

ความเห็นพ้องของนิยามการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญไทย ด้วยการใช้เทคนิคนอมินัลกรุป
**A Consensus-based Definition on Chronic Care Model of
Type 2 Diabetic Patients
among Thai Experts Using Nominal Group Technique**

อาทิตยา วังวนสินธุ์*, นิตรา กิจธีระวุฒิวงษ์**, ภูดิท เตชาติวัฒน์**, ดวงฤดี ลาสุกะ***

*นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

***คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Artittaya Wangwonsin*, Nithra Kitreerawutiwong, Phudit Tejativaddhana**,
Duangruedee Lasuka*****

*Dr.PH. candidate, Faculty of Public Health, Naresuan University

**Faculty of Public Health, Naresuan University

***Faculty of Nursing, Chiang Mai University

บทคัดย่อ

นับแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) สามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยหลักฐานที่ตีพิมพ์ทั้งหมดเป็นการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา นิวซีแลนด์และออสเตรเลีย ซึ่งถือว่าเป็นประเทศที่มีทรัพยากรทางสุขภาพที่มีความพร้อมโดยเฉพาะที่มดูแลสุขภาพ อย่างไรก็ตามหากมีการนำนิยามการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากประเทศที่พัฒนาแล้วมาใช้ในประเทศไทย ซึ่งเป็นประเทศที่กำลังพัฒนาและความแตกต่างในเชิงบริบทด้านวัฒนธรรมและสังคมต่างจากประเทศตะวันตก อาจจะทำให้เกิดความเข้าใจความหมายที่ผิดพลาด ดังนั้น การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้ในบริบทของประเทศไทย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจความหมายดังกล่าว โดยความเห็นพ้องของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญไทย และมีการบันทึกอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานิยามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านเบาหวานทั้งหมด 12 ท่าน ได้รับการคัดเลือกเข้ามาในการศึกษานี้ ด้วยการใช้เทคนิคนอมินัลกรุป ซึ่งกระบวนการนี้ดำเนินการทั้งการจัดประชุม การสื่อสารทางไปรษณีย์ และจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและการจัดลำดับ

ผลการศึกษาพบว่านิยามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การจัดองค์การดูแลสุขภาพ 2) การสนับสนุนการดูแลตนเอง 3) การออกแบบระบบบริการ 4) การสนับสนุนการตัดสินใจ 5) การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร และ

6) การใช้ทรัพยากรสิ่งสนับสนุน และการมีส่วนร่วมของชุมชน และมืองค์ประกอบย่อยรวมทั้งสิ้น 25 องค์ประกอบ

ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการออกแบบการบริการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานชนิดที่ 2 เทคนิคนอมินัลกรุป

Abstract

Up until present, it is discovered from empirical evidences that Chronic Care Model (CCM) can improve the quality of health care service. The evidences used to support this notion can be seen drawing from the research conducted in many developed countries like America, Canada, New Zealand and Australia. These countries have been regarded as having high quality of health care system. However, to use the same definition of caring from developed countries to explain the health care process in other counties like Thailand, it would be misleading. This is because Thailand has different socio-cultural context from western countries. Hence, in the context of Thailand, applying CCM will require a consensual and explicit definition among Thai experts, especially for a specific group of patients who has type 2 diabetes mellitus. This study aimed to develop a definition for documentation of chronic care model of type 2 diabetes mellitus.

Twelve Thai experts in the field of Diabetes Mellitus were recruited in this study. A nominal group technique was conducted. The processes were performed using plenary meeting, postal mail, and email based communication. Content analysis and ranking were carried out for data analysis.

The result revealed that the definition of CCM among type 2 diabetic patients was divided into 6 dimensions consisting of 1) Health care organization, 2) Self - management support, 3) Delivery system design, 4) Decision support, 5) Information system, and 6) Community resources and health participations with a total of 25 sub-dimensions.

These definitions will provide a design of type 2 diabetes care service that aligns with CCM.

Keywords : Chronic Care Model, Type 2 Diabetes Mellitus, Nominal Group Technique

บทนำ

โรคไม่ติดต่อ หรือโรคเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก^{1, 2} พบมีอัตราป่วยถึงร้อยละ 60 ของโรคที่พบทั้งหมด³ และมีแนวโน้มสูงขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา⁴ โดยเฉพาะโรคเบาหวานถึงแม้จะมีอัตราป่วยน้อยกว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด⁵ แต่ผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็นเหตุให้มีอัตราตาย พิกการ^{5, 6} และเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าโรคเรื้อรังอื่นๆ⁷ นักวิชาการพยายามพัฒนารูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง⁸ ซึ่งแตกต่างจากระบบการดูแลโรคติดต่อหรือภาวะเฉียบพลัน ทั้งนี้เนื่องจากโรคเรื้อรังมีสาเหตุจากหลายปัจจัย มีความซับซ้อนหลายมิติ^{9, 10} เกี่ยวข้องกับอายุ พันธุกรรม พฤติกรรม วิถีชีวิต และสิ่งแวดล้อม¹⁰ และมีหลักฐานเชิงประจักษ์บ่งชี้ว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพ¹¹

