลผู้ป่วยที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพอย่างแพร่หลาย

เพื่อให้การจัดการสุขภาพมุ่งเน้นการให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลตามแนวคิดข้างต้น ในปี ๒๐๑๖ องค์การอนามัยโลก ได้เสนอกรอบยุทธศาสตร์การบูรณาการระบบบริการสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (WHO's Integrated People-center Health Services : IPCHS) และเสนอแนะกลยุทธ์หลัก ๕ ประการเพื่อผลักดันให้เกิดการนำไปปฏิบัติ คือ

กรอบแนวคิดสุขภาพโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง



๑. การสร้างความผูกพันและเสริมพลังให้กับประชาชนและชุมชน (Engaging and Empowering People and Communities) เช่น การพัฒนาการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้รับบริการสุขภาพ (Shared decision-making) การพัฒนาให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้ (Self-management) การวางแผนการดูแลรักษาเฉพาะบุคคล (Personalized care plan) การสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วย การพัฒนาบทบาทของภาคประชาสังคมและกลุ่มผู้ป่วยให้มีความเข้มแข็ง เป็นต้น

๒. การสร้างความเข้มแข็งให้กับการอภิบาลระบบและความรับผิดชอบภายในระบบสุขภาพ (Strengthening governance and accountability) เช่น การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนในการออกแบบและประเมินนโยบายด้านสุขภาพ การกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่น การพัฒนาประสิทธิภาพผู้ป่วย การพัฒนารายงานผลลัพธ์ด้านคุณภาพของการจัดบริการสุขภาพต่อสาธารณะ การวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพจากรายงานของผู้ป่วย การลงทะเบียนของประชาชนกับผู้ให้บริการที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

๓. การปรับรูปแบบของการจัดกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย (Reorienting the model of care) เช่น การจัดบริการสุขภาพระดับกลุ่มประชากร การประเมินความต้องการด้านสุขภาพในระดับท้องถิ่น การพัฒนาสิทธิประโยชน์ด้านบริการสุขภาพที่มีความครอบคลุม (Comprehensive package of services) การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านสาธารณสุข การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การพัฒนาเวชปฏิบัติปฐมภูมิซึ่งมุ่งเน้นการดูแลครอบครัวและชุมชน การพัฒนาระบบการดูแลที่บ้านและการดูแลในสถานพยาบาลระยะยาว การปรับให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่สำหรับการดูแลรักษาโรคซับซ้อนในระยะ

เฉียบพลันเท่านั้น การพัฒนาการผ่าตัดในรูปแบบผู้ป่วยนอก การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (E-Health, M-Health) การพัฒนาระบบบัญชีจัดเก็บข้อมูลสุขภาพของประชาชน (Personal health account) เป็นต้น

๔. การประสานงานการจัดบริการสุขภาพทั้งในระบบสุขภาพและในภาคส่วนอื่น (Coordinating services within and across sectors) เช่น การสร้างเครือข่ายผู้ให้บริการสุขภาพในระดับเขต การพัฒนาเวชระเบียนร่วมกันระหว่างต่างหน่วยงาน การวางแผนการดูแลรักษาระหว่างหน่วยงาน (Care pathway) การพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย การจัดการผู้ป่วยเฉพาะราย (Case management) การบูรณาการแนวตั้งสำหรับแผนงานหรือนโยบายสุขภาพในระดับประเทศ การสร้างความเป็นหุ้นส่วนระหว่างหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐและภาคเอกชน การนำการแพทย์พื้นบ้านเข้ามาในระบบสุขภาพแบบตะวันตก การสร้างระบบเตรียมความพร้อมในการตอบสนองต่อวิกฤติหรือภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ เป็นต้น

๕. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพ (Creating an enabling environment) เช่น การพัฒนาภาวะผู้นำเพื่อการสร้างการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ การสร้างความรู้จากการวิจัยเชิงระบบ การพัฒนาแนวการดูแลทางคลินิก การพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ การสร้างทีมดูแลสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ การพัฒนาสิ่งแวดล้อมในการทำงานและการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของผู้ให้บริการสุขภาพ การปรับระบบการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการสุขภาพบนพื้นฐานของการจ่ายรายหัว เป็นต้น

วิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Cases Management Approach)

ในการนำแนวคิดประชาชนเป็นศูนย์กลางบูรณาการเข้าสู่ระบบการดูแลผู้รับบริการในพื้นที่รับผิดชอบนั้น สามารถดำเนินการได้โดยประยุกต์รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเป็นรายกรณีเข้ามาเป็นระบบหลักในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย โดยมีระบบผู้รับผิดชอบผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่เรียกว่า “ผู้จัดการรายกรณี” (Case manager) ทำหน้าที่ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีแนวทางหรือขั้นตอนการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

๑) การกำหนดเป้าหมายการดูแล (Targeting and outreach)

มีการกำหนดว่าผู้ป่วยรายใดที่สามารถนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ได้อย่างเหมาะสม โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มย่อย (Segmentation) ตามลักษณะพื้นฐานทางสังคมเศรษฐกิจและสภาพความเจ็บป่วยที่สามารถจัดการรายกรณีได้ร่วมกัน เพื่อกำหนดผู้รับผิดชอบดูแล (Cases manager) มีการจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการจัดการ และใช้ระบบการประสานงาน (Coordinating) เป็นสำคัญเพื่อให้ทีมสหวิชาชีพร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพประสิทธิผลสูงสุด ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่

๒) การคัดกรองผู้ป่วย (Screening and Intake)

มีการค้นหาและตรวจคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคให้เข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยโรคและความเสี่ยงทางสุขภาพ (Risk stratification) กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วให้เข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติและแนวทางการดูแลที่สำคัญ ส่วนกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ และกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้ และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนแล้ว มีการจัดการให้เข้าสู่ระบบของการจัดการรายกรณีตามปัญหาและความจำเป็น

๓) การประเมินผู้ป่วยแบบเบ็ดเสร็จเป็นองค์รวม (Comprehensive assessment) มีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยละเอียดรอบด้านและครอบคลุมปัญหาและสถานะทางด้านกายจิตสังคมและจิตวิญญาณที่เกิดขึ้นและเป็นอยู่ ทั้งระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน และระบบการแพทย์แผนไทย ตรวจคัดกรองและค้นหาปัญหาที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นบ่อยๆ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการจัดการรายกรณีตามปัญหาและความต้องการการดูแล (Needs of care) มีการทบทวนปัญหาด้านความต้องการหรือการสะท้อนกลับประสบการณ์ในการดูแล การใช้ทรัพยากรและรูปแบบกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

๔) แผนการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Individual care plan) มีการออกแบบหรือพัฒนาแผนการดูแลรายกรณีตามรูปแบบผังการดูแลผู้ป่วย (Patients journey map) โดยวัตถุประสงค์ของแผนการดูแลควรครอบคลุมการบริการสุขภาพที่จำเป็นและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และโดยเฉพะอย่างยิ่งต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกับแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (Deliberative design)

๕) การจัดการดูแลผู้ป่วย (Service delivery arrangement) มีการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีตามรูปแบบกิจกรรมที่ออกแบบไว้ให้เป็นไปตามข้อกำหนด (Protocol) ประกอบด้วย การตรวจวินิจฉัย การจัดการระบบบริการแพทย์แผนไทยและการผสมผสานการแพทย์แผนปัจจุบัน การดูแลครบวงจรระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ การให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home care) การให้บริการเชิงรุกในชุมชนเพื่อจัดหาสิ่งสนับสนุนและทรัพยากรตามความจำเป็น เช่น บริการทางสังคม (Social assistant) สวัสดิการทางสังคมและสุขภาพ (Social health welfare) การลดความสูญเสียเปล่าหรือกิจกรรมที่เกินความจำเป็น หรือไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

และให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการด้วยความคุ้มค่า ประหยัด ไม่สิ้นเปลือง มีการประสานการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเพื่อการส่งต่อการดูแลที่ต่อเนื่องทั้งภายในทีมสุขภาพและภายนอกเครือข่าย ตามระดับความจำเป็นของปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย

๖) การเสริมพลัง (Empower for self management) เพื่อลดความเสี่ยง และความผันแปร (Variation) ของอาการและความเจ็บป่วย ป้องกันและควบคุมการกำเริบ ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน เน้นการดูแลต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้

๗) การจัดการระบบสารสนเทศ (Information management) มีการจัดการข้อมูลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพโดยการสร้าง (Generate) ประยุกต์ใช้ (Application) ปรับแต่ง (Modified) ฐานข้อมูลขนาดเล็ก มีการใช้ข้อมูลทางคลินิกร่วมกับสถิติสุขภาพเบื้องต้น นำมาใช้วิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิก การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงและความแปรปรวน และคาดการณ์แนวโน้มทางสุขภาพเพื่อสร้างทางเลือก (Solution) ในการร่วมกันตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งมีการจัดการด้านข้อมูลข่าวสาร เพื่อพัฒนาคุณภาพและระบบการดูแลและการเข้าถึงข้อมูลที่ง่ายสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในการประเมินติดตามสถานะสุขภาพตนเอง (Self-monitoring)

๘) การติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation) มีการติดตามผลการดูแลและประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในระบบการจัดการรายกรณี ทั้งในเรื่องคุณภาพการดูแล คุณภาพการจัดการ คุณภาพของสิ่งสนับสนุนและความพอใจของทรัพยากร มีการกำหนดค่าเป้าหมายหรือตัวชี้วัดที่ต้องการบรรลุเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว (Short and

long-term goals) และมีการสะท้อนผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณีและคุณภาพการดูแล เช่น การสะท้อนและการรับฟังประสบการณ์การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ (Patient's experience reflection) การประชุม Case conference ของทีมสุขภาพ การศึกษาวิจัยระบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีของหน่วยบริการ เป็นต้น

๙) การประเมินซ้ำ (Re-assessment) มีกระบวนการทบทวนเป้าหมายการดูแล รวมทั้งทบทวนแผนการดูแลว่า ควรมีการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงในส่วนใดบ้าง โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมสุขภาพ

เนื่องจากการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจะไม่สามารถรับบริการครบถ้วนได้ในครั้งเดียวของการมารับบริการ การดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณีอย่างต่อเนื่องตามแผนการดูแลจึงมีความสำคัญ มีงานวิจัยยืนยันถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลจากการได้รับการดูแลด้วยกระบวนการดูแลรายกรณี อย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องสามารถทำให้ผลการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น



แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ ด้วยการแพทย์แผนไทยที่มีประชาชน เป็นศูนย์กลางในระบบปฐมภูมิ

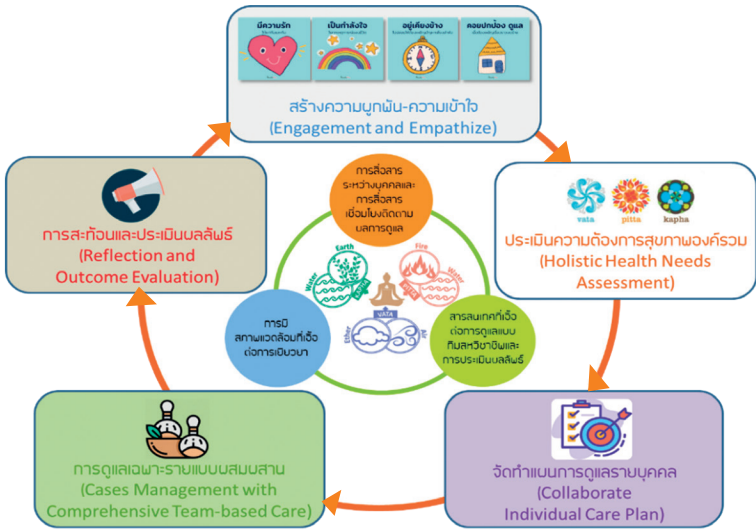


สาระสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางนี้เป็นระบบการดูแล (System of care model) ที่จะเอื้อให้การดูแลผู้ป่วยสามารถตอบสนองผู้ป่วยได้ตรงกับความต้องการที่แท้จริง โดยมีขั้นตอนสำคัญ คือ ๑) การสร้างความผูกพันและความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ๒) การประเมินความต้องการสุขภาพองค์รวม ๓) การจัดทำแผนการดูแลเฉพาะบุคคลเพื่อการจัดการตนเอง ๔) ระบบการดูแลเฉพาะรายแบบผสมผสานด้วยการจัดการดูแลด้วยทีมสุขภาพ และ ๕) การสะท้อนและประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

กระบวนการดูแลผู้ป่วย (Care model) แบบบูรณาการที่มุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นเพียงแนวทางเพื่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยสามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของหน่วยบริการอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมจนเป็นแนวทางหลักของหน่วยบริการ จะสามารถทำให้เกิดการปรับเปลี่ยน (Transformation) ให้การดูแลผู้ป่วยที่สามารถตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ และสอดคล้องกับขอบเขตที่กฎหมายกำหนดเป็นระบบบริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางได้อย่างแท้จริง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการด้วยการแพทย์แผนไทยที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางที่จะนำเสนอต่อไปนี้เป็น การออกแบบใหม่ (Redesign) ซึ่งเป็นการออกแบบร่วมกันของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่นำร่องการศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางในระบบบริการปฐมภูมิ จำนวน ๖ แห่ง เพื่อใช้เป็นตัวอย่างสำหรับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ต้องการดำเนินการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และสอดคล้องกับความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายมากที่สุด ตามแนวคิดระบบสุขภาพปฐมภูมิและการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก (WHO's Integrated People-center Health Services : IPCHS) โดยแบ่งเป็น ๕ ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

**แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ
ด้วยการแพทย์แผนไทยที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง**



๑. การสร้างความผูกพันและความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Engagement and Empathize) ประชาชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นประชากรที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัว จะได้รับการสื่อสารกระบวนการสร้างความคุ้นเคยและความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathized) เพื่อสร้างความผูกพันในลักษณะหุ้นส่วนการดูแลสุขภาพ โดยสะท้อนผ่านการแสดงออกเชิงพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก ๓ ด้าน คือ

๑) ด้านความเชื่อมั่นและไว้วางใจในการดูแลอย่างเต็มที่ (Vigor)

๒) ความทุ่มเทและใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองและความร่วมมือในการรับบริการ (Dedication)

๓) การมีส่วนร่วมในการดูแล (Participation) หรือการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ที่เกิดจากกระบวนการสื่อสารสองทางระหว่างความรู้สึกรู้สึกค่าความต้องการที่แท้จริง

หลักการสร้างความผูกพัน

๑) การให้ความรักความปรารถนาได้อย่างจริงใจที่จะให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลให้มีสุขภาพดีตามศักยภาพ และสามารถพึ่งตนเองทางสุขภาพได้

๒) การให้กำลังใจกับผู้ป่วยและครอบครัวในเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่สำคัญของชีวิต

๓) การเป็นกัลยาณมิตรที่ดีสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวในการสนับสนุนการดูแลตนเองด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยและครอบครัว

๔) เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ จะทำหน้าที่คอยดูแลให้ความช่วยเหลือ หรือแสวงหาวิธีการช่วยเหลือจากภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบกิจกรรม

๑) การแบ่งปัน (Share) แนวทางที่หน่วยบริการ หรือผู้ให้บริการ สนับสนุนข้อมูลที่ง่ายสำหรับการถ่ายทอด การทำความเข้าใจ และการปฏิบัติ สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจดูแลเป็นรายบุคคล เช่น การสร้างความผูกพันเพื่อสนับสนุนข้อมูลเพื่อการพัฒนาแผนงาน การบริการ นโยบายและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้อง

๒) การให้คำปรึกษา (Consult) ประกอบด้วยแนวทางที่วิชาชีพ ผู้ให้บริการ องค์กรหรือหน่วยบริการ และระบบการวางแผนได้รับข้อมูล ป้อนกลับจากผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับประเด็นทางสุขภาพ นโยบายและการตัดสินใจที่จำเป็น

๓) การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (Deliberate) ประกอบด้วย แนวทางในการสร้างการแลกเปลี่ยนความเห็นระหว่างผู้ป่วย และผู้ดูแลกับ ทีมสหวิชาชีพในประเด็นสุขภาพ นโยบาย หรือการตัดสินใจ และเริ่มต้นค้นหา แนวทางการดูแล (To explore solutions)

๔) ความร่วมมือ (Collaborate) ประกอบด้วย ผู้ป่วยและผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพสุขภาพ นักวางแผน และองค์กรให้บริการแสวงหาและประยุกต์ แนวทางร่วมกันในประเด็นทางสุขภาพในด้านนโยบาย หรือการตัดสินใจ

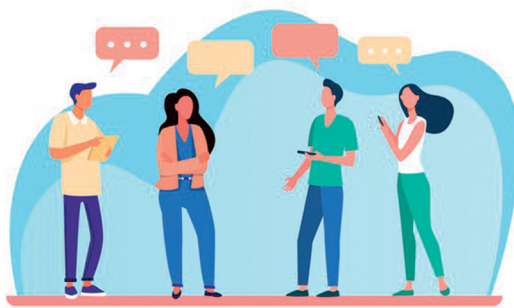
เครื่องมือและเทคนิควิธีการ

- ๑) การสังเกต (Observation)
- ๒) การสื่อสารแบบสุนทรียสนทนา (Dialogue)
- ๓) การเข้าไปอยู่ร่วมในเหตุการณ์และประสบการณ์ของผู้ป่วย (Immerse)
- ๔) การให้ข้อมูลความรู้เพื่อการเข้าถึงบริการและดูแลสุขภาพตนเอง (Inform)

๕) การฝึกทักษะความสามารถ ๒ ด้าน คือการเข้าใจตนเอง และการเข้าใจผู้อื่น

๕.๑) การเข้าใจตนเอง : การฝึกให้ความเข้าใจตนเอง และรู้จักความรู้สึกและความต้องการของตัวเอง เป็นตั้งรากแก้วของการสื่อสาร เพื่อสานสัมพันธ์ ความเข้าใจที่ชัดเจนเป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยให้เราสามารถ สื่อสารความรู้สึกและความต้องการของเราให้ผู้อื่นรับรู้และช่วยให้เราเข้าใจผู้อื่น ได้มากขึ้นด้วยการทำความเข้าใจตนเอง เราจะใช้ความกรุณาและความเอาใจใส่ เช่นเดียวกับที่เราให้ผู้อื่น โดยมองให้ทะลุผ่านการตีความและการตัดสินใจตัวเอง เพื่อให้เราได้เห็นความรู้สึกและความต้องการของตัวเองอย่างกระจ่างชัด

๕.๒) การเข้าใจผู้อื่น : การแสดงความเข้าใจเป็นการ สานสัมพันธ์ กับอีกฝ่ายหนึ่งด้วยการคาดคะเนความรู้สึก และความต้องการ ของอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งการแสดงความเข้าใจก็เกิดขึ้นได้โดยไม่ต้องใช้คำพูด แต่ในเวลาเกิดข้อขัดแย้ง การรับฟังด้วยความเข้าใจและสื่อสารให้อีกฝ่ายรับรู้ เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของเราก็เป็นสิ่งสำคัญ อย่างไรก็ตามการแสดง ความเข้าใจอีกฝ่ายหนึ่งไม่ได้หมายความว่าเราต้องยอมทำในสิ่งที่ขัดกับ ความต้องการของเรา หรือตอบสนองความต้องการของเขา หรือเห็นด้วยกับ วิธีการของเขา