อย่างไรก็ตาม การนิยามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการกำหนดนิยามในต่างประเทศและพัฒนาเพื่อใช้กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรวมถึงภาวะเรื้อรังต่างๆ เช่น ข้อเข่าเสื่อม โรคเอตส์ พิกการ ฯลฯ ซึ่งแต่ละโรคมีคุณลักษณะเฉพาะของการเกิดโรค การดำเนินของโรค การรักษา การควบคุมโรคและความต้องการการดูแลที่อาจเหมือนกันหรือต่างกัน โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่การควบคุมโรคขึ้นอยู่กับจัดการพฤติกรรมสุขภาพแบบวันต่อวันเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

การจัดการกับภาวะน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยแบบวันต่อวัน การมีนิยามเฉพาะโรคจะทำให้สามารถกำหนดขอบเขตการจัดบริการสุขภาพได้ครอบคลุม ถูกหลักการและมีคุณภาพ ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการนิยามการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง⁵ ประเทศอื่น เช่น แคนาดา นิวซีแลนด์ เยอรมนี ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ และเบลเยียม ได้นำนิยามนี้ไปใช้ในการปรับปรุงบริการ¹² ซึ่งล้วนเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว และยังพบว่า

มีการนำเครื่องมือประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้ในประเทศดังกล่าว พบว่ามีองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากมีโครงสร้างทีมดูแลที่แตกต่างกัน¹³ การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พัฒนาในประเทศที่พัฒนามาใช้ในประเทศกำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย จึงต้องสร้างนิยามที่สอดคล้องกับบริบทของบริการสุขภาพของประเทศไทยก่อนนำไปกำหนดรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม

นิยามการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นการให้ความหมาย ขอบเขต แนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังประเภทต่างๆ ในการวิจัยนี้ ต้องการสร้างนิยามการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใช้กระบวนการระดมความคิดเห็นและการตัดสินใจเห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน ซึ่งมีหลายวิธีการ ได้แก่ การสัมมนาระดมความเห็น เทคนิคเดลฟาย และเทคนิคคนอมินัลกรุป (Nominal Group Technique: NGT)^{14, 15} ซึ่งแต่ละเทคนิคมีจุดเด่นจุดด้อยต่างกัน ข้อดีวิธีการเดลฟายคือผู้เชี่ยวชาญไม่ต้องเผชิญหน้ากันแต่ใช้ระยะเวลานาน วิธีการสัมมนาระดมความเห็นยังอาจพบเห็นอิทธิพลจากผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น เนื่องจากการเผชิญหน้ากันโดยตรง เทคนิคคนอมินัลกรุป เหมาะกับประเด็นที่มีผู้เกี่ยวข้องหลากหลาย ทั้งระดับวิชาการ นโยบายระดับปฏิบัติงาน และผู้ที่มีประสบการณ์ตรงโดยที่ผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ เนื่องจากทุกท่านแสดงความเห็นในข้อคำถามได้อย่างอิสระ ผู้วิจัยรวบรวมผลการแสดงความคิดเห็นแล้วนำเสนอในขั้นตอนการประชุม การอภิปรายจะเปิดโอกาสให้มีการชี้แจงทำความเข้าใจกับ ความหมายในประเด็นต่างๆให้ชัดเจน ผู้เชี่ยวชาญมีโอกาสไตร่ตรองมากขึ้นเนื่องจากการดำเนินการหลายขั้นตอน และลงความเห็นกลับไปกลับมาในประเด็นเดิมมากกว่า 1 ครั้ง^{14, 15} ซึ่งจะช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญ

พิจารณาถึงความเห็นที่รอบคอบมากขึ้นเมื่อลงความคิดเห็นในครั้งสุดท้าย ทำให้ข้อมูลที่ได้เป็นคำตอบที่น่าเชื่อถือ¹⁶ เมื่อเปรียบเทียบแล้วพบว่าเทคนิคคอมินัลกรุปดีกว่าวิธีเดลฟาย ระดมสมองประชุมกลุ่ม และนิยมใช้เทคนิคคอมินัลกรุปในการแพทย์และสาธารณสุข¹⁷

ผู้วิจัยเลือกใช้เทคนิคคอมินัลกรุป โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย เป็นกรอบในการวิจัย กำหนดกรอบการศึกษาที่เน้นมุมมองของการดูแลสุขภาพระดับอำเภอ (District health system) ประโยชน์จากการวิจัยนี้ทำให้ได้นิยามการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการและออกแบบบริการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การทบทวนวรรณกรรม

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มี 3 รูปแบบ¹⁸ ได้แก่ 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM)⁸ 2) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model: ECCM)¹⁹ 3) กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions Framework: ICCF)²⁰ รูปแบบที่ 2 และ 3 พัฒนามาจากรูปแบบที่ 1 เน้นการดำเนินงานในระดับปฐมภูมิ มีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือการมุ่งสู่ผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนที่แตกต่างคือ CCM เน้นที่การดูแลระดับบุคคล ECCM เน้นการดูแลทั้งระดับบุคคลและประชากร และ ICCF เน้นไปที่ชุมชนและนโยบายเป็นการเข้าถึงเชิงระบบวงกว้างเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพเรื้อรังในประชากร²¹

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมี 6 องค์ประกอบ¹⁸ ได้แก่ 1) ระบบสุขภาพ 2) การสนับสนุนการดูแลตนเอง 3) การออกแบบระบบบริการ 4) การสนับสนุนการตัดสินใจ 5) การจัดระบบข้อมูล

6) ชุมชน ในการวิจัยนี้ขอใช้คำว่า “รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง” เพื่อสื่อความหมายเข้าใจได้ทั่วไปมากกว่า ECCM

วิธีการศึกษา

ใช้กระบวนการระดมความเห็นและการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญด้วยเทคนิคคอมินัลกรุป ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 คัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับประเด็นและมีประสบการณ์ตรงในพื้นที่หรือปัญหานั้น²² ดังนี้

1) ผู้เชี่ยวชาญระดับนโยบาย นำรายชื่อผู้เชี่ยวชาญระดับนโยบาย และเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายด้านการดูแลโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป

2) ผู้เชี่ยวชาญทางวิชาการ นำรายชื่อผู้ที่มีผลงานวิชาการด้านการดูแลโรคเรื้อรัง และมีผลงานทางวิชาการเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่ได้รับการตีพิมพ์ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา²³

3) ผู้เชี่ยวชาญระดับปฏิบัติการ นำรายชื่อมาจากผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานภาครัฐที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างน้อย 2 ปี

4) ผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รักษาด้วยยารับประทานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เป็นเบาหวานอย่างน้อย 3 ปี ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวผู้ป่วยผ่านการปรับตัวกับความเจ็บป่วย สามารถจัดการกับสถานการณ์ในการเผชิญกับความเจ็บป่วยตามทฤษฎีการปรับตัวของการเจ็บป่วย²⁴

วิธีการคัดเลือก นำรายชื่อตามที่กำหนดคุณสมบัติอย่างน้อย 5 คน แล้วเรียงลำดับผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มากกว่าไว้อันดับแรกและรองลงมา โดยติดต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 อันดับแรกในเบื้องต้น หากไม่สามารถมาร่วมประชุมได้จะเลือกอันดับต่อไป ได้ผู้เชี่ยวชาญดังนี้ 1)ระดับนโยบาย

ระดับชาติ 2 ท่าน และระดับจังหวัด 1 ท่าน 2) ระดับวิชาการ 3 ท่าน 3) ระดับปฏิบัติการ 4 ท่าน เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 3 ท่าน และ 4) ผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 2 ท่าน โดยเป็นผู้มีผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) น้อยกว่า 7

1.2 ติดต่อผู้เชี่ยวชาญทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ไปรษณีย์ และโทรศัพท์โดยดำเนินการวิจัยหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 55 02 03 0004

โดยสรุปผู้เชี่ยวชาญมีจำนวน 12 ท่าน สามารถเข้าร่วมประชุมทั้งหมด 11 ท่าน อีก 1 ท่านไม่ได้เข้าร่วมประชุมเนื่องจากมีภารกิจ แต่ได้เสนอแนะข้อคิดเห็นเข้าสู่กระบวนการอภิปรายด้วย

2. ขั้นตอนการ

2.1 ก่อนวันประชุมผู้วิจัยส่งเอกสารทางไปรษณีย์ให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการและเอกสารร่างนิยามฯ ที่สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม

2.2 การเตรียมห้องประชุม จัดโต๊ะประชุมรูปตัว U (U-shaped)²⁵ ขนาดใหญ่ 1 โต๊ะ มีเก้าอี้ 11 ที่หน้าเวทีประกอบด้วยจอโปรเจกเตอร์ และกระดาษฟลิปชาร์ต ผู้ที่ร่วมประชุมเลือกที่นั่งอย่างอิสระ แต่ละที่นั่งมีไมโครโฟน

ดำเนินการประชุมเดือนกรกฎาคม 2555 ตั้งแต่ 09.10-12.20 น. เวลาที่ใช้ 3 ชั่วโมง 10 นาที ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และการดำเนินการแต่ละขั้นตอน และขอให้ผู้เชี่ยวชาญอ่านข้อมูลคำแนะนำสำหรับผู้เชี่ยวชาญก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Consent form)