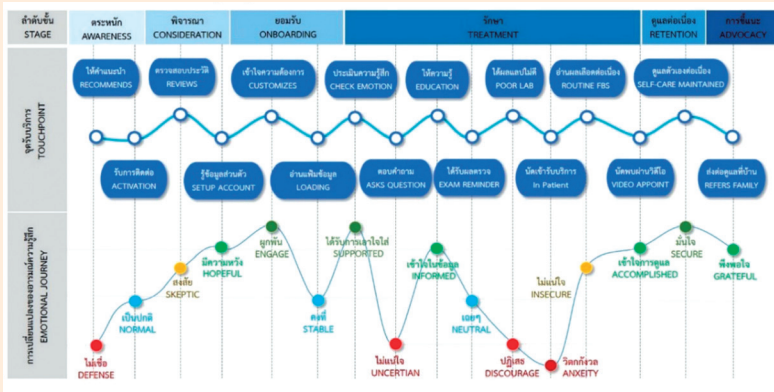
กรณีตัวอย่าง : การสร้างความผูกพันกับผู้ป่วย คลินิกหมอครอบครัว รพ.สต.พราน จังหวัดศรีสะเกษ มีการใช้แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย และดำเนินการลงชุมชนเพื่อการคัดกรองสภาวะสุขภาพ โดยการทำความรู้จักร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการทักทายพูดคุย รับฟัง และสังเกตวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย จนเกิดความคุ้นเคยและมีความไว้วางใจ เปิดเผยข้อมูลที่เป็นต่อการดูแลสุขภาพ กระบวนการเรียนรู้วิถีชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

เครื่องมือสำคัญในการเรียนรู้วิถีชีวิตของผู้ป่วยที่สำคัญ ประกอบด้วย

๑) การสอบถามฝั่งประวัติชีวิตของผู้ป่วย (Life-history) ตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน ในลักษณะเส้นทางการเวลา (Time-line) เหตุการณ์สำคัญในชีวิต สภาวะสุขภาพในแต่ละช่วงวัย รวมถึงการบันทึกความคิด ความรู้สึก ความต้องการของผู้ป่วย

๒) เส้นทางการเจ็บป่วย (Patient journey map) ซึ่งแสดงถึงกระบวนการสำคัญ ตั้งแต่ก่อนการเจ็บป่วย การเข้าสู่ช่วงการเจ็บป่วย กระบวนการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย และที่สำคัญคือ จุดสัมผัส (Touch point) ที่ผู้ป่วยเข้าไปสัมผัสกับระบบบริการสุขภาพ หรือระบบการดูแลสุขภาพ แผนต่างๆ ในหน่วยบริการสาธารณสุข พร้อมทั้งระบุถึงความคิด ความรู้สึก (Emotional journey) ที่เกิดขึ้นแต่ละจุดของระบบบริการเพื่อความเข้าใจ สภาวะอารมณ์ ความรู้สึกผู้ป่วยและเห็นถึงปัญหาของระบบบริการที่สร้างความทุกข์ให้กับผู้ป่วยในแต่ละจุดสัมผัส เพื่อให้ผู้ให้บริการได้นำมาปรับปรุงคุณภาพบริการด้วยการตอบสนองต่ออารมณ์ความรู้สึก จะส่งให้ระบบบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยมีความปราณีต ละเอียดอ่อน เข้าใจ ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่ละราย และเกิดความตระหนักว่าในแต่ละขั้นตอนนี้ ควรจะส่งมอบสิ่งที่เป็นต่อการดูแลด้านสุขภาพ เพื่อตอบสนองผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ถูกต้องและเป็นประโยชน์ตรงกับความ ต้องการได้อย่างแท้จริง โดยที่ไม่ใช่การยึดยึดบริการที่ไม่จำเป็นให้กับผู้ป่วย

ผังการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (DIABETES PATIENT JOURNEY MAP)



กรณีตัวอย่าง : การสร้างความผูกพันกับชุมชน คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ในช่วงเริ่มต้นดำเนินการจัดบริการ มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้แกนนำชุมชนเข้าร่วมประชุมระดมความคิดเห็น สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นมิตร เพื่อให้ประชาชนและผู้รับบริการเสนอความคิดเห็น และสะท้อนความต้องการในการรับบริการและการปรับปรุงคุณภาพบริการ ซึ่งข้อมูลที่ได้รับเป็นข้อมูลที่สำคัญในการนำมาใช้วางแผนในการพัฒนาบริการและใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง

จากกรณีตัวอย่างที่ได้ยกมาข้างต้นนั้นจะมุ่งเน้นการสร้าง ความผูกพันกับผู้ป่วยด้วยการพูดคุย การรับฟัง การสังเกตวิถีชีวิตความเป็นอยู่ และการจัดกิจกรรมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเสนอความคิดเห็น เพื่อให้ได้ซึ่งข้อมูลที่สำคัญในการนำมาใช้วางแผนการดูแลสุขภาพ การพัฒนาการบริการและใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง ในกรณีตัวอย่างนี้ จะมีความชัดเจนเกี่ยวกับเครื่องมือและเทคนิควิธีการ ได้แก่ข้อที่ ๑) การสังเกต

(Observation) คือ การสังเกตวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ข้อที่ ๒) การสื่อสารแบบสุนทรียสนทนา (Dialogue) คือ การสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการพูดคุย การรับฟัง จนเกิดความคุ้นเคยและมีความไว้วางใจจนเปิดเผยข้อมูลที่เป็นในการดูแลสุขภาพ ข้อที่ ๓) การเข้าไปอยู่ร่วมในเหตุการณ์และประสบการณ์ของผู้ป่วย (Immerse) คือ การสอบถามผังประวัติชีวิตของผู้ป่วย (Life-history) ตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน การทำเส้นทางการเจ็บป่วย (Patient journey map) ข้อที่ ๔) การให้ข้อมูลความรู้เพื่อการเข้าถึงบริการและดูแลสุขภาพตนเอง (Inform) คือ การจัดเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้แบบมีส่วนร่วม

๒. การประเมินความต้องการสุขภาพองค์รวม (Holistic Health Needs and Preference Assessment) โดยใช้พื้นฐานจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี (ขั้นตอนที่ ๑) ทำการสัมภาษณ์ข้อมูลการรับรู้ปัญหาและความทุกข์เข้าใจบริบททางสังคมวัฒนธรรม คุณค่าและความเชื่อและประเมินเพื่อระบุปัญหาและความต้องการ (Health Problem, Needs, Preference and Capability Define) ตามแนวทางการแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพและระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน

หลักการประเมิน

๑) หลักตรีธาตุสมุฏฐาน คือ ปิตตะ วาตะ และเสมหะ และสมุฏฐานต่างๆ ตามหลักการแพทย์แผนไทย

๒) หลักธรรมานามัย ได้แก่ กายานามัย (Healthy body) จิตตานามัย (Healthy mind) และชีวิตานามัย (Healthy behavior)

๓) จำแนกกลุ่มผู้รับบริการ (Health risk stratification) แบ่งออกเป็นผู้ป่วย (Illness) ซึ่งในการวิจัยมีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่คุมน้ำตาล

ไม่ได้ ผู้มีภาวะเสี่ยง (Health risk) และผู้มีภาวะปกติและตามลักษณะทางสังคม
วัฒนธรรม (Segment by socioeconomic)

๔) การจำแนกลักษณะความผิดปกติตามเกณฑ์ของหลักทฤษฎีธาตุ
และระดับของศักยภาพ และความสามารถจัดการตนเองตามหลักธรรมานามัย

เครื่องมือและเทคนิควิธีการ

๑) การสังเกต (Observation)

๒) การสร้างสนทรียสนทนา (Dialogue) (ภาคผนวก)

๓) การเข้าไปอยู่ร่วมในเหตุการณ์และประสบการณ์ของผู้ป่วย
(Immerse)

๔) ผังการใช้ชีวิตและการดูแลผู้ป่วย (Patients journey map)

๕) ระบบแฟ้มข้อมูลผู้ป่วย (Share patients integrated information
system)

กรณีตัวอย่าง : ทีมหมอครอบครัว รพ.ท่าม่วง จังหวัดลพบุรี ปรับระบบบริการ
สุขภาพ โดยเริ่มต้นจากการแบ่งผู้รับบริการสุขภาพเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่
๑) กลุ่มเสี่ยง (Risk group -Pre-DM, Pre-HT) ๒) กลุ่มไม่มีภาวะแทรกซ้อน
(Uncomplicated, Controlled patients) และ ๓) กลุ่มควบคุมเบาหวาน
ไม่ได้ และมีภาวะแทรกซ้อน (Complicated, Uncontrolled Patients)
ซึ่งจากการแบ่งผู้รับบริการสุขภาพ นำมาจัดระบบการดูแลรักษาแบบใหม่
ให้กับกลุ่มที่ ๒ และ ๓ ซึ่งเป็นรูปแบบการจัดกลุ่มตามระดับความเสี่ยง
(Risk stratification)

โดยในกลุ่มที่ ๒ ได้จัดระบบดูแลรักษาขึ้นใหม่เน้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองมากขึ้น ได้เชิญผู้ป่วยมารวมกลุ่มเพื่อสอบถามความสนใจในการเข้าระบบใหม่ ซึ่งไม่ต้องเสียเวลารอคอยก่อนเข้าพบแพทย์ โดยจะต้องทำการตรวจวัดความดันโลหิตหรือตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ก่อนมาพบแพทย์ มีการประกันเวลาการพบแพทย์ อย่างน้อย ๖ นาที จัดทำ Individualized care plan เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักการดูแลตนเองและการตั้งเป้าหมายอย่างเป็นขั้นเป็นตอน ให้ทำการปรับพฤติกรรมด้วยตนเอง และญาติ ลดการนัดหมายมายังโรงพยาบาล ผลการหาหรือทำให้ทราบว่า มีผู้ที่ต้องการเข้าร่วมระบบใหม่ ทีมหมอครอบครัวจึงได้ทำข้อตกลงร่วม และจัดระบบการตรวจด้วยตนเอง และพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่มีความสามารถในการจัดหาเครื่องวัดความดันโลหิต ด้วยการซื้อหาไปไว้เอง ไม่ต้องเป็นภาระแก่โรงพยาบาล

รูปแบบการจัดกลุ่มด้วยหลักการแพทย์แผนไทย สามารถใช้ธาตุเจ้าเรือน สมุฏฐานการเกิดโรค ฯลฯ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อออกแบบกระบวนการเรียนรู้ การจัดกิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมตามลักษณะของกลุ่มได้

จากกรณีตัวอย่างที่ยกมาข้างต้นนั้นมุ่งเน้นที่การแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มๆ โดยการประเมินจากระดับน้ำตาลในเลือดรวมถึงภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย เพื่อจัดระบบการดูแลรักษาใหม่ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความสะดวกแก่ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ในกรณีตัวอย่างนี้จะมีความชัดเจนเกี่ยวกับเครื่องมือและเทคนิควิธีการในข้อที่ ๔) ผังการใช้ชีวิตและการดูแลผู้ป่วย (Patients journey map) คือจัดทำ Individualized care plan เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักการดูแลตนเองและการตั้งเป้าหมายอย่างเป็นขั้นเป็นตอน ให้ทำการปรับพฤติกรรมด้วยตนเอง และญาติ

๓. การจัดทำแผนการดูแลเฉพาะบุคคลเพื่อการจัดการตนเอง (Collaborated Individual Self-Management and Care Plan)

โดยให้ผู้ป่วย (ผู้รับบริการ) ครอบครัว และทีมสุขภาพ กำหนดเป้าหมาย ออกแบบกิจกรรมและแนวทางการดูแลรวมถึงการประเมินผลลัพธ์การดูแล สุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย บนพื้นฐานของการช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความกระตือรือร้นในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยการร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ชุมชนและทีมสุขภาพ โดยคำนึงถึงความสามารถ ทรัพยากร และเศรษฐฐานะของครอบครัว

หลักการจัดทำแผนการดูแล

๑) การระบุนโยบายร่วมกัน ความเข้าใจข้อมูล ความต้องการ ความปรารถนา ศักยภาพและข้อจำกัดของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

๒) การจัดกลุ่มผู้รับบริการตาม ประเภทปัญหา ลักษณะความต้องการ และศักยภาพการดูแลและการจัดการตนเอง

๓) การคัดกรองกลุ่มเป้าหมายเพื่อจัดลำดับความสำคัญ เพื่อการตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Share goals setting) โดยตัวผู้ป่วย ญาติ และทีมสุขภาพ ด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนปัจจุบัน

๔) เสริมพลังให้เลือกวิธีการดูแลบริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (Tailored intervention) ให้เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและศักยภาพในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนเป็นสำคัญ

เครื่องมือและเทคนิควิธีการ

๑) แบบฟอร์มที่กำหนดร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ ที่สามารถใช้งานได้สะดวก

- ๒) การสังเกต (Observation) การสร้างสุนทรียสนทนา (Dialogue)
- ๓) ชุดสิทธิประโยชน์ และศักยภาพของหน่วยบริการ และภูมิปัญญาของชุมชน
- ๔) ฝั่งการใช้ชีวิตและการดูแลผู้ป่วย (Patients journey map)
- ๕) สมุดสุขภาพประจำตัว (Health book)

กรณีตัวอย่าง : ในการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ป่วยทั่วไป หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ รพ.อาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด มีการพัฒนาแบบประเมินสถานะสุขภาพผู้ป่วยครอบคลุมสถานะสุขภาพทั้งด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน นำมาใช้ในการซักประวัติ ประเมินสุขภาพผู้ป่วย และวางแผนการรักษา โดยมีการกำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และแผนการดูแลต่อเนื่องเป็นรายครั้งตลอดแผนการดูแลรักษา (ดูภาคผนวก ๒)

จากกรณีตัวอย่างที่ยกมาข้างต้นนั้น มุ่งเน้นที่แบบประเมินผู้ป่วยที่พัฒนามากขึ้น เพื่อให้ครอบคลุมทั้งทางด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับหัวข้อเครื่องมือและเทคนิควิธีการข้อที่ ๑) แบบฟอร์มที่กำหนดร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพที่สามารถใช้งานได้สะดวก คือ แบบประเมินสถานะสุขภาพผู้ป่วยครอบคลุมสถานะสุขภาพทั้งด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมีการกำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และแผนการดูแลต่อเนื่องเป็นรายครั้งตลอดแผนการดูแลรักษา

๔. ระบบการดูแลเฉพาะรายแบบผสมผสานด้วยการจัดการดูแลด้วยทีมสุขภาพ (Cases Management with Comprehensive Team-based Care)

การนำระบบการแพทย์แผนไทยไปบูรณาการร่วมกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบันนั้น สามารถนำไปใช้ได้หลายแนวทางโดยอันดับแรก ได้แก่ ส่งเสริมสุขภาพ (Promoting) เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพพื้นฐานในการดูแลตนเองให้เกิดความสมดุล ทั้งคนป่วย ผู้มีภาวะเสี่ยง และคนปกติ ระดับขั้นถัดมาเป็นการเสริมความสมบูรณ์ (Complementing) การนำแพทย์แผนไทยมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการดูแลสุขภาพร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้ได้ผลการดูแลที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น และดูแลแบบบูรณาการ (Integrated) เป็นการจัตรบบการดูแลรักษาด้วยการผสมผสานในทุกขั้นตอน ร่วมกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบันให้เป็นระบบเดียวกัน เป็นบริการที่มีบทบาทในการให้บริการดูแลกับผู้รับบริการไม่แตกต่างกัน ทั้งในการดูแลภายในหน่วยบริการและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน โดยมุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องผสมผสาน (Continuity and Comprehensive)

หลักการจัดกิจกรรมการดูแล

๑) การเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยด้วยหลัก

๑.๑) ส ๑ : สร้างความรู้ (Knowledge) : สร้างการเรียนรู้ผ่านการรวบรวมภูมิปัญญา สอนสมุนไพรหน้าบ้าน นิทรรศการเล่าเรื่องสมุนไพร และปราชญ์ชาวบ้านในชุมชน ข้าวของเครื่องใช้ เมนูอาหารและเครื่องดื่ม พร้อมวิธีการปรุงสมุนไพร ภาพถ่าย (Art gallery) การอบรมเชิงปฏิบัติการ ฯลฯ

๑.๒) ส ๒ : สร้างประสบการณ์ (Experience) : การตระหนักถึงคุณค่าและความสำคัญของสมุนไพรและแนวทางการดูแลด้วยการแพทย์พื้นบ้านว่าเป็นเรื่องใกล้ตัว คือ การได้เปิดประสบการณ์เข้ามาสัมผัสด้วยตนเอง ทั้งการได้ชิม ได้กิน รับประทาน ได้ลงมือทำ อาหาร เครื่องดื่ม สมุนไพร รวมถึงผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น สบู่ ยาสีฟัน เป็นต้น

๑.๓) ส ๓ : สร้างแรงจูงใจ (Motivation) : งานศิลปะที่ร่ายล้อมและเรื่องเล่าชีวิตของปราชญ์ชาวบ้าน หมอพื้นบ้านที่เป็นต้นแบบที่มีลมหายใจจะช่วยปลุกเร้ากำลังใจ เติมความหวัง และไฟฝันให้คนลุกขึ้นมาจัดการสุขภาพแบบวิถีไทยด้วยตนเอง

๑.๔) ส ๔ : สร้างความรื่นรมย์ (Authentication) : บรรยากาศธรรมชาติงามไม้ที่ร่มเย็น เสียงนกร้อง ความสงบของบ้าน แสงสีที่ละมุนตา ทำให้อารมณ์สงบเย็น สร้างความสุขให้กับผู้ที่อยู่ ณ สถานที่นั้น

๒) การเชื่อมโยงภูมิปัญญา ทรัพยากร และทุนทางสังคมของชุมชนในการร่วมให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว (Community resource or Asset linkage)

เครื่องมือและเทคนิควิธีการ

๑) สร้างสภาพแวดล้อมเพื่อเยียวยา (Healing environment) ทั้งทางกายภาพและด้านอารมณ์ความรู้สึก รวมถึงจิตใจและจิตวิญญาณ ได้แก่ ๑) ด้านหน้าที่การใช้งานและความปลอดภัย (Function and Safety) ๒) ด้านสุนทรียภาพและความสุขสบาย (Sense and Comfort) ๓) ด้านปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนทางสังคม (Interaction and Social Support) ๔) ด้านการเสริมพลังและอำนาจการตัดสินใจ (Empowerment and Informed choice) และ ๕) ด้านคุณค่าและจิตวิญญาณ (Value and Spirituality)

๒) การสร้างพื้นที่การเรียนรู้และบริการสุขภาพ (Co-learning and Caring Space) ด้วยแนวคิดชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practices : CoPs) ยังสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบบริการ และระบบสุขภาพ ชุมชนด้านการแพทย์แผนไทย รวมถึงกลุ่มของผู้ป่วยและครอบครัว แนวคิดของ CoPs มีองค์ประกอบพื้นฐาน ดังนี้

๒.๑) มี “หัวข้อความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย” (Knowledge domain) ที่สมาชิกมีความสนใจร่วมกันที่จะพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน

๒.๒) มีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) และสร้างความสัมพันธ์ในกลุ่ม ในลักษณะของความเป็น “ชุมชน” (Community) หมายถึง สมาชิกซึ่งมาจากต่างหน่วยงาน หรือองค์กร มีความเอื้ออาทร ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในการแก้ไขปัญหาและตอบคำถาม การให้คำปรึกษาชี้แนะ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน ประชาชนชาวบ้านด้านการแพทย์แผนไทย กลุ่มผู้ป่วยที่เชี่ยวชาญ (Self-help groups) ในการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย แบบผสมผสาน

๒.๓) มี “แนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเอง” (Practice) ที่สมาชิก ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานจริงในเรื่องนั้นๆ นำความรู้เชิงประสบการณ์ที่ได้จากการปฏิบัติงาน เช่น เคล็ดลับแนวทางแก้ไขปัญหาและแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice) รวมถึงนวัตกรรม (Innovation) มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนา รวมทั้งสร้างฐานข้อมูลความรู้ หรือแนวปฏิบัติร่วมกัน และแบ่งปัน หรือเผยแพร่แนวทางการดูแลสุขภาพตนเองด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย สู่ผู้ป่วยและประชาชนโดยทั่วไป

กรณีตัวอย่าง : คลินิกหมอครอบครัวศาลาไทย โรงพยาบาลเจ้าพระยา
อภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ดำเนินการจัดเวทีการเรียนรู้โดยชุมชน
สนับสนุนอาคารสถานที่ที่เป็นศูนย์กลางของชุมชน โดยรวบรวมภูมิปัญญา
การแพทย์แผนไทยของชุมชนจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับผู้ป่วยและ
ประชาชนทั่วไปได้เรียนรู้ และฝึกทักษะด้านการแพทย์แผนไทย
ตามความสนใจอย่างต่อเนื่องทุกวัน หยุดเสาร์-อาทิตย์ การจัดตัวอย่าง
เมนูอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยอื่น ได้ทดลองรับประทาน
อาหารและสอนวิธีการปรุงให้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถนำไปทำที่บ้าน
ได้ด้วยตนเอง เรียนรู้ประเภทของสมุนไพรต่างๆ โดยการได้เห็น สัมผัส
กลิ่นและรสชาติ และทดลองประยุกต์สมุนไพรพื้นบ้านไปเป็นเมนูอาหาร
และเครื่องดื่มที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งประชาชนและกลุ่มผู้ป่วยที่มาร่วม
เรียนรู้ ยังสามารถพัฒนาเป็นกลุ่มคนรักสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย
ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทดลองใช้การแพทย์แผนไทย และการช่วยประเมิน
ผลการใช้ รวมถึงการนำการแพทย์แผนไทยไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ด้วย
โดยยึดหลักการสร้างการเรียนรู้ คือ ๑) สร้างความรู้ ๒) สร้างประสบการณ์
๓) สร้างแรงจูงใจ ๔) สร้างความรื่นรมย์ ซึ่งเป็นแนวทางในการสร้าง
ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยที่เชื่อมโยงกับบริบทและ
ภูมิปัญญาของชุมชน และชุมชนมีส่วนร่วม

กรณีตัวอย่าง : คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์
ดำเนินการโครงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยระบบการแพทย์แผนไทย
โดยการคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานตามเกณฑ์ที่กำหนด จัดโปรแกรมการดูแล
สุขภาพ การฝึกทักษะ โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีม
ดำเนินการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพ และฝึกทักษะ
สมาธิบำบัด SKT และฝึกทักษะให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้านด้วยตนเอง

และจัดระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องผ่านทางโทรศัพท์และกลุ่มไลน์ โดยจัดระบบการติดตามประเมินอาการ สอบถามการปฏิบัติและผลลัพธ์ จากการปฏิบัติทุกสัปดาห์ และจัดทีมสหวิชาชีพร่วมติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยหลายรายสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

จากกรณีตัวอย่างที่ยกมาข้างต้นทั้ง ๒ กรณีนั้น แสดงให้เห็นถึง การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในการดูแลรักษาตนเอง และการสร้างพื้นที่การเรียนรู้และบริการสุขภาพ โดยการใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะสอดคล้องกับ เครื่องมือและเทคนิควิธีการข้อที่ ๑) การเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อความรอบรู้ ด้านการแพทย์แผนไทย และข้อที่ ๒) การสร้างพื้นที่การเรียนรู้และบริการสุขภาพ

๕. การสะท้อนและประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย (Reflection and Evaluation)

โดยใช้การสังเกต สัมภาษณ์ ด้วยความเคารพและรับฟังโดยไม่ตัดสิน และรับฟังเพื่อนำมาปรับกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบรายบุคคล และกลุ่มผู้ป่วย

หลักการสะท้อนแนวคิดและการประเมิน

๑. การประเมินติดตามการดูแลผู้ป่วย (Patients Care Process Monitoring)

๑.๑) การประเมินติดตามการดูแลผู้ป่วยด้วยระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน กรณีโรคเบาหวาน จะประกอบด้วย ๑) การประเมินผลการตรวจรักษาด้วยการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด (FBS และ HbA1c หรือ PPG)

และการประเมินตัววัดทางคลินิกอื่นๆ ได้แก่ Vital Signs การตรวจเท้า การตรวจจอประสาทตา ฯลฯ ๒) การประเมินรักษาโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคความดัน โรคไต เป็นต้น ๓) การประเมินติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเอง (Health behavior and self-management and self-care) ๔) การประเมินความปลอดภัยและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (Complication) ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (เช่น น้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ)

การประเมินติดตามผลการดูแลผู้ป่วย นอกจากจะดำเนินการโดยนั้ดผู้ป่วยมารับการประเมินติดตามการตรวจรักษา (Follow up) ที่หน่วยบริการแล้ว ทีมสุขภาพยังสามารถใช้ช่องทางการสื่อสารกับผู้ป่วย และผู้ดูแลเข้าร่วมในการประเมินติดตามผู้ป่วย (ICT เช่น Line หรือ Application) และระบบฐานข้อมูลการตรวจรักษาของผู้ป่วยได้อีกด้วย (Medical records) รวมถึงการใช้เครื่องมือการตรวจประเมินผลการดูแลด้วยตนเอง เช่น การตรวจน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง (Self-Monitoring of Blood Glucose; SMBG), แบบประเมินติดตามในสมุดประจำตัวผู้ป่วย หรือ Self-monitoring records)

๑.๒) การประเมินติดตามการดูแลผู้ป่วยด้วยระบบการแพทย์แผนไทยด้วยการสังเกตซักถามอาการ สภาพร่างกายและจิตใจ การดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน

๒. การสะท้อนประสบการณ์และผลลัพธ์การดูแล (Reflection of care experience)

คุณภาพของการดูแลสุขภาพวางอยู่บนพื้นฐานความสัมพันธ์ของ ๓ องค์ประกอบ คือ ความปลอดภัย (Safety) ประสิทธิภาพทางคลินิก (Clinical effectiveness) และประสบการณ์ของผู้ป่วย (Patients experience) (Dazzi A. (2008) High Quality Care for All : NHS Next stage Review

Final Report. London : Department of Health) ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยแต่ละขั้นตอน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องออกแบบระบบบริการ โดยบูรณาการ หลักการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้อยู่ในการรับรู้หรือเปลี่ยนไปเป็นประสบการณ์ที่พึงประสงค์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเพื่อสะท้อนถึงคุณภาพของการดูแล

รูปแบบการสะท้อนข้อมูลและประเมินผลลัพธ์

- ๑) การประเมินผลการดูแลทุกครั้งที่ได้รับการดูแลบริการ โดยให้ผู้ป่วยบอกเล่าเพื่อสะท้อนประสบการณ์ และผลการดูแล
- ๒) การประเมินผลการดูแล โดยนัดหมายสอบถามทางโทรศัพท์ หรือออกเยี่ยมติดตามที่บ้าน (ติดตามทุก ๔ สัปดาห์ ในผู้ป่วยแต่ละราย)

ผลลัพธ์ที่ควรได้รับการประเมินผลลัพธ์

๑) สถานะสุขภาพ (Health status) ของผู้ป่วยและกลุ่มประชากร ภาวะโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcome) เช่น ภาวะระดับน้ำตาลในเลือด (FBS , HbA1c, PPG) ความสามารถในการควบคุมโรคเบาหวาน (DM controlled/uncontrolled) อัตราการเกิดโรคแทรกซ้อน (Complication) พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Quality of life or well-being) ฯลฯ

๒) คุณภาพบริการและประสบการณ์ผู้ป่วย (Service Quality & Patients experience or care) ได้แก่ การวัดความผูกพันของผู้ป่วย (Patient's engagement) ประสบการณ์ของผู้ป่วย (Patient's experience) ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care or Self-management or Diary function) ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient's safety) การนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการเป็นซ้ำ (Re-admission)

๓) การบริหารจัดการบริการ (Governance) ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพ (Cost per capita or Unit cost) คุณภาพของระบบสารสนเทศ (Quality of health information system)

กรณีตัวอย่าง : กระบวนการสะท้อนประสบการณ์และติดตามประเมินผล สามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น

กรณีที่ ๑ รพ.อาจสามารถ ใช้กระบวนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยและติดตามอาการและผลการรักษา

กรณีที่ ๒ รพ.คลองขลุง ใช้รูปแบบการจัดเวทีการเรียนรู้เพื่อสะท้อนความต้องการบริการ และจัดเวทีเพื่อติดตามและสรุปประเมินผลการให้บริการในภาพรวม หรือการผสมผสานหลายรูปแบบ

กรณีที่ ๓ รพร.หล่มเก่า ใช้กระบวนการสอบถาม ติดตามผ่านระบบโทรศัพท์ และกลุ่มไลน์ ร่วมกับระบบการติดตามเยี่ยมเสริมพลังเพื่อไปติดตามผลและรับฟังผู้ป่วยถึงที่บ้าน

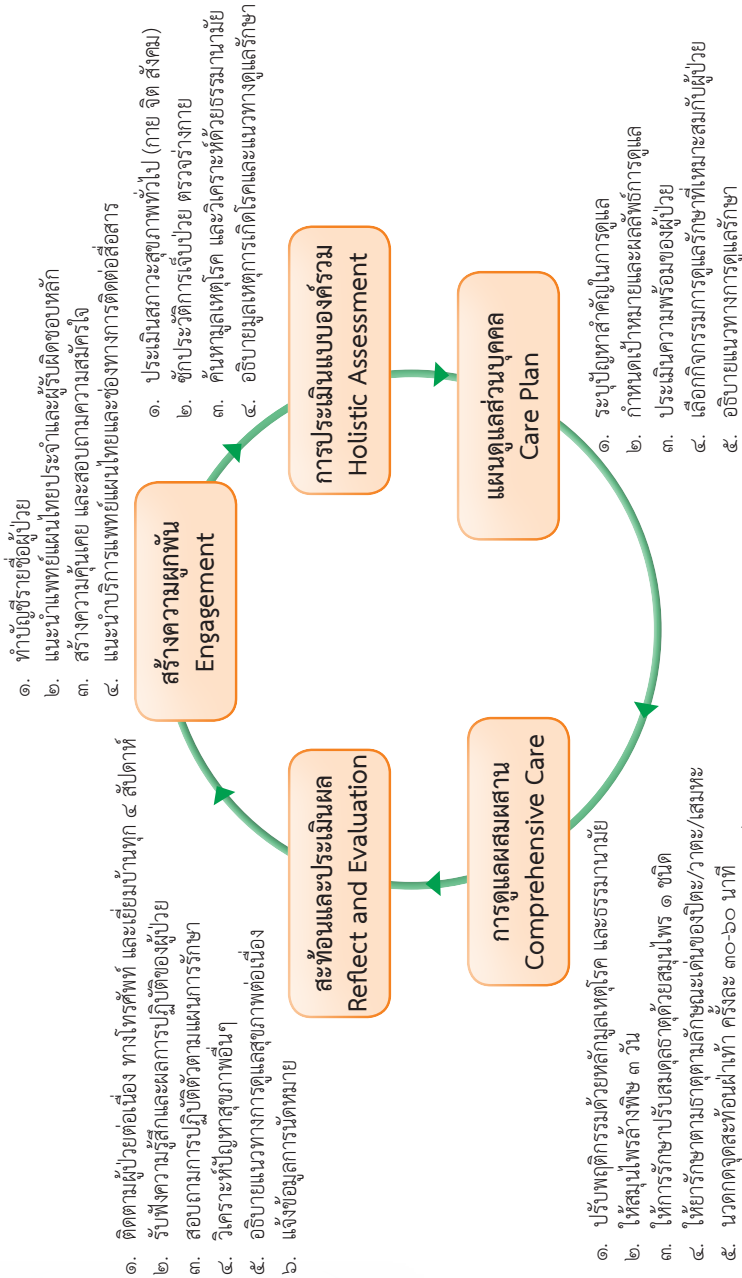
จากกรณีตัวอย่างที่ยกมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการติดตามผู้ป่วยนั้น มีช่องทางการติดต่อหลายช่องทางขึ้นอยู่กับความสะดวกของแต่ละสถานที่ หรืออาจจะสอดคล้องกับเป้าหมายอื่นๆ ที่คาดหวังไว้ เช่น การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อประเมินสุขภาพของผู้ป่วยและติดตามอาการและผลการรักษา หรือการจัดเป็นรูปแบบของเวทีการเรียนรู้เพื่อสะท้อนความต้องการในการรับบริการ และเพื่อติดตามและสรุปผลการประเมินการให้บริการในภาพรวม

การปฏิบัติตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตลอด ๕ ขั้นตอน ต้องปฏิบัติให้ครบถ้วนไปตามขั้นตอนที่ละลำดับ เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงในลักษณะขั้นบันได และยังเป็นวงจรการเรียนรู้แบบลูกโซ่หรือเกลียวสว่านที่จะช่วยยกระดับทักษะความเข้าใจและความชำนาญของผู้ปฏิบัติเพิ่มขึ้นทีละขั้น ๆ อย่างต่อเนื่อง หากปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องเป็นขั้นตอนจะเป็นการเพิ่มประสิทธิผลและยกระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น จึงไม่แนะนำให้ปฏิบัติแบบแยกส่วนกัน

ตัวอย่างการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการ ด้วยการแพทย์แผนไทยที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง

จากการศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการด้วยการแพทย์แผนไทยที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางนำร่องของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สามารถนำมาสรุปและอธิบายรายละเอียดกิจกรรม โดยแบ่งเป็น ๕ ขั้นตอนให้เข้ากับวงจรการดูแลที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นแนวทางการปฏิบัติในผู้ป่วยเบาหวานและปรับใช้กับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ตามหลักเวชศาสตร์โรคอื่นๆ ให้กับแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้ตั้งภาพและตารางอธิบาย ต่อไปนี้

การดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการด้วยการแพทย์แผนไทยที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง



การอธิบายรายละเอียดกิจกรรมแบบบูรณาการด้วยการแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีประชาชนเป็ศูนย์กลาง

กระบวนการหลัก	กิจกรรม	คำอธิบาย
๑. การสร้างความผูกพัน (Engagement)	๑. จัดทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วย	- การรวบรวมข้อมูลทะเบียนรายชื่อและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ
	๒. แพทย์แผนไทยแนะนำตัวและ ผู้รับผิดชอบหลักในการดูแล	- การแจ้งชื่อและแสดงตัว ขอบเขตความรับผิดชอบ บทบาทหน้าที่ให้กับผู้ป่วยและญาติรับรู้
	๓. สร้างความคุ้นเคยและสอบถามความสนใจในการรับบริการ	- การแสดงภาษากาย การสนทนาและสอบถามแลกเปลี่ยนข้อมูล
	๔. แนะนำบริการแพทย์แผนไทยและช่องทางการติดต่อสื่อสาร	- อธิบายสิทธิประโยชน์ ลักษณะของบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่จะได้รับ และช่องทางการติดต่อขอรับบริการ
๒. การประเมินแบบองค์รวม (Holistic assessment)	๑. ประเมินสภาวะสุขภาพทั่วไปด้านกาย จิต สังคม	- การสัมภาษณ์ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพทางกาย จิตใจ ความคิดและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว
	๒. ชักประวัติการเจ็บป่วย และตรวจร่างกาย	- ชักถามอาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพในอดีต - ตรวจร่างกายทั่วไปและเฉพาะที่ เช่น การจับชีพจร วัดความดันโลหิต สังเกตสภาพของร่างกาย เป็นต้น เพื่อวิเคราะห์โรค

กระบวนการหลัก	กิจกรรม	คำอธิบาย
	๓. ค้นหามูลเหตุการเกิดโรคและประเมินด้วยหลักกรรมานามัย	<ul style="list-style-type: none"> - ชักถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น วันเดือนปีเกิด ช่วงเวลาเกิด เพื่อวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือน และค้นหามูลเหตุของโรค - ชักถามการปฏิบัติตัวและพฤติกรรมสุขภาพ หรือการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันตามหลักกรรมานามัย กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย
	๔. วินิจฉัยและอธิบายมูลเหตุการเกิดโรคและแนวทางการดูแลรักษา	<ul style="list-style-type: none"> - แพทย์แผนไทยวินิจฉัยด้วยหลักสมุฏฐานการเกิดโรค - อธิบายสรุปถึงมูลเหตุการณเกิดโรคและอธิบายแนวทางหรือวิธีการดูแลรักษาตามหลักแพทย์แผนไทยให้กับผู้ป่วยรับรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และตัดสินใจให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา เช่น มูลเหตุของเบาหวานเกิดจากอาหารและพฤติกรรมเกิดจากอุปปาติกะ (เกิดโดยไม่ทราบสาเหตุ) ปิตะเด่น วาตะเด่น หรือเสมหะเด่น ฯลฯ
๓. จัดทำแผนดูแลส่วนบุคคล (Care Plan)	๑. ระบุปัญหาสำคัญในการดูแล	<ul style="list-style-type: none"> - ระบุหรือคัดเลือกปัญหาสำคัญที่ต้องการการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักสมุฏฐานวินิจฉัย
	๒. กำหนดเป้าหมายและผลลัพ์การดูแล	<ul style="list-style-type: none"> - แพทย์แผนไทยและผู้ดูแลหลักสนทนาแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

กระบวนการหลัก	กิจกรรม	คำอธิบาย
		กำหนดเป้าหมาย (เช่น การลดระดับน้ำตาลให้เป็นปกติภายใน ๖ เดือน หรือการลดอาการบวมที่เท้าให้ได้ภายใน ๓ เดือน) และกำหนดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตน (เช่น ผู้ป่วยควรสามารถเข้าร่วมกิจกรรมคลินิกธรรมานามัย ควรรับบริการกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ควรรับประทานยาหรืออาหารสมุนไพรให้ถูกต้องตามแผนการดูแล ควรปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ที่บ้านอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย ๒-๓ ทำ เป็นต้น)
	๓. ประเมินความพร้อมและศักยภาพของผู้ป่วย	- วิเคราะห์ปัจจัยหรือเงื่อนไขของตัวผู้ป่วย และครอบครัวเพื่อช่วยสนับสนุน ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการลดอุปสรรคที่จะให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามแผนการดูแล
	๔. เลือกกิจกรรมการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย	- จัดตารางเวลา บันทึกการนัดหมาย และกิจกรรมการปฏิบัติในการดูแลรักษาในสถานบริการและการปฏิบัติตัวที่บ้าน และให้คำแนะนำการเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยหรือการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน ให้เหมาะสมตามลักษณะวิถีชีวิต การประกอบอาชีพ หรือกิจกรรมของครอบครัว

กระบวนการหลัก	กิจกรรม	คำอธิบาย
	๕. อธิบายแนวทางการดูแล	- อธิบายสรุปขั้นตอนและกิจกรรมบริการแนวทางที่กำหนดในแผนการดูแลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยทบทวนความเข้าใจแนวทางการดูแลที่จัดทำร่วมกัน
๔. การดูแลผสมผสาน (Comprehensive Care)	๑. ปรับพฤติกรรมด้วยหลักมูลเหตุของโรค และหลักกรรมมานามัย	- จัดโปรแกรมให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ สร้างความเข้าใจ และฝึกทักษะประสบการณ์ในการเรียนรู้ การคำนวณธาตุเจ้าเรือนและอาหารตามธาตุ อธิบายกลไกการเกิดโรค และแนวทางการบำบัดรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ - สอนหรือแนะนำและฝึกทักษะการส่งเสริมสุขภาพตามหลักกรรมมานามัย - สอนและฝึกทักษะการทำสมาธิบำบัด SKT
	๒. ให้การรักษาด้วยสมุนไพรล้างพิษ	- แพทย์แผนไทยจ่ายยาสมุนไพรให้กับผู้ป่วยอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ธรณีสันฑฆาต มะขามแขก ชุมเห็ดเทศ ให้รับประทานติดต่อกันไม่เกิน ๓ วัน
	๓. การรักษาปรับสมดุลธาตุ	- แพทย์แผนไทยจ่ายยาสมุนไพรให้กับผู้ป่วยอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ตรีผลา เบญจกูล
	๔. ให้ยารักษาตามธาตุ ตามลักษณะเด่นของปิตตะ/วาตะ/เสมหะ	- ให้คำแนะนำหรือจ่ายยาสมุนไพรปรับธาตุเพิ่มเติม เช่น กลุ่มอาการปิตตะเด่น เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ให้สมุนไพรสรสมเย็น เช่น มะระขี้นก

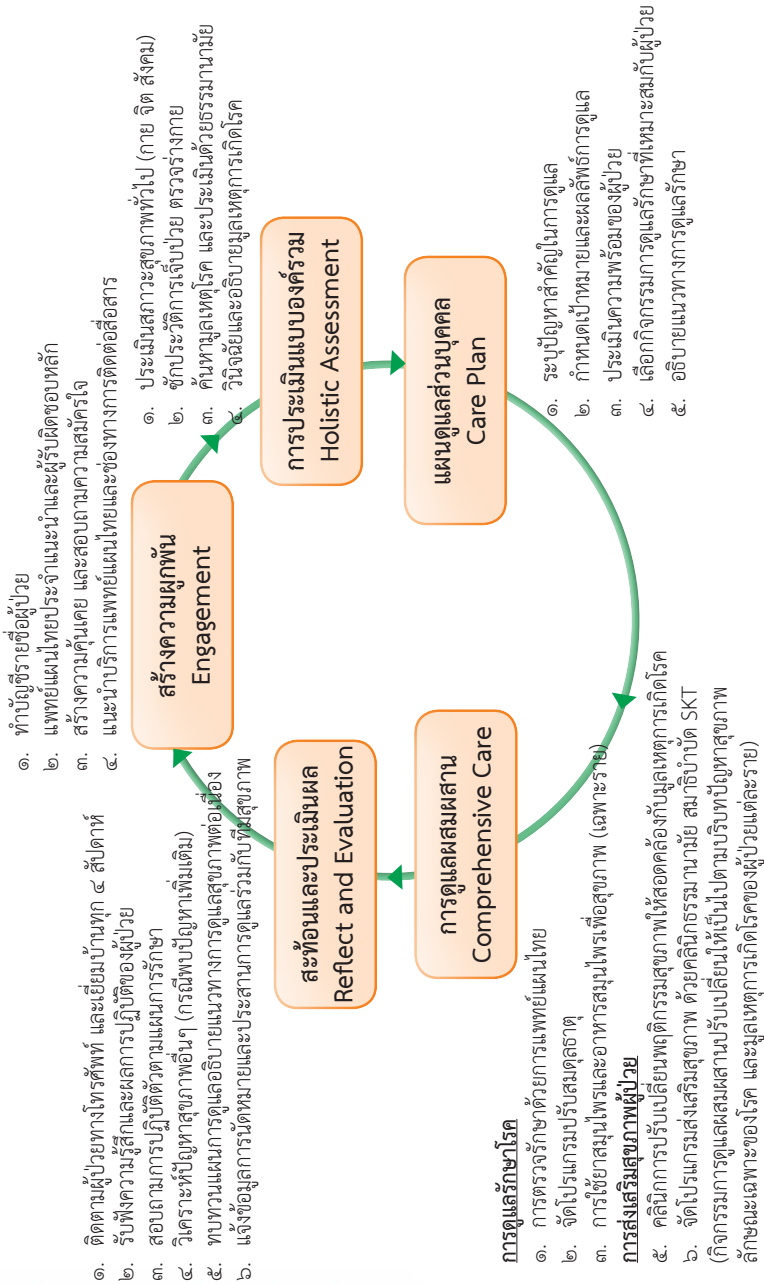
กระบวนการหลัก	กิจกรรม	คำอธิบาย
		<p>ตำลึง กลุ่มอาการวาดะเตน เช่น ชา ปวดเมื่อยให้สมุนไพรสร้อน เช่น พริกไทยล่อน ชิง กลุ่มอาการทาง เสมหะเด่น เช่น บวมที่เท้า ปัสสาวะ มาก ให้สมุนไพรสขมหรือขมร้อน เช่น ข้าวลู่ ใบเตย</p>
	<p>๕. นวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า</p>	<p>- จัดบริการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ครั้งละไม่เกิน ๓๐-๖๐ นาที ให้กับ ผู้ป่วยนัดรับบริการตามแผนการ ดูแลที่กำหนด</p>
	<p>๖. การฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT</p>	<p>- การสอนและฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ตามศักยภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติตนที่บ้าน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ</p>
<p>๕. สะท้อนและประเมินผล (Reflect and Evaluation)</p>	<p>๑. ติดตามและประเมินผลลัพธ์ สุขภาพผู้ป่วยต่อเนื่อง</p>	<p>- จัดทำตารางนัดติดตามเยี่ยมตาม ลำดับของแผนการดูแลผู้ป่วย</p> <p>- สอบถามผลการปฏิบัติตัวประจำวัน โดยการสอบถามทางโทรศัพท์ หรือ ระบบสื่อสารที่ผู้ป่วยสะดวก</p> <p>- แจ้งนัดหมายผู้ป่วยให้ทราบล่วงหน้า</p> <p>- ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับ ผู้ดูแลหลักหรือทีมสุขภาพตาม ตารางนัดเพื่อติดตามผลการดูแล รักษาตามแผนการดูแล ทุก ๔ สัปดาห์ (ตามกิจกรรมที่ ๒ - ๖)</p>

กระบวนกรหลัก	กิจกรรม	คำอธิบาย
	๒. รับฟังความรู้สึกและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - จัด หรือเลือกพื้นที่บริเวณบ้านให้เหมาะสมสำหรับการสนทนาและตรวจร่างกาย - สอบถาม และรับฟังผู้ป่วยอธิบายการใช้ชีวิตประจำวัน อาการเจ็บป่วยทั่วไป ความรู้สึก ความสุขสบาย การพักผ่อน การสนับสนุนของครอบครัว และการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น หรือการลดปัญหาอุปสรรคระหว่างการปฏิบัติตัว
	๓. สอบถามการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> - สอบถาม ชักถามความเข้าใจ สัมภาษณ์การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามแผนการดูแลเกี่ยวกับการรับบริการในสถานพยาบาลต่างๆ การรับประทานยาสมุนไพร การทำสมาธิ บำบัด อาการข้างเคียงจากการใช้ยาสมุนไพร ฯลฯ - ประเมินผลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามแผน หรือปฏิบัติไม่ได้ และวิเคราะห์ค้นหาสาเหตุที่เป็นอุปสรรค
	๔. วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพอื่นๆ (เพิ่มเติม)	<ul style="list-style-type: none"> - ชักถามอาการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพอื่นๆ เพิ่มเติม - ตรวจร่างกายทั่วไปและเฉพาะที่ และสังเกตสภาวะของผู้ป่วย - วินิจฉัยปัญหาสุขภาพเพิ่มเติมตามแนวทางแพทย์แผนไทย

กระบวนการหลัก	กิจกรรม	คำอธิบาย
	<p>๕. ทบทวนแผนการดูแลอธิบายแนวทางการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนเป้าหมาย ผลลัพธ์ และแนวทางการปฏิบัติที่กำหนดในแผนการดูแล (กรณีมีการปรับเปลี่ยน) - วินิจฉัยและระบุปัญหาสุขภาพและอธิบาย แนวทางการดูแลรักษา - อธิบายสรุปผลการประเมินให้ผู้ป่วยรับรู้และเพิ่มเติมแนวทางที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติตัว กรณีปฏิบัติตามแผนการดูแลเดิม และกรณีปรับแผนเพิ่มเติม
	<p>๖. แจ้งข้อมูลการนัดหมายและประสานการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อธิบาย ซักถามความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและแนวทางและขั้นตอนการรับบริการในสถานบริการและการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป - ประสานผลการประเมินการเยี่ยมบ้าน แลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลและการส่งต่อปัญหาเพื่อรับบริการเพิ่มเติมให้กับทีมสหวิชาชีพ



แนวทางการประยุกต์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบบูรณาการในกลุ่มโรคอื่นๆ ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง



แนวทางการประยุกต์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบบูรณาการในกลุ่มโรคอื่นๆ ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง

กระบวนการหลัก	กิจกรรม	คำอธิบาย
๑. การสร้างความผูกพัน (Engagement)	๑. จัดทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยหรือประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- การรวบรวมข้อมูลทะเบียนรายชื่อและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ
	๒. แพทย์แผนไทยแนะนำตัวและ ผู้รับผิดชอบหลักในการดูแล	- การแจ้งชื่อและแสดงตัว ขอบเขต ความรับผิดชอบ บทบาทหน้าที่ให้กับผู้ป่วยและญาติรับรู้
	๓. สร้างความคุ้นเคยและสอบถามความสมัครใจในการรับบริการ	- การแสดงภาษากาย การสนทนาและสอบถามแลกเปลี่ยนข้อมูล
	๔. แนะนำบริการแพทย์แผนไทยและช่องทางการติดต่อสื่อสาร	- อธิบายสิทธิประโยชน์ ลักษณะของบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่จะได้รับ และช่องทางการติดต่อขอรับบริการ
๒. การประเมินแบบองค์รวม (Holistic assessment)	๑. ประเมินสภาวะสุขภาพทั่วไปด้านกาย จิต สังคม	- การสัมภาษณ์ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพทางกาย จิตใจ ความคิดและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว
	๒. ชักประวัติการเจ็บป่วย และตรวจร่างกาย	- ชักถามอาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพในอดีต - ตรวจร่างกายทั่วไปและเฉพาะที่ เช่น การจับชีพจร วัดความดันโลหิต สังเกตสภาพของร่างกาย เป็นต้น เพื่อวิเคราะห์โรค

กระบวนการหลัก	กิจกรรม	คำอธิบาย
	๓. ค้นหาสาเหตุการเกิดโรคและประเมินด้วยหลักกรรมานามัย	<ul style="list-style-type: none"> - ซักถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น วันเดือนปีเกิด ช่วงเวลาเกิดเพื่อวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือน และค้นหาสาเหตุของโรค - ซักถามการปฏิบัติตัวและพฤติกรรมสุขภาพหรือการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันตามหลักกรรมานามัย กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย
	๔. วินิจฉัยและอธิบายมูลเหตุการเกิดโรคและแนวทางการดูแลรักษา	<ul style="list-style-type: none"> - แพทย์แผนไทยวินิจฉัยด้วยหลักสมุฏฐานการเกิดโรค - อธิบายสรุปถึงมูลเหตุการเกิดโรคและอธิบายแนวทางหรือวิธีการดูแลรักษาตามหลักแพทย์แผนไทยให้กับผู้ป่วยรับรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และตัดสินใจให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา เช่น มูลเหตุของโรคเบาหวานเกิดจากอาหารและพฤติกรรมเกิดจากอุปนิสัย (เกิดโดยไม่ทราบสาเหตุ) ปิตะเด่น วาตะเด่น หรือเสมหะเด่น ฯลฯ
๓. จัดทำแผนดูแลส่วนบุคคล (Care Plan)	๑. ระบุปัญหาสำคัญในการดูแล	ระบุหรือคัดเลือกปัญหาสำคัญที่ต้องการการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักสมุฏฐานวินิจฉัย
	๒. กำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์การดูแล	แพทย์แผนไทยและผู้ดูแลหลักสนทนาแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดเป้าหมาย (เช่น การลดอาการ

กระบวนการหลัก	กิจกรรม	คำอธิบาย
		<p>บวมหรือปวดข้อในโรคเข่า ภายในระยะเวลา ๑ เดือน และกำหนดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตน (เช่น ผู้ป่วยปฏิบัติทำกายบริหารที่บ้านเพื่อลดอาการปวดเข่า หรือหลีกเลี่ยงปัจจัยที่จะส่งผลให้อาการของโรคแย่ลง)</p>
	<p>๓. ประเมินความพร้อมและศักยภาพของผู้ป่วย</p>	<p>- วิเคราะห์ปัจจัยหรือเงื่อนไขของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยสนับสนุน ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการลดอุปสรรคที่จะให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามแผนการดูแล</p>
	<p>๔. เลือกกิจกรรมการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย</p>	<p>- จัดตารางเวลายานที่การนัดหมายและกิจกรรมการปฏิบัติในการดูแลรักษาในสถานบริการและการปฏิบัติตัวที่บ้าน และให้คำแนะนำการเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยหรือการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านให้เหมาะสมตามลักษณะวิถีชีวิต การประกอบอาชีพ หรือกิจกรรมของครอบครัว</p>
	<p>๕. อธิบายแนวทางการดูแล</p>	<p>- อธิบายสรุปขั้นตอนและกิจกรรมบริการแนวทางที่กำหนดในแผนการดูแลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยทบทวนความเข้าใจแนวทางการดูแลที่จัดทำร่วมกัน</p>

กระบวนกรหลัก	กิจกรรม	คำอธิบาย
๔. การดูแลผสมผสาน (Comprehensive Care)	๑. ปรับพฤติกรรมด้วยหลักมูลเหตุของโรค และหลักกรรมานามัย	<ul style="list-style-type: none"> - จัดโปรแกรมให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ สร้างความเข้าใจ และฝึกทักษะ ประสบการณ์ในการเรียนรู้การ คำนวณธาตุเจ้าเรือนและอาหาร ตามธาตุ อธิบายกลไกการเกิดโรค และแนวทางการบำบัดรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ - สอนหรือแนะนำและฝึกทักษะการ ส่งเสริมสุขภาพตามหลักกรรมานามัย - สอนและฝึกทักษะการทำสมาธิบำบัด SKT
	๒. ให้อารมณ์ตามลักษณะสมุฏฐานของโรคนั้นๆ	- การจ่ายยาสมุนไพรให้กับผู้ป่วย ตามลักษณะสมุฏฐานของโรคและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
	๓. แนะนำสมุนไพรบรรเทาอาการตามธาตุลักษณะเด่น (ปิตตะ/ วาตะ/เสมหะ)	- ให้คำแนะนำหรือจ่ายยาสมุนไพรปรับธาตุเพิ่มเติม เช่น กลุ่มอาการ ปิตตะเด่น เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ให้สมุนไพรสมเย็น เช่น มะระขี้นก ตำลึง กลุ่มอาการวาตะเด่น เช่น ชา ปวดเมื่อย ให้สมุนไพรสร้อน เช่น พริกไทยล่อน ขิง กลุ่มอาการทางเสมหะเด่น เช่น บวมที่เท้า ปัสสาวะมาก ให้สมุนไพรสม หรือขมร้อน เช่น ข่าพลู ใบเตย
	๔. ให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับอาการที่พบ	- การให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับอาการที่พบในผู้ป่วย เช่น การแช่เท้าด้วยสมุนไพรที่สามารถทำได้เองที่บ้านเพื่อลดอาการขาที่บริเวณเท้า

กระบวนการหลัก	กิจกรรม	คำอธิบาย
		หรือแนะนำทำบริหารร่างกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพโดยแนะนำท่าที่เหมาะสมกับอาการและศักยภาพผู้ป่วยเป็นรายกรณีเป็นต้น
๕. สะท้อนและประเมินผล (Reflect and Evaluation)	๑. ติดตามและประเมินผลลัพธ์สุขภาพผู้ป่วยต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำตารางนัดติดตามเยี่ยมตามลำดับของแผนการดูแลผู้ป่วย - สอบถามผลการปฏิบัติตัวประจำวัน โดยการสอบถามทางโทรศัพท์ หรือระบบสื่อสารที่ผู้ป่วยสะดวก - แจ้งนัดหมายผู้ป่วยให้ทราบล่วงหน้า - ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลหลักหรือทีมสุขภาพตามตารางนัดเพื่อติดตามผลการดูแลรักษาตามแผนการดูแล ทุก ๔ สัปดาห์
	๒. รับฟังความรู้สึกและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - จัด หรือเลือกพื้นที่บริเวณบ้านให้เหมาะสมสำหรับการสนทนาและตรวจร่างกาย - สอบถาม และรับฟังผู้ป่วยอธิบายการใช้ชีวิตประจำวัน อาการเจ็บป่วยทั่วไป ความรู้สึก ความสุขสบาย การพักผ่อน การสนับสนุนของครอบครัว และการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น หรือการลดปัญหาอุปสรรคระหว่างการปฏิบัติตัว

กระบวนการหลัก	กิจกรรม	คำอธิบาย
	๓. สอบถามการปฏิบัติตัวตาม แผนการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> - สอบถาม ชักถาม ความเข้าใจ สัมภาษณ์ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ตามแผนการดูแลเกี่ยวกับการรับ บริการในสถานพยาบาลต่างๆ การ รับประทานยาสมุนไพร การทำสมาธิ บำบัด อาหารข้างเคียงจากการใช้ยา สมุนไพร ฯลฯ - ประเมินผลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย สามารถปฏิบัติได้ตามแผน หรือ ปฏิบัติไม่ได้ และวิเคราะห์ค้นหา สาเหตุที่เป็นอุปสรรค
	๔. วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพอื่นๆ (เพิ่มเติม)	<ul style="list-style-type: none"> - ชักถามอาการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพ อื่นๆ เพิ่มเติม - ตรวจร่างกายทั่วไปและเฉพาะที่และ สังเกตสภาวะของผู้ป่วย - วินิจฉัยปัญหาสุขภาพเพิ่มเติมตาม แนวทางแพทย์แผนไทย
	๕. ทบทวนแผนการดูแลอธิบาย แนวทางการดูแลสุขภาพ ต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนเป้าหมาย ผลลัพธ์ และแนวทาง การปฏิบัติที่กำหนดในแผนการดูแล (กรณีมีการปรับเปลี่ยน) - วินิจฉัยและระบุปัญหาสุขภาพและ อธิบายแนวทางการดูแลรักษา - อธิบายสรุปผลการประเมินให้ผู้ป่วย รับรู้และเพิ่มเติมแนวทางที่ผู้ป่วย ควรปฏิบัติตัว กรณีปฏิบัติตามแผน การดูแลเดิม และกรณีปรับแผน เพิ่มเติม

กระบวนการหลัก	กิจกรรม	คำอธิบาย
	๖. แจกข้อมูลการนัดหมายและประสานการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - อธิบาย ซักถามความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและแนวทางและขั้นตอนการรับบริการในสถานบริการและการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป - ประสานผลการประเมินการเยี่ยมบ้าน แลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแล และการส่งต่อปัญหาเพื่อรับบริการเพิ่มเติมให้กับทีมสหวิชาชีพ

การปฏิบัติหรือการทำกิจกรรมการดูแลอย่างครบวงจรจะสามารถช่วยสร้างคุณค่า (Value) ที่เป็นประโยชน์ ช่วยตอบสนองความคาดหวังความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างตรงจุด และช่วยให้แพทย์แผนไทยสามารถปรับวิธีการให้บริการที่แต่เดิมผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยเป็นผู้กำหนดแผนการรักษาหรือแนวทางการดูแลให้กับผู้ป่วย เปลี่ยนไปเป็นการวางแผนการดูแลจัดการสุขภาพแบบต่อเนื่องระยะยาว โดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลจัดการด้วยตนเองให้ได้มากที่สุด โดยมีแพทย์แผนไทยเป็นผู้ให้การสนับสนุน ให้การช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาและช่วยชี้แนะแนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและร่วมกันตัดสินใจเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่กำหนดร่วมกัน นอกจากรูปแบบและแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการด้วยการแพทย์แผนไทยนี้ จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแล้ว ยังสามารถนำมาใช้เป็นแผนผังหรือใช้เป็นแนวทางการประเมินเพื่อสร้างการเรียนรู้ในการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิได้ด้วยเช่นกัน

เกณฑ์การประเมินตนเอง เพื่อการพัฒนาคุณภาพ



สาระสำคัญ : การประเมินตนเองของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วย ถือเป็นเสียงสะท้อนคุณภาพของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิด้านการแพทย์แผนไทย และเป็นข้อมูลสำคัญที่ใช้สำหรับการวางแผนการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพบริการให้สอดคล้องตรงกับความต้องการประชาชนผู้รับบริการ

การประเมินผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง นั้นถือเป็นกลไกที่สำคัญในการป้อนกลับ (Feedback loops) เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการ ซึ่งจะช่วยให้ทีมสุขภาพเกิดการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง สำหรับในส่วนของกระบวนการด้วยการแพทย์แผนไทยที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ประเมินผลลัพธ์โดยการใช้แบบประเมินที่คณะกรรมการพัฒนาการบูรณาการการแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพปฐมภูมิได้ช่วยกันระดมความเห็นและผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือจากคณะผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์แผนไทย

แนวทางการใช้แบบประเมิน

๑. การประเมินมุ่งเน้นประโยชน์เพื่อการวางแผนพัฒนาตนเอง เป็นสำคัญ ไม่แนะนำให้ใช้เพื่อการประเมินตัดสิน หรือประเมินเพื่อวัดผล การปฏิบัติงานของบุคลากรเป็นรายบุคคล

๒. แบบประเมินตนเองเหมาะสมสำหรับการให้แพทย์แผนไทย ประเมินตนเองร่วมกับทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานร่วมกัน โดยการประเมินตนเอง ควรทำงานเป็นทีมโดยใช้ฉันทามติร่วมกัน

๓. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับผลการประเมินโดยการส่งเสริม สนับสนุน การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการพัฒนาระบบบริการโดย กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงการติดตามประเมินความก้าวหน้า ของระบบงานต่างๆ ให้เป็นไปในทิศทางขององค์กร



แบบประเมินตนเองเพื่อการพัฒนากระบวนการบริการ
ตามแนวทางการจัดบริการแบบบูรณาการด้วยการแพทย์แผนไทย
ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

คำชี้แจง : ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด

แนวคำถาม	การปฏิบัติ			สำหรับ เจ้าหน้าที่
	ปฏิบัติ ประจำ (๒)	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง (๑)	ไม่เคย ปฏิบัติ (๐)	
ก. การเป็นทีมสหวิชาชีพของแพทย์แผนไทย				
๑. แพทย์แผนไทยปฏิบัติงานหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นการประจำ				<input type="checkbox"/>
๒. มีระบบการจัดบริการแพทย์แผนไทยที่ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน รพ.สส.พท. หรือ รพ.สต.ติดดาว หรือเกณฑ์ การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) อย่างใดอย่างหนึ่ง				<input type="checkbox"/>
๓. แพทย์แผนไทยมีปฏิสัมพันธ์กับทีมสหวิชาชีพ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการ ดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบ เช่น การประชุมทีมสหวิชาชีพ กิจกรรมและช่องทางการ ปรึกษาหารือ เป็นต้น				<input type="checkbox"/>
ข. ความผูกพันและความเข้าใจผู้ป่วย				
๔. ผู้ป่วยทุกคนได้รับการจัดให้อยู่ในความรับผิดชอบของ ทีมสุขภาพที่ได้รับมอบหมาย (care manager) และ การนัดหมายพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ				<input type="checkbox"/>

แนวคำถาม	การปฏิบัติ			สำหรับ เจ้าหน้าที่
	ปฏิบัติ ประจำ (๒)	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง (๑)	ไม่เคย ปฏิบัติ (๐)	
๕. การพบปะกับผู้ป่วย มีการสนทนาแลกเปลี่ยน รับฟัง ความคิดเห็น ความรู้สึก ความต้องการ ความคาดหวัง ของผู้ป่วยด้วยความเคารพให้เกียรติ และเป็นมิตร				<input type="checkbox"/>
ค. การประเมินสุขภาพองค์รวมและความต้องการ				
๖. มีการประเมินสุขภาพผู้ป่วยครอบคลุมมิติ กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ รวมทั้งความต้องการความคาดหวัง ของผู้ป่วย ด้วยทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ได้แก่ ผลการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ผลการวิเคราะห์สุขภาพด้วยธาตุเจ้าเรือน การวิเคราะห์ สมุฏฐานธาตุ การคุณธาตุ และมูลเหตุการเกิดโรค ฯลฯ				<input type="checkbox"/>
๗. มีการบันทึกข้อมูลผลการประเมินสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ ผลการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยทฤษฎีการแพทย์ แผนไทย ผลการวิเคราะห์สุขภาพด้วยธาตุเจ้าเรือน การวิเคราะห์สมุฏฐานธาตุ การคุณธาตุ และมูลเหตุ การเกิดโรค ฯลฯ โดยจัดเก็บไว้ในแฟ้มเดียวกันหรือ แบบบันทึกชุดเดียวกันกับแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อให้ สามารถใช้อ้างอิงร่วมกันได้				<input type="checkbox"/>
๘. มีการสรุปวิเคราะห์ผลการประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วย ความเสี่ยงและความต้องการทางสุขภาพ รวมทั้งวางแผน การรักษาร่วมกับสหวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ				<input type="checkbox"/>
๙. มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลผลการประเมินสุขภาพ ร่วมกับฐานข้อมูลการให้บริการอื่นๆ ของหน่วยบริการ ที่เป็นปัจจุบันสามารถสืบค้นได้สะดวกรวดเร็ว				<input type="checkbox"/>

แนวคำถาม	การปฏิบัติ			สำหรับ เจ้าหน้าที่
	ปฏิบัติ ประจำ (๒)	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง (๑)	ไม่เคย ปฏิบัติ (๐)	
ง. การจัดทำแผนการดูแลเฉพาะบุคคลเพื่อการจัดการตนเอง				
๑๐. มีแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (Individual care plan) ที่จัดทำร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และผู้ป่วยมีส่วนร่วม				<input type="checkbox"/>
๑๑. มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนสามารถปฏิบัติได้จริง และมุ่งเน้นการจัดการตนเองของผู้ป่วย (Self-management)				<input type="checkbox"/>
จ. ระบบการดูแลเฉพาะรายแบบผสมผสานด้วยการจัดการดูแลด้วยทีมสุขภาพ				
๑๒. มีการจัดกิจกรรมทางคลินิกด้านการแพทย์แผนไทยให้กับผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) หรือ ภูมิปัญญาพื้นบ้าน (เฉพาะราย)				<input type="checkbox"/>
๑๓. มีการให้บริการดูแลสุขภาพและเสริมสร้างความรอบรู้ให้กับผู้ป่วยด้วยหลักกรรมานามัย ได้แก่ กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย				<input type="checkbox"/>
๑๔. มีการให้ข้อมูล สรุปีเคราะห์ผล การประเมินการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยให้กับแพทย์ หรือ ผู้รับผิดชอบรายกรณี (Cases manager)				<input type="checkbox"/>
๑๕. มีการประชุมปรึกษาหารือ (Cases conference) การส่งต่อผู้ป่วย การขอรับคำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยตามความจำเป็นหรือมีข้อห้าม หรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงกับทีมสหวิชาชีพ				<input type="checkbox"/>
๑๖. มีการให้บริการผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพตามความจำเป็นของผู้ป่วย				<input type="checkbox"/>

แนวคำถาม	การปฏิบัติ			สำหรับ เจ้าหน้าที่
	ปฏิบัติ ประจำ (๒)	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง (๑)	ไม่เคย ปฏิบัติ (๐)	
๑๗. มีการสอบถามและรับฟังความเห็น การสังเกตอารมณ์ ความรู้สึก และผลการดูแลรักษาจากผู้ป่วยและญาติ ภายหลังสิ้นสุดกระบวนการดูแลในแต่ละครั้ง				<input type="checkbox"/>
ฉ. การสะท้อนและประเมินผลลัพท์การดูแลผู้ป่วย				
๑๘. มีการติดตามประเมินผลลัพท์การดูแลรักษาผู้ป่วย ทางคลินิกของผู้ป่วยแต่ละรายตามแผนการดูแลและ การจัดการสุขภาพตนเอง หรือตามระยะเวลาที่กำหนด				<input type="checkbox"/>
๑๙. มีการวิเคราะห์และประเมินสถานะสุขภาพของกลุ่ม ผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบดูแลด้านการแพทย์แผนไทย ร่วมกับด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น ผลลัพท์ทาง คลินิก ธรรมานามัย หรือคุณภาพชีวิต ฯลฯ				<input type="checkbox"/>
๒๐. มีการจัดเวทีรับฟังหรือช่องทางการสื่อสาร เพื่อรับฟัง เสียงสะท้อนความคิดเห็น ความรู้สึก ความพึงพอใจ ประสบการณ์รับบริการ ของผู้ป่วยและครอบครัว หรือชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ฯลฯ เพื่อนำไปปรับปรุง พัฒนาคุณภาพบริการของทีมสหวิชาชีพ				<input type="checkbox"/>
คะแนนเต็ม ๔๐ คะแนน				
สรุปคะแนน..... (ร้อยละ.....)				

การแปลผล

ระดับการพัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการด้วยการแพทย์แผนไทย ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง สามารถแบ่งออกได้เป็น ๔ ระดับ ดังนี้

คะแนน ๑ - ๑๐ หมายถึง ระดับการพัฒนา ขั้นเตรียมความพร้อม

คะแนน ๑๑ - ๒๐ หมายถึง ระดับการพัฒนา ขั้นพื้นฐาน

คะแนน ๒๑ - ๓๐ หมายถึง ระดับการพัฒนา ขั้นระดับกลาง

คะแนน ๓๑ - ๔๐ หมายถึง ระดับการพัฒนา ขั้นระดับสูง หรือต้นแบบ



การประเมินประสบการณ์ผู้ป่วย

นอกจากการประเมินระบบการดูแลแบบบูรณาการด้วยการแพทย์แผนไทยที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยแพทย์แผนไทยหรือประเมินร่วมกันโดยทีมสุขภาพเองแล้ว มีสิ่งที่สำคัญไม่แตกต่างกันและจำเป็นต้องดำเนินการควบคู่ไปด้วยกัน คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนประเมินระบบบริการด้วยตัวเอง โดยการประเมินประสบการณ์ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย (Patients's experiences) ซึ่งถือเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่ช่วยบอกเล่าถึงผลลัพธ์ของคุณภาพในการจัดบริการสุขภาพ ที่ไม่ได้มีเพียงผลลัพธ์ในเชิงคลินิกเท่านั้น หากผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่ได้รับจากการดูแลของทีมสุขภาพอาจจะดีหรือไม่ดีก็ตาม แต่จะเป็นข้อมูลสำคัญที่สะท้อนความจริงออกมาจากใจของผู้ป่วยโดยตรง

กระบวนการประเมินคุณภาพบริการจากมุมมองประสบการณ์ของผู้ป่วย ช่วยสะท้อนกระบวนการดูแลสุขภาพที่ทีมสุขภาพส่งมอบให้กับผู้ป่วยว่ามีคุณภาพตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยหรือไม่ และถือเป็นเครื่องมือสำคัญของกระบวนการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากจะช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถรับรู้ได้ถึงความต้องการของผู้ป่วย สามารถสะท้อนระดับของคุณภาพที่หน่วยงานต้องปรับปรุงแก้ไขและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI)

ชุดคำถามการประเมินประสบการณ์ผู้ป่วยที่นิยมใช้มากที่สุด คือ กรอบการประเมินของ Picker Institute คือ The Picker Patients Experience Questionnaire : PPE-15 โดยมีแนวคำถามซึ่งปรับให้เหมาะสมสำหรับแพทย์แผนไทยดังต่อไปนี้

ชุดคำถามการประเมินประสบการณ์ผู้ป่วย

องค์ประกอบและแนวคำถาม	การให้คะแนน
การให้ข้อมูลและความรู้ (Information and Education)	
๑. เมื่อท่านมีคำถามที่สำคัญ ท่านจะได้รับคำตอบจากแพทย์ แผนไทยจนเป็นที่เข้าใจชัดเจน?	ใช่ / เป็นบางครั้ง / ไม่ใช่
๒. เมื่อท่านมีคำถามที่สำคัญ ท่านจะได้รับคำตอบจากทีมสหวิชาชีพ จนเป็นที่เข้าใจชัดเจน?	ใช่ / เป็นบางครั้ง / ไม่ใช่
การประสานเชื่อมโยงการดูแล (Coordination of Care)	
๓. เมื่อรับบริการที่หน่วยบริการ ท่านจะได้รับข้อมูล หรือคำอธิบาย จากแพทย์ และทีมสุขภาพเป็นไปในแนวทางเดียวกัน หรือไม่ ขัดแย้งกัน?	ใช่ / เป็นบางครั้ง / ไม่ใช่
ความสบายทางจิตใจ (Emotional Comfort)	
๔. ถ้าท่านมีความวิตกกังวล หรือความกลัว เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย หรือสุขภาพ ท่านจะได้รับคำปรึกษาแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสม จากแพทย์ หรือแพทย์แผนไทย?	ใช่ / เป็นบางครั้ง / ไม่ใช่
๕. ถ้าท่านมีความวิตกกังวล หรือความกลัว เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย หรือสุขภาพ ท่านจะได้รับคำปรึกษาแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสม จากพยาบาลผู้ดูแลหลัก?	ใช่ / เป็นบางครั้ง / ไม่ใช่
๖. ถ้าท่านมีความวิตกกังวล หรือความกลัว ท่านจะได้รับคำปรึกษา หรือแนวทางการดูแลเพื่อลดความกลัวจากทีมสุขภาพ?	ใช่ / เป็นบางครั้ง / ไม่ใช่
การให้ความเคารพ (Respect Patient Preferences)	
๗. แพทย์ แพทย์แผนไทย หรือทีมผู้ให้บริการ จะไม่พูดคุยกันเอง ต่อหน้าท่าน?	ใช่ / เป็นบางครั้ง / ไม่ใช่
๘. ท่านต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและ การรักษา?	ใช่ / เป็นบางครั้ง / ไม่ใช่
๙. โดยทั่วไปแล้ว ท่านรู้สึกว่าคุณได้รับการดูแลรักษาด้วยความเคารพ และให้เกียรติจากทีมสุขภาพเป็นอย่างดี?	ใช่ / เป็นบางครั้ง / ไม่ใช่

องค์ประกอบและแนวคำถาม	การให้คะแนน
ความสุขสบายทางกาย (Physical Comfort)	
หากกรณีท่านเคยมีปัญหาสุขภาพที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด?	ใช่ / ไม่ใช่
๑๐. ท่านรับรู้ได้ว่าแพทย์ หรือแพทย์แผนไทยให้การดูแลบางอย่าง เพื่อช่วยให้ท่านสามารถลดความเจ็บปวดลงได้?	ใช่ / เป็นบางครั้ง / ไม่ใช่
การมีส่วนร่วมของครอบครัวและเพื่อน (Involve of Family and Friends)	
๑๑. ถ้าคนในครอบครัว หรือคนใกล้ชิดของท่านต้องการบอกข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของท่านกับแพทย์ หรือแพทย์แผนไทย เขาสามารถหรือได้รับโอกาสหรือเวลาให้อธิบายได้อย่างเพียงพอ ?	ใช่ / เป็นบางครั้ง / ไม่ใช่
๑๒. แพทย์ แพทย์แผนไทย หรือพยาบาลผู้ดูแลหลัก อธิบายหรือให้ข้อมูลที่เพียงพอกับคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดของท่านอย่างเพียงพอ?	ใช่ / เป็นบางครั้ง / ไม่ใช่
ความต่อเนื่อง (Continuity and Transition)	
๑๓. แพทย์แผนไทย หรือทีมสุขภาพได้อธิบายถึงเป้าหมายของการดูแลรักษาให้กับท่านอย่างชัดเจน จนท่านสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้?	ใช่ / เป็นบางครั้ง / ไม่ใช่
๑๔. แพทย์แผนไทย หรือทีมสุขภาพได้อธิบายถึงผลข้างเคียง หรืออาการที่ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษาให้กับท่านอย่างชัดเจน จนท่านสามารถสังเกตผลข้างเคียงนั้นได้เองที่บ้านได้?	ใช่ / เป็นบางครั้ง / ไม่ใช่
๑๕. ทีมสุขภาพจะบอกท่านทุกครั้งเกี่ยวกับสัญญาณอันตรายเพื่อให้ท่านสังเกตเฝ้าระวังการเจ็บป่วยหรือการรักษาพยาบาล เมื่อท่านกลับไปดูแลรักษาที่บ้าน?	ใช่ / เป็นบางครั้ง / ไม่ใช่

การพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วย ด้วยการแพทย์แผนไทย



สาระสำคัญ: กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเป็น “ลมหายใจของระบบสุขภาพ” การพัฒนารูปแบบบริการใหม่ต้องการวิธีการใหม่ตั้งแต่ การคิดใหม่ การฝึกทักษะใหม่ การใช้เครื่องมือใหม่ และการทบทวนปรับปรุงการทำงานใหม่ ซึ่งในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องสามารถประยุกต์วงจรคุณภาพภายในที่เป็นที่รู้จักและใช้ได้ง่าย คือ วงจรคุณภาพ PDCA ด้วยการ วางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบ (Check) และการดำเนินการ (Action) จนนำไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

การพัฒนาคุณภาพบริการถือเป็นหัวใจของระบบบริการสุขภาพ เพราะประชาชนจะมีความพึงพอใจและเชื่อมั่นในตัวบริการที่เขาจะได้รับทุกๆ จุดสัมผัส (Touch point) ของการรับบริการ ประชาชนจะรับรู้ได้ถึงการดูแลเอาใจใส่ ความปรารถนาดี กระบวนการที่ถูกต้องแม่นยำ และรับรู้ถึงประโยชน์ ซึ่งเป็นคุณค่าจากสิ่งส่งมอบที่ได้รับและจากผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนที่ดีขึ้น ในท้ายที่สุด ขณะที่ตัวระบบบริการเองก็จะมีผลการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ใช้ทรัพยากรที่ประหยัดไม่สิ้นเปลือง ทำงานได้อย่างเป็นระบบ ไม่เกิดข้อผิดพลาด จึงอาจกล่าวได้ว่า “คุณภาพคือลมหายใจของระบบบริการสุขภาพ”

หลักการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการด้วยการแพทย์แผนไทย โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นวิธีการที่จะให้บริการด้วยคุณภาพบริการใหม่ที่สามารถนำไปปรับใช้เพื่อการขยายผล (Scale up) ในพื้นที่หรือหน่วยบริการปฐมภูมิได้ตามความเหมาะสมกับบริบท โดยจำเป็นต้องมีหลักการและขั้นตอนการนำไปปรับใช้ ดังนี้

Rethink : การคิดใหม่

เมื่อเราคิดถึงคุณภาพเราไม่ได้คิดเพียงว่าดำเนินการอย่างไรให้ขึ้นไปตามขั้นตอนมาตรฐานให้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่การพัฒนาคุณภาพเป็นเรื่องของการปรับเปลี่ยน “กระบวนทัศน์” ซึ่งถูกปลูกฝังวิธีการให้บริการโดยยึดอยู่กับหลักวิชาการและความต้องการของวิชาชีพ ความต้องการของหน่วยบริการเป็นหลัก หรือเรียกว่า “โรงพยาบาลเป็นศูนย์กลาง” การพัฒนาคุณภาพถูกตั้งคำถามว่าสร้างให้เกิดคุณค่า (Value) คือ เปลี่ยนจุดมุ่งหมายจากการมุ่งเน้น (Focus) ที่เป้าหมายของหน่วยงานไปเป็นการมุ่งที่ประโยชน์และผลลัพธ์ที่จะเกิดกับประชาชน หรือ “ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” โดยจะต้องรู้จักและผูกพันกันจนเข้าใจความต้องการของประชาชน และสามารถตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของประชาชนได้อย่างแท้จริง จึงจะเกิดคุณค่า

การเปลี่ยนแปลงรูปแบบบริการให้สามารถสร้างคุณค่าให้กับทั้งผู้รับบริการและหน่วยบริการเอง รวมถึงผู้ให้บริการนั้น ต้องการ “การคิดเชิงระบบ” (System thinking) เป็นการคิดในภาพรวมที่เป็นระบบและมีส่วนประกอบย่อยที่สัมพันธ์เชื่อมโยงจากส่วนย่อยไปหาส่วนใหญ่ เป็นการคิดอย่างมีเหตุมีผล มองเห็นปฏิสัมพันธ์และผลกระทบของส่วนประกอบย่อยต่างๆ ความสุขของคนทำงาน ความผูกพันของคนในองค์กรย่อมมีผลต่อการดูแลผู้รับบริการ

ความผูกพันและความร่วมมือของผู้รับบริการมีผลต่อผลลัพธ์สุขภาพ และเน้นการแก้ปัญหาอย่างชาญฉลาดเพื่อให้เกิดความถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว ในองค์กรรวม

Retrain : การฝึกทักษะใหม่

รูปแบบการให้บริการจะเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการสุขภาพเฉพาะบุคคล (Personalized) เพิ่มมากขึ้น การบริการสุขภาพ จึงต้องมุ่งตอบสนองความต้องการส่วนบุคคล เป็นการบริการเฉพาะราย (Tailored made) มีความประณีตเพิ่มมากขึ้น สามารถให้บริการได้ครอบคลุมทุกมิติกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำงานร่วมกันเป็นทีมสุขภาพได้อย่างบูรณาการเชื่อมโยงกัน จึงต้องการการเรียนรู้และปรับตัวของบุคลากรเพื่อสร้างทักษะใหม่รับการเปลี่ยนแปลงนี้

ทักษะที่สำคัญคือ ทักษะการทำงานเชิงบูรณาการศาสตร์ (Integral science) ที่ต้องมีการเรียนรู้ซึ่งกันและกันของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์แผนไทยและทีมสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีความเข้าใจ และสามารถประยุกต์ใช้องค์ความรู้ข้ามศาสตร์ได้อย่างเหมาะสม ต้องเปิดใจ เปิดความคิดยอมรับและเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เพื่อเปิดรับความรู้ใหม่ โดยเฉพาะวิทยาศาสตร์การแพทย์ และศาสตร์การแพทย์แผนไทย ซึ่งมีรากฐานวิถีคิด และแนวทางปฏิบัติที่แตกต่างกันได้ สามารถเรียนรู้และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ร่วมกัน (Co - learning) จนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หรือดูแลร่วมกันในการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างสมดุลเป็นองค์กรรวม

นอกจากตัวความรู้ที่ต้องเรียนรู้ระหว่างกันแบบข้ามสาขาวิชา ของศาสตร์การแพทย์แผนไทยและเวชศาสตร์ครอบครัวแล้ว เนื่องจากการเรียนรู้เป็นทักษะ (Skills) ที่ต้องการการฝึกฝนด้วยตนเองอย่างมีวินัย จึงต้องเสริมสร้างวิธีการเรียนรู้จากการสร้างการเปลี่ยนแปลง (Transformative learning)

เป็นการเรียนรู้ที่เปิดใจกว้าง ประกอบด้วย ความรักความปรารถนาดีต่อกัน เรียนรู้โดยผ่านการลงมือปฏิบัติจริง (Learning through action) ช่วยเสริมแรงเสริมพลังซึ่งกันและกัน โดยไม่มีช่องว่างจนเป็นข้อจำกัดในการทำงานร่วมกัน

Retools : การปรับเปลี่ยนเครื่องมือใหม่

ในการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการแพทย์แผนไทยที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางนั้น สิ่งที่สำคัญที่ทีมสุขภาพและประชาชนสามารถจับต้องได้ อย่างเป็นรูปธรรมคือ เครื่องมือการให้บริการที่มีการปรับเปลี่ยนเพื่อตอบสนองต่อประโยชน์การดูแลสุขภาพในรูปแบบใหม่ๆ นี้ได้ ซึ่งคนนำไปใช้งานได้จะต้องเข้าถึงเครื่องมือเหล่านั้นอย่างแท้จริง สามารถใช้เครื่องมือได้อย่างเชี่ยวชาญ โดยผ่านการฝึกฝน ทดลองใช้งานเกิดความชำนาญ สามารถปรับประยุกต์ได้อย่างสอดคล้องกับบุคคล สถานที่ เวลา

เครื่องมือที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ควรมีการนำไปใช้ในการให้บริการประชาชน และการเรียนรู้ร่วมกันภายในทีมสุขภาพ ได้แก่ แบบประเมินสุขภาพองค์รวม (Holistic health care assessment) แผนที่ทางเดินของผู้ป่วย (Patients journey map) แผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Individual care plan) แนวทางเวชปฏิบัติแบบบูรณาการด้วยการแพทย์แผนไทย (Integrative thai-traditional medicine practice guideline) รวมไปถึงเครื่องมือเชิงกระบวนการ เช่น สุนทรียสนทนา กระบวนการสะท้อนประสบการณ์ และแบบประเมินต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติงานยังสามารถปรับเปลี่ยนประยุกต์ใช้ หรือพัฒนาต่อยอดเพื่อใช้ประโยชน์ได้กว้างขวางมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นได้ด้วยตนเอง

Retreat : การทบทวนเพื่อปรับปรุงการทำงานใหม่

การปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติใหม่ นอกจากจะมีการจัดรูปแบบ ปรับเปลี่ยนวิธีการ การประยุกต์ใช้เครื่องมือการทำงานที่แตกต่างไปจากเดิมแล้ว พื้นฐานการปรับเปลี่ยนสิ่งต่างๆ คือ ความกล้าที่จะเปลี่ยนแปลง หรือ “ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง” (Leadership for change) ไม่ว่าจะอยู่ในฐานะของวิชาชีพ มีตำแหน่งหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิใดก็ตาม การได้มีโอกาสทบทวน ใคร่ครวญวิธีการทำงานแบบเดิม แล้วสร้างกรอบความคิดที่เริ่มจากการใช้ศักยภาพหรือความสามารถที่มีอยู่เดิมเป็นฐาน และสร้างวิธีปฏิบัติแบบใหม่ต่อยอดสิ่งที่มีอยู่ในเชิงสร้างสรรค์ สร้างเป้าหมายการเปลี่ยนให้มีความท้าทายและเป็นวิสัยทัศน์ร่วมกันของทีมสุขภาพ มีแผนการปฏิบัติอย่างเป็นระบบเป็นขั้นตอนที่ชัดเจนจนสามารถคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ได้ถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุด และภายใต้การเปลี่ยนแปลงของระบบที่มีขอบเขตกว้างขวางนั้น ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพต้องสามารถมองเห็นความสำเร็จเล็กๆ (Quickwin) ในแต่ละขั้นตอนของการปฏิบัติและชื่นชมความสำเร็จเหล่านั้นร่วมกัน เพื่อเป็นกำลังใจและเกิดความแน่ใจว่าเป็นการเดินทางมาถูกทางแล้ว เพราะการจะสร้างสิ่งที่ยิ่งใหญ่ได้อย่างยั่งยืนจะต้องเริ่มจากสิ่งเล็กๆ จากจุดเล็กๆ ที่ค่อยๆ ปฏิบัติอย่างพากเพียรและต่อเนื่อง อาทิ เริ่มจากแพทย์แผนไทยลงไปดูแลคนไข้แบบบูรณาการเป็นองค์รวมทีละคนๆ ทำจนครบถ้วนเป็นวงจรที่เชื่อมโยงจนถึงผลลัพธ์ และเพิ่มจำนวนกลุ่มเป้าหมายการดูแลให้มากขึ้นเรื่อยๆ จนสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรมและกว้างขวาง

การทำงานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะก่อเกิดเป็นพลังสะสมตัวเองไปทีละน้อยๆ และค่อยๆ เพิ่มกำลังและขยายตัวกว้างขวางมากขึ้นจนถึงจุดที่จะสามารถเปลี่ยนให้ระบบบริการสุขภาพเกิดผลลัพธ์ตามที่พึงประสงค์ และจะ

กลายเป็นค่านิยมใหม่ (New norm) ที่สร้างคุณค่าใหม่ให้กับประชาชน ผู้รับบริการโดยรวม

วงจรกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ มีทั้งมิติของการจัดการเรียนรู้ภายในระบบ (Internal learning process) คือ การประเมินและวางแผนการพัฒนาตนเองเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะต่อยอดไปสู่การประเมินรับรองจากภายนอกในรูปแบบของการประกันคุณภาพ (External auditing or Accredited)

PDCA พัฒนาขึ้นโดย Walter Shewhart เป็นแนวคิดเชิงกระบวนการที่เรียบง่ายแต่ทรงพลัง ได้รับการเผยแพร่เพื่อให้เป็นเครื่องมือสำหรับการปรับปรุงกระบวนการบริหารคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) โดย W.Edward Deming จนเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายไปทั่วโลก จนมีชื่อเรียกว่า “วงจรเดมมิง” (Deming Circle) การบริหารคุณภาพบริการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถนำเอา ๔ กระบวนการหลักของวงจรเดมมิงมาปรับใช้การพัฒนาคุณภาพจากภายในหน่วยงานได้ ดังนี้

การวางแผน (Plan) : การกำหนดเป้าหมายและกระบวนการต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

คือ การตั้งเป้าหมาย กำหนดวัตถุประสงค์ในการปรับปรุงคุณภาพบริการ เพื่อให้เกิดการควบคุมดูแลกระบวนการบริการให้บรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ ดังนั้น หากไม่มีวัตถุประสงค์ว่าเราจะพัฒนาคุณภาพบริการ หรือนำรูปแบบบริการไปปรับใช้เพื่อวัตถุประสงค์อะไร ทำให้หน่วยงานหรือผู้ปฏิบัติงานไม่รู้ว่า จะเริ่มต้นอย่างไร ไม่รู้ว่าต้องดำเนินการอย่างไร และมีจุดมุ่งหมายใดที่ต้องบรรลุหรือทำให้สำเร็จ

การปฏิบัติ (Do) : ปฏิบัติตามกระบวนการต่างๆ ที่กำหนดไว้

เป็นการริเริ่มหรือทดลองทำ คือ ก่อนที่จะลงมือปฏิบัติได้นั้นต้องมีการเตรียมจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นทั้งทรัพยากรความรู้ และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานตามรูปแบบบริการ หากในการลงมือปฏิบัติกับเรื่องใหม่ๆ ต้องเตรียมการฝึกอบรมบุคลากร เตรียมขั้นตอนการปฏิบัติให้เกิดความพร้อม จึงจะสามารถดำเนินการไปตามกิจกรรมและวิธีการที่กำหนดไว้ตามลำดับตั้งแต่ต้นจนครบถ้วน หรือแล้วเสร็จ

การตรวจสอบติดตาม (Check) : ตรวจสอบและวัดผลกระบวนการทำงานว่าเป็นไปตามแผนปฏิบัติและเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่

การตรวจสอบ คือ การพิจารณาว่าผลจากการทดลองปฏิบัตินั้นก่อให้เกิดสิ่งที่ตั้งเป้าหมายและวางแผนไว้หรือไม่ ดังนั้น หากไม่มีการวางแผนหรือไม่มีการกำหนดวัตถุประสงค์ไว้ล่วงหน้าระยะเวลาเมื่อใดควรเกิดสิ่งใดขึ้นบ้าง ควรจะพิจารณาข้อมูลหรือตัวบ่งชี้ใดเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ต้น ก็จะไม่มียะไรมาช่วยบ่งชี้หรือเปรียบเทียบว่าผลที่เกิดขึ้นกับผลลัพธ์ที่ต้องการนั้นแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด เป็นไปตามที่ต้องการ หรือตามที่ตั้งทุนลงไปหรือไม่

การดำเนินการ (Action) : ดำเนินการปรับปรุงสมรรถนะของทีมงาน พัฒนาศักยภาพของกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง

ผลจากการตรวจสอบติดตาม อาจจะไม่ควรวางใจได้ในทันที ผลที่เกิดขึ้นอาจจะเกิดจากเหตุบังเอิญ หรือปัจจัยแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เข้ามาเป็นตัวแปรสำคัญ ดังนั้น จำเป็นต้องมีการปรับปรุงกระบวนการให้ดีขึ้นอยู่ตลอดเวลาหรือการขจัดปัญหาและอุปสรรค เพื่อนำไปปฏิบัติซ้ำๆ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีสมรรถนะและความชำนาญเพิ่มมากขึ้น ปฏิบัติงานด้วยทรัพยากรและระยะเวลาที่น้อยลง (Lean) แต่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น

โดยสรุปผลลัพธ์ ของรูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการ ด้วยการแพทย์แผนไทยที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ทั้ง ๕ ขั้นตอน คือ ๑) การสร้างความผูกพันและความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ๒) การประเมินความต้องการ สุขภาพองค์รวม ๓) การจัดทำแผนการดูแลเฉพาะบุคคลเพื่อการจัดการตนเอง ๔) ระบบการดูแลเฉพาะรายแบบผสมผสานด้วยการจัดการดูแลด้วยทีมสุขภาพ และ ๕) การสะท้อนและประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย พิจารณาจากการดูแล ผู้ป่วยแต่ละคนว่า สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนตามกระบวนการหรือไม่ ขณะที่ วงจรการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องเป็นกระบวนการในการบริหารจัดการ ระบบคุณภาพเพื่อให้สามารถนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไปใช้ให้ครอบคลุม ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด รวมไปถึงการปรับปรุงแก้ไขเหตุ บังคับต่างๆ ขององค์กรให้สามารถดำเนินการไปได้อย่างราบรื่นมีประสิทธิภาพ จนบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด ทั้งนี้รูปแบบการปฏิบัติด้วยวงจรคุณภาพ แสดงไว้ตามตาราง ดังนี้

รูปแบบการปฏิบัติด้วยวงจรคุณภาพ

กระบวนการหลัก	การปฏิบัติ	เงื่อนไข
การวางแผน (Plan)	<p>Self-Assessment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ศึกษาแนวคิดและรูปแบบบริการ - ประเมินตนเองตามแบบประเมิน - ประเมินประสบการณ์ผู้ป่วย <p>Define :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบุปัญหาและสาเหตุจากผลการประเมิน - กำหนดเป้าหมายและระบุแนวทางการวัดผลลัพธ์ของแผนงานโครงการพัฒนาคุณภาพบริการ - กำหนดขั้นตอนกิจกรรมและระยะเวลาการปฏิบัติตามแผนงานโครงการ 	<ul style="list-style-type: none"> - การทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ - ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง - ความเข้าใจแนวคิดของรูปแบบบริการใหม่

กระบวนการหลัก	การปฏิบัติ	เงื่อนไข
การปฏิบัติ (Do)	Improvement : <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามกิจกรรมและขั้นตอนตามโครงการหรือแผนงานที่ระบุไว้ - ปรับเปลี่ยนขั้นตอนกระบวนการทำงานใหม่ที่คาดว่าจะได้ปริมาณและคุณภาพงานที่ดีกว่าเดิม - การควบคุมความเสี่ยงหรือความคาดเคลื่อนกิจกรรม - การใช้จ่ายงบประมาณตามวัตถุประสงค์ - การให้บริการผู้ป่วยตามรูปแบบบริการที่กำหนด 	<ul style="list-style-type: none"> - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างการปฏิบัติ - ทรัพยากรสนับสนุนอย่างเพียงพอ
การตรวจสอบ (Check)	Control : <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินติดตามเพื่อควบคุมผลลัพธ์ในแต่ละกระบวนการของรูปแบบบริการ - ประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพ - การติดตามความก้าวหน้าการบริหารจัดการแผนงานโครงการ - ตรวจสอบปริมาณและคุณภาพของผลงานการให้บริการ 	<ul style="list-style-type: none"> - การบันทึกข้อมูลการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ - การทำงานร่วมกันและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมสุขภาพ
การดำเนินการ (Action)	Adjustment : <ul style="list-style-type: none"> - การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์กับวัตถุประสงค์ - วิเคราะห์และเข้าใจปัจจัย หรือตัวแปรที่ส่งผลต่อการนำรูปแบบการบริการใหม่ ไปปฏิบัติ - วิเคราะห์ศักยภาพและข้อจำกัด (strength and limitation) ในการบรรลุวัตถุประสงค์และความเสี่ยงที่นำไปสู่ความด้อยประสิทธิภาพ - ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขปัญหาและข้อจำกัดต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - การบันทึกข้อมูลการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ - การทำงานร่วมกันและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมสุขภาพ - ความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการปฏิบัติ

การพัฒนาศักยภาพองค์กรและทีมสุขภาพ

สิ่งที่เป็นเงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับทีมสุขภาพที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการแบบบูรณาการระหว่างวิชาชีพต่างๆ ทั้งศาสตร์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว การพยาบาล การสาธารณสุขชุมชน รวมถึงวิชาชีพอื่นๆ กับวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ที่ยึดเอาประชาชนหรือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางนั้น ต้องการวิธีการสร้างเสริมระบบการทำงานร่วมกันที่แต่ละวิชาชีพจะต้องฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง เป็นการสร้างการเติบโตจากภายในของผู้ให้บริการ (ดร.ณิ โอวิทยากุล, แพทย์เลขา แสงหัตถวัฒน์, อดีตคึกคัก จึงพัฒนามาตีพิมพ์, ๒๕๖๐) ดังนี้

๑) สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น ปลูกฝังการทำเวชปฏิบัติด้วยความรักและมีความเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ ทีมสุขภาพต้องหมั่นสำรวจความคิดและความเชื่อของตน เพื่อฝึกให้เป็นบุคคลที่ไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน พึงพอใจในการเป็นผู้ให้การดูแล ทำให้เกิดพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเข้าใจ และยอมรับผู้ป่วยตามมุมมองที่ผู้ป่วยเป็น เคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และคำนึงอยู่เสมอว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลคือเพื่อนมนุษย์คนหนึ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ ความรักความเมตตา และความเห็นอกเห็นใจ

๒) ปลูกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ทีมสุขภาพควรมีความเข้าใจ การตระหนักรู้ตนเองและมีประสบการณ์กับการสร้างความตระหนักรู้ตนเองและไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น เพื่อจะได้รับรู้และเข้าใจความรู้สึกทั้งของตนเองและผู้ป่วย แล้วนำมาใช้ประโยชน์ในกระบวนการดูแลให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยโดยวิธีทางที่ไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ด้วยการระลึกรู้ตัวอยู่เสมอ (มีสติ) รับรู้ตนเองตามสภาพที่เป็นจริง และทำความเข้าใจกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นในปัจจุบันขณะ

๓) การสร้างสัมพันธภาพแห่งการช่วยเหลือและความไว้วางใจ สัมพันธภาพที่ดีประกอบขึ้นจากองค์ประกอบ ๔ ประการคือ การสื่อสารที่มีคุณภาพ (การสื่อสารอย่างสันติ สุนทรีย์สนทนา) ความสามารถเข้ากันได้กับผู้ป่วย การมีความเห็นอกเห็นใจ และการสร้างความรู้สึกรอบอุ้มใจ (การสร้างพื้นที่ปลอดภัย ไม่ตำหนิ ไม่ตัดสิน) การปฏิบัติทั้ง ๔ องค์ประกอบนี้ได้ครบถ้วนสมบูรณ์ จะช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่าง ทีมสุขภาพ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงสมาชิกของชุมชนโดยรวม

๔) ส่งเสริมการแสดงออก การรับฟังและการยอมรับความรู้สึกทางบวกและทางลบ เมื่อมนุษย์เจ็บป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าสุขภาพของตนถูกคุกคามและมีปฏิกิริยาตอบสนองความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันตามสภาวะจิตใจพื้นฐาน บางคนสามารถยอมรับว่าความเจ็บป่วยได้เกิดขึ้นกับตน ในขณะที่บางคนปฏิเสธและแสดงความโกรธ ฉุนเฉียว ปฏิเสธไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา และตำหนิติเตียนสิ่งที่อยู่ภายนอกรอบตัว ทั้งบุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์ ทีมสุขภาพที่ให้บริการดูแลและผู้ดูแลในครอบครัว จึงควรยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยทั้งทางบวกและทางลบได้อย่างจริงใจ สามารถให้อภัยและเข้าใจความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่ตำหนิติเตียนหรือตัดสิน ตีตราผู้ป่วย ไม่ทอดทิ้งขณะที่ผู้ป่วยแสดงอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ก้าวร้าว รวมไปถึงการแสวงหาแนวทางในการเยียวยา เพื่อคลี่คลายความรู้สึกที่เป็นบาดแผลทางอารมณ์ที่อยู่ภายในจิตใจ (Trauma)

๕) ใช้วิธีการแก้ปัญหาและการตัดสินใจอย่างเป็นระบบ การนำวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ประกอบการแก้ปัญหา (Scientific problem solving) หรือการคิดเชิงระบบ (System thinking) เป็นเรื่องสำคัญเพราะวิธีการทางวิทยาศาสตร์ หรือการคิดเชิงระบบ เริ่มต้นจากการประเมินปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างเป็นองค์รวม โดยการซักถาม พูดคุย และสังเกตจากตัวผู้ป่วยและครอบครัวหรือเพื่อนสนิทโดยตรง

จากนั้นแสวงหาข้อมูลต่างๆ ให้รอบด้านที่สุดมาใช้วางแผนในการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว โดยเฉพาะข้อมูลด้านสภาวะทางจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก สภาวะแวดล้อมทางสังคมและจิตวิญญาณ ความเชื่อและความผูกพันทางใจของผู้ป่วย ซึ่งเป็นแหล่งของความหวังและกำลังใจสำหรับผู้ป่วย

๖) ส่งเสริมการเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ ประสบการณ์ของผู้ป่วยคือ สิ่งสำคัญที่ทีมสุขภาพ และผู้ดูแลต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์หรือทีมสุขภาพจึงอยู่ทั้งในฐานะของผู้เรียนรู้และผู้ชี้แนะ เพื่อที่จะทราบปัญหาของผู้ป่วย ทั้งโดยการสังเกตและเรียนรู้จากผู้ป่วย โดยเฉพาะการมีความรู้สึกร่วมในสถานการณ์ของผู้ป่วย (Empathy) ทีมสุขภาพที่รับรู้ในความรู้สึกของผู้ป่วย จะทราบว่าควรจะให้คำปรึกษา ชี้แนะและให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างไร ด้วยวิธีการและเวลาใดจึงจะเหมาะสม

๗) มุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลในฐานะบุคคลที่มีความต้องการที่คาดหวังไว้ (Needs of expectation) ความต้องการพื้นฐานเป็นสิ่งที่อยู่ในร่างกายและจิตใจของมนุษย์เสมอมา ไม่มีที่สิ้นสุด ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ที่ฝังลึกอยู่ภายในจิตใจหรือจิตใต้สำนึก ดังแนวคิดของ Maslow หรือ Satir และเป็นแรงผลักดันที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ที่พยายามให้บรรลุถึงความต้องการนั้น ความต้องการของผู้ป่วยก็เช่นเดียวกับมนุษย์โดยทั่วไปไม่เว้นกระทั่งผู้ให้บริการเอง สิ่งทีทีมสุขภาพควรปฏิบัติ ได้แก่ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทางด้านร่างกาย เพื่อให้สามารถคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทางด้านจิตใจ เพื่อให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า การที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริงนั้น ทีมสุขภาพจำเป็นต้องหลอมรวมประสบการณ์ของผู้ป่วยเข้ากับประสบการณ์ของตนเอง และสร้างแนวทางการรักษาดูแลที่เหมาะสมกับบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. **คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.** กระทรวงสาธารณสุข:นนทบุรี; ๒๕๖๐.

ดร.ณิ โอวิทยากุล , แพทย์เลขา แสงหัตถวิวัฒนา , อติศักดิ์ จึงพัฒนามติม. **แนวคิดสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในการบริหารทันตกรรมพร้อมมูล.** ชม.ทันตสาร. ปีที่ ๓๘ ฉบับที่ ๒ พ.ศ.-ส.ศ; ๒๕๖๐.

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน. **คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เขตสุขภาพที่ ๓.** (เอกสารอัดสำเนา); ๒๕๖๑.

ธนัช กนกเทศ. **รายงานการวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยด้วยการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง.** กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก;๒๕๖๓.

วิชัย โชควิวัฒน์, บรรณาธิการ. **ยุทธศาสตร์การแพทย์ดั้งเดิมขององค์การอนามัยโลก พ.ศ.๒๕๕๗ – ๒๕๖๖.** สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๕๙.

สถาบันการแพทย์แผนไทย. **คู่มือประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย.** กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์. กรุงเทพมหานคร; ๒๕๔๗.

สถาบันการแพทย์แผนไทย. **คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.** กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด. นนทบุรี; ๒๕๔๙.

สถาบันการแพทย์แผนไทย. ตำราการนวดไทยเพื่อสุขภาพ ๑๕๐ ชั่วโมง
แบบราชสำนัก. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรม
ราชูปถัมภ์. กรุงเทพมหานคร; ๒๕๕๓.

สถาบันการแพทย์แผนไทย **คู่มือการจัดระดับบริการการแพทย์แผนไทย
ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ.** กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานกิจการ
โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
กรุงเทพฯ. ๒๕๕๗.

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. **พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒.**
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; ๒๕๖๒.

Leonardson ACL, Grøndahl VA, Ghanima W , Storeheier E , Schönbeck
A, Løken TA .et al. **Evaluating Patient Experiences in
Decentralised Acute Using The Picker Patients Experience
Questionnaire ; Methodological and Clinical Findings.**
BMC Health Services Research.2017; 17:685.

Redding D, Hutchinson S. **Person-centered Care in ๒๐๑๗: Evidence
from Service Users.** Nation Voices; 2017.

Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schacfer J, Bonomi A.
**Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence
Into Action. (Interventions that encourage people to
acquire self-management skills are essential in chronic
illness care.** Health Affairs. 2012; 20(6); 64-78.

- Institute for Health Care Improvement. **The Triple Aims: Optimizing Health, Care and Cost.** Healthcare Executive; 2009.
- J De Maeseneer, C Van Well, L Daeren, C Leyns , P Decat, P Boeckxstaens, D Avonts and S Willems. **From “patient” to “person” to “people”: The Need for Integrated, people-centered health care.** The Internation Journal of person Centered Medicine. 2012;2:601-614.
- Santana MJ, Mannalili K, Jolley RJ, Zelinsky S,Quan H, Lu M. **How to Practice Person-centered Care: A Conceptual Framework.** Health Expectations. 2018.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. **Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness.** JAMA. 2002;288(14): 1775-9.
- Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. **The Expanded Chronoc Care Model: Am Integration of Concepts and Strategies from Popluation Health Promotion and The Chronic Care Model.** Hosp Q. 2003;7(1):73-82.
- World Health Organization. **WHO Global Strategy on People-centered and Integrated Health Services.** Geneva, 2015.

ภาคผนวก



บทบาทแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ

แพทย์แผนไทยเป็นหนึ่งใน “คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ” แพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิต้องมีใบประกอบวิชาชีพ แพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรม/แพทย์แผนไทยประยุกต์ มีการดูแลผู้ป่วย และประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว มีการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยตามมาตรฐานวิชาชีพ

“การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย” หมายความว่า การประกอบวิชาชีพที่กระทำ หรือมุ่งหมายที่จะกระทำต่อมนุษย์ เกี่ยวกับการแนะนำการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยอาศัยองค์ความรู้ด้าน เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย การนวดไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และองค์ความรู้ด้านอื่น ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดย คำแนะนำของคณะกรรมการ ทั้งนี้ ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทยซึ่งถ่ายทอด หรือพัฒนาสืบต่อกันมาตามตำราการแพทย์แผนไทยหรือจากสถานศึกษา ที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง

“การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์” หมายความว่า การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยโดยอาศัยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์และ วิทยาศาสตร์การแพทย์ซึ่งศึกษาจากสถานศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง รวมทั้งการประยุกต์ใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทั้งนี้ ตามระเบียบและข้อบังคับของสภาการแพทย์แผนไทย

“กรรมวิธีการแพทย์แผนไทย” หมายความว่า กรรมวิธีที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยที่สภาการแพทย์แผนไทยกำหนดหรือรับรอง แล้วแต่กรณี

“เวชกรรมไทย” หมายความว่า การตรวจการวินิจฉัย การบำบัด การรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการผดุงครรภ์ไทย เกสัชกรรมไทย และการนวดไทย ทั้งนี้ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

“เภสัชกรรมไทย” หมายความว่า การกระทำในการเตรียมยา การผลิตยา การประดิษฐ์ยา การเลือกสรรยา การควบคุมและการประกันคุณภาพยา การปรุงยาและการจ่ายยาตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์และการจัดจำหน่ายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา ทั้งนี้ ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

“การผดุงครรภ์ไทย” หมายความว่า การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด การรักษา การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ การป้องกันความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด การทำคลอด การดูแลการส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพมารดาและทารกในระยะหลังคลอด ทั้งนี้ ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

“การนวดไทย” หมายความว่า การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด การรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับศิลปะการนวดไทย ทั้งนี้ ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

แนวทางการให้บริการขั้นพื้นฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิ
แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย มีดังนี้

กลุ่มวัย	แนวทางการให้บริการแพทย์แผนไทยขั้นพื้นฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิ
หญิงตั้งครรภ์	<p>๑. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</p> <p>๑.๑ อาหารบำรุงครรภ์ อาหารบำรุงโลหิต บำรุงกระดูก บำรุงหัวใจ</p> <p>๑.๒ อาหารแสดงขณะตั้งครรภ์ของการแพทย์แผนไทย</p> <p>๑.๓ แนะนำ การนวดกล่อมท้อง โตะบีบแด หมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทย</p> <p>๒. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</p> <p>๒.๑ การตรวจคัดกรองมารดาที่หวั่นมบอด บุ่ม สั้น</p> <p>๒.๒ การแก้ไขภาวะหวั่นมบอด บุ่ม สั้น (เป็นการเตรียมพร้อมของร่างกาย ในการให้นมบุตร การบริการ ANC)</p> <p>๒.๓ อาหารบำรุงน้ำนม</p> <p>๒.๔ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง</p> <p>๒.๕ การตรวจตามนัต (เพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ เช่น นวดเท้าลดบวม นวดส่งเสริมสุขภาพ แข่งเท้า เป็นต้น)</p> <p>๓. การประเมินเพื่อการส่งต่อ</p> <p>๓.๑ ในกรณีที่พบอาการ ดังนี้ ชีต บวม ความดันโลหิตสูง</p> <p>๔. การดูแลหลังคลอด ประกอบด้วย นวดกระตุ้นน้ำนม ใช้สมุนไพรประสะน้ำนม อบ ประคบ ทับหม้อเกลือ การรัดหน้าท้อง การเข้ากระโจม การนวดอัฐู ฯลฯ</p> <p>๔.๑ การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบราชสำนัก</p> <p>๔.๒ การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบเชลยศักดิ์</p> <p>๔.๓ การนวดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยแบบอื่น</p> <p>๕. การเยี่ยมบ้าน (ก่อนคลอด และหลังคลอด) เช่น บริการหญิงหลังคลอดด้วยการ อบสมุนไพรที่บ้าน นวดเต้านมที่บ้าน ทับหม้อเกลือที่บ้าน ฯลฯ</p> <p>๕.๑ แนะนำ อยู่ไฟ เข้ากระโจม โสมยา (ประคบ) ตามวัฒนธรรมท้องถิ่น</p> <p>๖. โรค/อาการ</p> <p>๖.๑ สตรีหลังคลอดบุตรโลหิตแห้งไป ๖.๒ สตรีหลังคลอดน้ำคาวปลาไม่เดิน</p> <p>๖.๓ สตรีหลังคลอดอยู่ไฟไม่ได้ ๖.๔ สตรีหลังคลอดมีน้ำนมน้อย</p> <p>๖.๕ สตรีหลังคลอดไม่มีน้ำนม ๖.๖ สตรีหลังคลอดน้ำคาวปลาเดินไม่สะดวก</p>

กลุ่มวัย	แนวทางการให้บริการแพทย์แผนไทยขั้นพื้นฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิ				
เด็ก ๐ - ๕ ปี	<p>๑. การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น การบริบาลทารกด้วยการเขียนตัว ดึงจุกให้โตง ดัดแขนดัดขาให้เหมาะสม ฯลฯ</p> <p>๑.๑ การนวดกระตุ้นพัฒนาการเด็กด้วยการนวดไทย (นวดส่งเสริมพัฒนาการเด็ก)</p> <p>๑.๒ ส่งเสริมกระตุ้นการให้นมแม่</p> <p>๑.๓ การตรวจสอบคุณภาพของน้ำนมตามหลักการแพทย์แผนไทย</p> <p>๑.๔ สมุดบันทึกสุขภาพเด็กตามหลักการแพทย์แผนไทย</p> <p>๑.๕ นวดกระตุ้นพัฒนาการเด็กด้วยการแพทย์ผสมผสาน (มณีเวช)</p> <p>๑.๖ การนวดรักษาอัมพาตสมองในเด็ก</p> <p>๒. การบริการเยี่ยมบ้านครอบครัวเด็กพัฒนาการช้า</p> <p>๒.๑ การเยี่ยมบ้านเด็กพัฒนาการช้า เช่น การให้คำแนะนำ การสอน สานิต การบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน ผู้ป่วยได้รับการนวดเพื่อการรักษาที่บ้าน ฯลฯ</p> <p>๓. ให้บริการเยี่ยมศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในชุมชน (การให้คำแนะนำหญิงหลังคลอด และการบริบาลทารก ด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน)</p>				
วัยรุ่น	<p>๑. การบริการดูแลสุขภาพหมู่บ้านสุขภาพดีวิถีธรรม</p> <p>๑.๑ ให้บริการดูแลและส่งเสริมกิจกรรมการห่างไกลบุหรี่ ด้วยวิถีธรรมชาติ/ กอดจุดสะท้อนเท้า</p> <p>๑.๒ การให้ความรู้การดูแลสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย</p> <p>๑.๓ การดูแลสุขภาพหญิงวัยมีประจำเดือน เช่น การปวดท้องประจำเดือน การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคด้วยการบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน ฯลฯ</p>				
วัยทำงาน	<p>๑. การดูแลส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง (NCDs)</p> <p>๑.๑ การดูแลสุขภาพด้วยโปรแกรม “ฤๅษีดัดตน”</p> <p>๑.๒ การดูแลสุขภาพด้วยโปรแกรม “ธรรมานามัย”</p> <p>๑.๓ การดูแลสุขภาพด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT</p> <p>๒. การบริการดูแลสุขภาพชมรม/ค่ายสุขภาพดี</p> <p>๒.๑ ให้บริการจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพสำหรับวัยทำงาน</p> <p>๓. โรค/อาการ</p> <table border="0" data-bbox="325 1342 801 1410"> <tr> <td>๓.๑ ออฟฟิศซินโดรม</td> <td>๓.๒ ปวดประจำเดือน</td> </tr> <tr> <td>๓.๓ ลมปะกำ หรือ ลมตะกำ</td> <td>๓.๔ อดบุหรี่</td> </tr> </table>	๓.๑ ออฟฟิศซินโดรม	๓.๒ ปวดประจำเดือน	๓.๓ ลมปะกำ หรือ ลมตะกำ	๓.๔ อดบุหรี่
๓.๑ ออฟฟิศซินโดรม	๓.๒ ปวดประจำเดือน				
๓.๓ ลมปะกำ หรือ ลมตะกำ	๓.๔ อดบุหรี่				

กลุ่มวัย	แนวทางการให้บริการแพทย์แผนไทยขั้นพื้นฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิ
ผู้สูงอายุ	<ol style="list-style-type: none"> ๑. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ <ol style="list-style-type: none"> ๑.๑ การดูแลสุขภาพด้วยโปรแกรม “ฤาษีตัดตน” ๑.๒ การดูแลสุขภาพด้วยโปรแกรม “ธรรมานามัย” ๒. บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ <ol style="list-style-type: none"> ๒.๑ ให้บริการจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุทุกตำบล ๓. โรค/อาการ <ol style="list-style-type: none"> ๓.๑ จับโปงน้ำเช่า ๓.๒ จับโปงแห้งเช่า
ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพเชิงรุกในชุมชน	<ol style="list-style-type: none"> ๑. การดูแลฟื้นฟูสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ (อัมพฤกษ์ อัมพาต ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง) ในชุมชนโดยชุมชน ๒. การดูแลผู้ป่วย Palliative care (การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง)

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผลการประเมินสุขภาพ
และแผนการดูแลและการติดตาม

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

เลขที่บัตร...../.....

ชื่อ..... สกกุล.....

เลขบัตรประชาชน.....สถานที่เกิด.....

ที่อยู่.....

วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ.....ปี

ประวัติการแพ้ยา / อาหาร.....

ประวัติโรคประจำตัว.....

เบอร์โทรติดต่อ.....

ส่วนที่ ๒ ประวัติการเจ็บป่วย

วันเดือนปีที่มาพบแพทย์.....

อาการสำคัญ.....

ประวัติปัจจุบัน.....

.....

ประวัติอดีต

.....

ประวัติครอบครัว

ประวัติส่วนตัว.....

.....

การรับประทานอาหาร.....

การนอนหลับ/การพักผ่อน.....

การถ่ายปัสสาวะ.....อุจจาระ.....

ส่วนที่ ๓ การประเมินและวินิจฉัยด้วยหลักการแพทย์แผนไทย

ธาตุสมุฏฐาน.....

อตุสมุฏฐาน.....

กาลสมุฏฐาน.....

ประเทศสมุฏฐาน.....

พฤติกรรมสมุฏฐาน.....

การปฏิบัติตามหลักธรรมานามัย

๑) ภายานามัย หรือ Healthy body คือ (การมีสุขภาพกายที่ดี โดยการทำให้การบริหารหรือการออกกำลังกายต่างๆ).....

๒) จิตตานามัย หรือ Healthy mind (คือ การมีสุขภาพจิต สุขภาพใจที่ดี).....

๓) ชีวิตานามัย หรือ Healthy behavior คือ การมีพฤติกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันที่ดี

สรุปการวินิจฉัยและการอธิบายโรค (ตามผังการอธิบายโรคด้วยการแพทย์แผนไทย)

ศักยภาพและทรัพยากรในการดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัวและชุมชน

เป้าหมายการดูแลรักษาและจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

กิจกรรมการดูแลรักษาและจัดการสุขภาพตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

๑).....

๒).....

๓).....

๔).....

ส่วนที่ ๔ กิจกรรมการดูแลและการติดตามผลการรักษา

แบบบันทึกข้อมูลและการติดตามผู้ป่วยในชุมชน

จำนวนครั้งที่ประเมิน	อาการดำเนินโรคและกิจกรรม	หมายเหตุ
ครั้งที่...../...../.....	การตรวจร่างกาย อุณหภูมิ.....° C ชีพจร..... ครั้ง/นาที การหายใจ.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก.	
ครั้งที่...../...../.....	การตรวจร่างกาย อุณหภูมิ.....° C ชีพจร..... ครั้ง/นาที การหายใจ.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก.	
ครั้งที่...../...../.....	การตรวจร่างกาย อุณหภูมิ.....° C ชีพจร..... ครั้ง/นาที การหายใจ.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก.	
ครั้งที่...../...../.....	การตรวจร่างกาย อุณหภูมิ.....° C ชีพจร..... ครั้ง/นาที การหายใจ.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก.	

ส่วนที่ ๕ การประเมินผลการรักษา

แบบบันทึกข้อมูลและการติดตามผู้ป่วยในชุมชน

จำนวนครั้งที่ประเมิน	กิจกรรมที่ประเมิน	แยกลง	คงเดิม	ดีขึ้น
ครั้งที่ ๑/...../.....	๑..... ๒..... ๓..... ๔..... ๕.....			
ครั้งที่ ๒/...../.....	๑..... ๒..... ๓..... ๔..... ๕.....			
ครั้งที่ ๓/...../.....	๑..... ๒..... ๓..... ๔..... ๕.....			

สรุปผลการดูแล.....

.....

.....

.....

.....

.....

การสร้างสุนทรียสนทนา

หลักการจัดกระบวนการสุนทรียสนทนา (Dialogue)

การนำการจัดบริการแพทย์แผนไทยภายใต้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ให้บริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวและหลักบริการสุขภาพปฐมภูมิ มาปรับใช้ในการออกแบบระบบบริการรูปแบบใหม่ การเปลี่ยนแปลงที่จะเห็นได้อย่างชัดเจน คือ ความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงจากวิธีการ “สั่งการ” ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา ทำให้การดูแลเปรียบเหมือน “การช่วยเหลือ” “การเอื้ออำนวย” และ “การสนับสนุน” ให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

ลักษณะที่เปลี่ยนไปอย่างชัดเจนเช่นนี้ จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อความสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยเกิด “ความไว้วางใจ” (Trust) ต่อกัน เป็นการเปลี่ยน “รูปแบบความสัมพันธ์” ที่เป็นการปฏิบัติต่อกันอย่างเสมอภาคเท่าเทียม โดยผ่านกระบวนการสื่อสารกับคู่สนทนาหรือกลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนา ด้วยการเปิดใจรับฟังโดยไม่ตัดสิน ทักษะการสนทนาแบบสุนทรียะ (Dialogue) ได้ถูกนำมาใช้ในขั้นตอนการเรียนรู้ของแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพเพื่อสร้างรูปแบบบริการสุขภาพใหม่ ซึ่งยังมีความเหมาะสมที่จะเป็นเครื่องมือสำหรับแพทย์แผนไทยนำไปใช้ในกระบวนการให้บริการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ขั้นตอนเริ่มต้นของการสร้างความผูกพันไปตลอดจนถึงขั้นตอนของการประเมินผลตามวงจรการดูแลผู้ป่วย และยังสามารถใช้ในกระบวนการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้บริการด้วยกันเองได้อีกด้วย

การสนทนาแบบสุนทรียะ ไม่ใช่การอภิปรายถกเถียง (Discussion) ซึ่งเป็นการโต้แย้งตัดสินใจให้เหลือเพียงข้อสรุปหรือความคิดที่ดีที่สุดเพียงความคิดเดียว หรือเป็นกระบวนการพูดคุยกันตามปกติทั่วไป แต่กระบวนการสนทนาสนทนาเป็นทั้งทักษะและศิลปะที่จะนำผู้ร่วมสนทนาไปสู่ความลุ่มลึกของการเรียนรู้ ทุกคนต่างได้แบ่งปันประสบการณ์ของตนเอง มีส่วนร่วมในการสนทนา รู้จักสื่อสารด้วยใจ เสมือนว่าเป็นหนึ่งเดียวกัน พูดคุยแลกเปลี่ยนกันเพื่อความเข้าใจที่ดีต่อกัน ค้นพบปัญหา ความทุกข์-ความสุขร่วมกัน

หลักการสำคัญของสุนทรียสนทนา คือ การฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep listening) การเคารพให้เกียรติซึ่งกันและกัน (Respecting) การห้อยแขวนความคิด หรือการไม่ตัดสินความคิดของคู่สนทนา (Suspending) และการเปิดเผยเสียง (ของความรู้สึก ความต้องการ) ที่อยู่ลึกลงไปภายในใจ (Voicing) การฟัง เป็นความสามารถพื้นฐานที่มีอยู่ตัวของมนุษย์ทุกคนโดยทั่วไปอยู่แล้ว การฟังให้ได้คุณภาพต้องผ่านการฝึกฝนเป็นประจำและต่อเนื่อง ฝึกการฟังอย่างลึกซึ้งด้วยจิตจดจ่อตลอดเวลา ฝึกฟังจนเกิดสมาธิ เพื่อจะได้รับรู้ข้อมูลจากการสื่อสารของผู้พูดได้อย่างชัดเจนและถูกต้อง

ระดับคุณภาพในการฟังที่ใช้ในการฝึกฝน แบ่งได้เป็น ๔ ระดับ คือ

ระดับที่ ๑ การฟังแบบ Downloading คือ การฟังเพื่อตรวจสอบว่าสิ่งที่ “รู้แล้ว” หรือ “เคยรับรู้” จากอดีตหรือประสบการณ์ไม่ว่าจะถูก หรือผิด ฟังได้ไม่นานก็จะตอบกลับอย่างรวดเร็ว เหมือนกับการเอาความคิด ความเข้าใจ หรือประสบการณ์เดิมของตัวเองมาตัดสิน และตอบกลับอย่างรวดเร็วทันทีทันใด โดยไม่ฟังให้ทันจบแล้วตอบโต้ไปแบบอัตโนมัติ เรียกว่า “ฟังไม่ทันจบก็ตอบว่ารู้แล้ว”

ระดับที่ ๒ การฟังแบบ Factual คือ เป็นการฟังมากขึ้นกว่าการ Doanloading เพราะเป็นข้อมูลที่เคารู้ แต่จะฟังเพื่อหาช่องว่าง หรือจุดที่จะถกเถียงเพื่อโต้แย้ง ไม่ได้เป็นการฟังเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นการเลือกฟังเฉพาะที่ต้องการ เรียกว่า “เอาเหตุผลของตัวเองมาเถียง”

ระดับที่ ๓ การฟังแบบ Empathic คือ การฟังแบบลงลึกซึ่งขึ้นกว่า ๒ ระดับแรก ไม่ได้ฟังแค่เสียงหรือถ้อยคำที่ได้ยินเท่านั้น แต่เป็นการฟังด้วยความรู้สึกร่วมโดยไม่ตัดสิน เรียกว่าการฟังแบบนี้ว่า “เอาใจเขามาใส่ใจเรา”

ระดับที่ ๔ การฟังแบบ Generative เป็นการฟังในระดับที่ลึกที่สุด เป็นเหมือนการเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของเรื่องราว รับรู้ความรู้สึกและเข้าใจถึงแก่นแท้ของเรื่องราวอย่างแท้จริง หรือเรียกอีกแบบหนึ่งได้ว่าเป็นการฟังแบบ “กระจกเงา” ที่สามารถสะท้อนเรื่องราว อารมณ์ความรู้สึกจากภายในของผู้พูดได้อย่างครบถ้วน ไม่บิดเบือนหรือเสริมแต่งตีความจากผู้ฟัง จึงเรียกการฟังแบบนี้ว่า “ใช้ความรู้สึกและเข้าใจถึงแก่นที่แท้จริง”

การเคารพ คือ การยอมรับและให้เกียรติผู้อื่นในวงสนทนา ต้องมองหาสิ่งที่ดีที่สุดในตัวเขา เชื่อมั่นในคุณค่าและความสามารถและเคารพให้เกียรติซึ่งกันและกันในขณะที่สนทนา เอาใจเขามาใส่ใจเราอย่างแท้จริง ซึ่งจะเป็นพื้นฐานที่เป็นพลังสร้างสรรค์ก่อให้เกิดความเข้าใจหรือปัญญา เกิดความสำเร็จและความสุขตามมา

การห้อยแขวน ในกระบวนการสุนทรียสนทนา การห้อยแขวนเป็นสิ่งที่สำคัญและทำได้ยาก ดังนั้นผู้ร่วมในการสนทนาจึงต้องเรียนรู้และฝึกฝนปรับเปลี่ยนทัศนคติ โดยการยอมรับการห้อยแขวน หรือปล่อยวางความคิด ความเชื่อของตนเอง ไม่ตัดสินคน ไม่ตัดสินความคิดใคร ในขณะที่ฟังผู้อื่นพูด

การเผยเสียงจากภายใน การสร้างพื้นที่ปลอดภัยจะสามารถทำให้เสียงที่เปล่งออกมานั้นเป็นเสียงที่มาจากส่วนลึกภายในจิตใจ ซึ่งไม่ได้มีเพียงแค่ว่าคำพูด (Words) เท่านั้น แต่ยังรวมถึงน้ำเสียง (Tone of voice) และภาษาท่าทาง หรือภาษากาย (Body language) เสียงจากภายในจึงเป็นถ้อยคำที่เปี่ยมไปด้วยพลัง มีความหมายที่ลึกซึ้ง จะทำให้ผู้ฟังเกิดความสนใจประทับใจ และเกิดจินตนาการคล้อยตามความรู้สึกที่แท้จริงของผู้พูด ไม่ว่าจะเป็นเรื่องทุกข์ เรื่องสุข เรื่องเศร้า หรือเรื่องราวสะท้อนใจใดๆ ก็ตาม

แนวทางในการสร้างบรรยากาศสุนทรียสนทนาระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จะประกอบด้วย

๑) ขณะที่ฟังผู้อื่นพูด ให้รักษาความรู้สึกแห่งความเมตตากรุณา (Compassion) ไว้กับปัจจุบัน ไม่พูดสวนกลับ ไม่ขัดขืนหรือโต้แย้ง ไม่รีบแก้ไขทันทีในสิ่งที่เขากำลังพูด

๒) หากสิ่งที่เขาพูดเป็นความเห็นผิดเราจะไม่รีบแก้ไข เพียงบอกในใจว่า เรามีโอกาสที่จะกลับไปให้ข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจใหม่ที่ถูกต้อง เพื่อแก้ไขความคิดเห็นที่ผิดในตัวเขาได้ด้วยกระบวนการสุนทรียสนทนาในแบบเดียวกัน

๓) การแก้ไขความคิดเห็นที่ผิด ต้องพูดด้วยวิธีการที่อ่อนโยน มีเมตตา ไม่ตำหนิ ไม่ติเตียน

๔) การจัดการในระหว่างช่วงโหมงการฟังอย่างลึกซึ้งหรือระหว่างสนทนา เมื่อเราตระหนักรู้ว่า หากเราแสดงออกด้วยความไม่สุภาพ ไม่ปรารถนา ไม่มีกุศโลบายและก่อให้เกิดความทุกข์ ความกดดันแก่ผู้อื่น เราควรกล่าวขอโทษอย่างจริงใจในทันที เมื่อสิ้นสุดการฟัง

การให้การบริการดูแลผู้ป่วย โดยทั่วไปผู้ให้บริการมักจะเคยชินกับการเป็นผู้พูดอยู่ฝ่ายเดียว แล้วให้คนไข้เป็นเพียงผู้ฟังและคล้อยตาม หรือ

ยอมรับกับสิ่งที่ผู้ให้บริการต้องการ โดยเราจะพบได้ตลอดเวลาว่า ผู้ป่วยมักแสดง “การปกป้องตัวเอง” (Defensive mechanism) หรือ การเอาตัวรอดจากการถูกตัดสินจากผู้ให้บริการที่มีอำนาจเหนือกว่า คือ การไม่พูดความจริง ทำให้ได้ข้อมูลปัญหาสุขภาพไม่ตรงกับข้อเท็จจริง

การฝึกฝนทักษะการฟังอย่างลึกซึ้งในรูปแบบของสุนทรียสนทนา จึงเป็นประตูด่านแรกของการสร้างความไว้วางใจ และสร้างความผูกพันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพกับผู้ป่วยหรือประชาชนในความรับผิดชอบ ซึ่งผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยหรือสหวิชาชีพควรตระหนักและฝึกฝนตนเองอย่างสม่ำเสมอ ดังนี้

๑) หลักของความเท่าเทียมกัน การสนทนาที่ดีและเป็นไปเพื่อการขัดเกลา นั้นต้องสลายอำนาจให้ทุกคนมีความเท่าเทียมกัน เพื่อที่จะให้เกิดการมีส่วนร่วมในกระแสด้านแห่งความคิดร่วมกัน

๒) หลักการรับฟังอย่างลึกซึ้งเมื่อมีคนกำลังพูด รวมถึงเรียนรู้ที่จะรับฟังเสียงแห่งความเจ็บที่เกิดขึ้นระหว่างการสนทนาในขณะที่ยังไม่มีผู้พูด โดยให้ถือว่าความเจ็บเป็นสิ่งปกติไม่จำเป็นต้องรู้สึกอึดอัดที่ไม่มีคนพูด

๓) หลักการเฝ้าดูจิตใจและความคิดที่เกิดขึ้นอย่างไม่ตัดสินว่าถูกหรือผิด เฝ้าสังเกตดูความคิดของตัวเองที่เกิดขึ้นใหม่ ประเมินความรู้ว่า อยากเข้าร่วมแลกเปลี่ยนหรือโต้แย้งความคิดเห็นของกลุ่มสนทนา

ดังนั้น การใช้สุนทรียสนทนายกับผู้ป่วย และการใช้สุนทรียสนทนาภายในทีมสุขภาพ จะเป็นเครื่องมือที่ใช้ฝึกฝนให้มีทักษะที่ดีเพิ่มขึ้นๆ จนกลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กร เพิ่มขีดความสามารถในการรับฟังผู้ป่วย สามารถเข้าถึงจิตใจ ความต้องการและดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น

ภาคผนวก จ.



คำสั่งกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ที่ ๕๒๕ /๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาการบูรณาการการแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตามที่ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๖ ตอนที่ ๕๖ ก เมื่อวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒ ซึ่งมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ เป็นต้นไป ในมาตรา ๓ กล่าวถึงผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์ เป็นหนึ่งในคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบกับกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีนโยบายพัฒนาการบูรณาการการแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพปฐมภูมิ นั้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงได้ออกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาการบูรณาการการแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่ และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๑ องค์ประกอบ

- | | |
|---|---------------|
| ๑.๑ นายปราโมทย์ เสถียรรัตน์ | ประธาน |
| รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | |
| ๑.๒ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ | รองประธาน |
| สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ หรือผู้แทน | |
| ๑.๓ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย | รองประธานร่วม |
| กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | |
| เลขาธิการราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือผู้แทน | |
| ๑.๔ นายโกเมนทร์ ทิวทอง | กรรมการ |
| รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ | |
| สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ | |
| ๑.๕ ผู้อำนวยการกองการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หรือผู้แทน | |
| ๑.๖ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ | กรรมการ |
| ผสมผสาน | |
| กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หรือผู้แทน | |
| ๑.๗ นางสาวศิริณา ศิริพร ณ ราชสีมา | กรรมการ |
| นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ | |
| โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น | |

๑.๙ นายพิทวัส...

- | | | |
|------|--|---------|
| ๑.๙ | หัวหน้าสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หรือผู้แทน | กรรมการ |
| ๑.๑๐ | นายพิทวัส เหล่าอุดม
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ | กรรมการ |
| ๑.๑๑ | นายอังคาร รัตนสีดา
นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร | กรรมการ |
| ๑.๑๒ | นางสารีผะ ชุมรักษา
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลตากใบ จังหวัดนราธิวาส | กรรมการ |
| ๑.๑๓ | นายสุขกมล สุขสว่างโรจน์
เภสัชกรชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี | กรรมการ |
| ๑.๑๔ | นางศิริรัตน์ พงษ์ธิปัญญา
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทล่่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ | กรรมการ |
| ๑.๑๕ | นางสาวมัชฌิมา ตรีนุชกร
แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น | กรรมการ |
| ๑.๑๖ | นางสีไพร พลอยทรัพย์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กองการแพทย์ทางเลือก
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| ๑.๑๗ | นายสมศักดิ์ กริชชัย
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กองวิชาการและแผนงาน
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| ๑.๑๘ | นางสุทิญญา เกิดโถ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กองวิชาการและแผนงาน
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| ๑.๑๙ | นางธารทิพย์ โคกดอกไม้
แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
กองวิชาการและแผนงาน
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |

๑.๒๐ นางสาวภัทริรา...

- | | |
|---|--------------------------------|
| ๑.๒๐ นางสาวภัทธีรา แรงกล้า
แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
กองวิชาการและแผนงาน
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| ๑.๒๑ นางอัจฉรา เขียวทอง
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สถาบันการแพทย์แผนไทย
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ
และเลขานุการ |
| ๑.๒๒ นางสาวเพ็ชร ภูมา
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถาบันการแพทย์แผนไทย
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑.๒๓ นางสาวอุบลรัตน์ มโนศิลป์
แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
สถาบันการแพทย์แผนไทย
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |

ข้อ ๒ หน้าที่และอำนาจ

- ๒.๑ จัดทำแนวทางการบูรณาการการแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- ๒.๒ ส่งเสริม สนับสนุน การดำเนินงานตามแนวทางการบูรณาการการแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- ๒.๓ กำกับ ติดตามการดำเนินงานตามแนวทางการบูรณาการการแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- ๒.๔ ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมอบหมาย


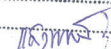

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓



(นายมรุต จิรเศรษฐสิริ)

อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

 ต.นาง
 จ.าง
 ก.ิมพ์

ภาคผนวก จ.

ภาพกิจกรรมการเริ่มต้นพัฒนาการบูรณาการการแพทย์แผนไทย ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ



➤ ทีมนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยนเรศวร สถาบันการแพทย์แผนไทย และ
สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ลงพื้นที่เยี่ยมเสริมพลัง คลินิกหมอครอบครัว
วัดโพธิ์ศรี รพ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร



➤ ทีมนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยนเรศวร สถาบันการแพทย์แผนไทย และ
สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ลงพื้นที่ที่คลินิกหมอครอบครัววัดโพธิ์ศรี
รพ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร



▶ สถาบันการแพทย์แผนไทย และสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ลงพื้นที่เยี่ยมเสริมพลัง คลินิกหมอครอบครัว รพ.สต.ไพรวัน อ.ตากใบ จ.นราธิวาส



▶ ทีมสหวิชาชีพ รพ.สต.วังยาง อ.คลองขลุง จ.กำแพงเพชร มีการจัด
กระบวนการเรียนรู้ และมีการบูรณาการระบบการแพทย์แผนไทยเข้าสู่บริการ
คลินิกหมอครอบครัววัดโพธิ์ศรี รพ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร



➤ คลินิกหมอครอบครัว รพ.หล่มเก่า จ.เพชรบูรณ์ มีการริเริ่มกระบวนการบูรณาการระบบการแพทย์แผนไทย ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ด้วยการประยุกต์ใช้สมาธิบำบัด (SKT)



➤ รพ.สต.เกษตรถาวร อ.กาบเชิง จ.สุรินทร์ มีการจัดระบบทีมหมอครอบครัวลงชุมชน มีในลักษณะสหวิชาชีพมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีแพทย์แผนไทยเป็นทีมสหวิชาชีพที่ร่วมให้การดูแลประชาชน