2.3 ขั้นตอนดำเนินการกระบวนการในการหาฉันทามติโดยใช้เทคนิคโนมินัลกรุป ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างประเด็นความคิดเห็น (Silent generate ideas) ผู้เชี่ยวชาญเขียนความเห็นนิยามการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเริ่ม

ที่องค์ประกอบที่ 1 ด้วยตนเองในกระดาษขนาด 3*5 นิ้ว แล้วนำความคิดเห็นทั้งหมดมารวมกัน

ขั้นตอนที่ 2 นำความคิดเห็นทั้งหมดมารวมกัน (Listing of ideas) นำข้อคิดเห็นทุกข้อมาเขียนในแผ่นกระดาษขนาดใหญ่ (Flip chart) ที่ทุกท่านสามารถมองเห็น เพื่อนำไปสู่การอภิปรายร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3 อภิปรายกลุ่มโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ (Panel meeting) ผู้เชี่ยวชาญร่วมแสดงความเห็นจากข้อคิดเห็นทั้งหมดทุกข้อ โดยไม่มีระบุว่าเป็นข้อคิดเห็นนี้ได้มาจากท่านใด ประเด็นที่ต้องอภิปรายร่วมกันคือ ความสำคัญ ความหมาย และขอบเขต ตัดข้อคิดเห็นที่ซ้ำรวมกันและเขียนให้มีความหมายครอบคลุมความคิดเห็นนั้น ผลจากการอภิปรายได้ประเด็นสำคัญ (Keywords) ซึ่งเป็นองค์ประกอบย่อยขององค์ประกอบที่ 1 ผู้วิจัยบันทึกผลในเอกสารและบันทึกเสียง การระดมความคิดเห็นดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 - 3 จนครบ 6 องค์ประกอบ

ขั้นตอนที่ 4 ตัดสินความเห็นด้วยตนเอง (Voting) ผู้วิจัยส่งสรุปนิยามทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และทางไปรษณีย์ ที่มีรายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้ 1) ประเด็นสำคัญที่เป็นองค์ประกอบย่อย 2) ข้อความที่แสดงความหมายและขอบเขตของประเด็นสำคัญพร้อมมีช่องว่างให้ปรับปรุงแก้ไข และอีก 1 ช่องท้ายสุดให้ผู้เชี่ยวชาญลงคะแนน โดยให้คะแนนเรียงลำดับมากที่สุดในข้อที่มีความสำคัญมากที่สุดต่อองค์ประกอบนั้น และให้ค่าคะแนนในข้อที่เห็นว่ามีความสำคัญรองลงมาตามลำดับ ข้อที่ได้ค่าคะแนนน้อยที่สุด คือข้อที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่ามีความสำคัญน้อยที่สุดต่อองค์ประกอบนั้น นำผลการให้คะแนนมาเรียงลำดับและแจ้งผลให้ผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งนำเสนอผลการปรับปรุงแก้ไขข้อความ

ผลการศึกษา

กระบวนการเทคนิคนอมินัลกรุปดำเนินการในทุกองค์ประกอบ เริ่มจากองค์ประกอบที่ 1 ดังนั้นขั้นตอนที่ 1-3 จึงดำเนินไปพร้อม ๆ กัน โดยในขั้นตอนที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญอ่านร่างนิยามที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมไว้ และเสนอประเด็นเพิ่ม ในช่วงแรกของการจัดกระบวนการต้องใช้เวลากับการสร้างความเข้าใจให้ตรงกันกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรค

เรื้อรังโดยเฉพาะเรื่องการจัดวางองค์ประกอบที่มีการทับซ้อนกัน โดยองค์ประกอบที่ 2-4 อยู่ภายใต้องค์ประกอบที่ 1 ซึ่งใช้เวลาถึง 1 ชั่วโมงจึงแล้วเสร็จในองค์ประกอบที่ 1 ผลการให้นิยามการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญ เปรียบเทียบกับ CCM รูปแบบเดิม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 นิยามการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการใช้เทคนิคนอมินัลกรุปของผู้เชี่ยวชาญ

นิยาม CCM จากการทบทวนวรรณกรรม	นิยาม CCM สำหรับผู้ป่วยเบาหวานจากความเห็นพ้อง	การเปลี่ยนแปลงและเหตุผล
องค์ประกอบที่ 1 ระบบสุขภาพ (Health system: HS) นิยาม หมายถึง หน่วยบริการจัดโครงสร้าง บริการสุขภาพ ปรับปรุงสถานบริการทุกระดับโดยการนำทีมของผู้เชี่ยวชาญ เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สนับสนุนการจัดการปัญหาอย่างเป็นระบบ ให้บริการบนพื้นฐานคุณภาพการดูแลและทีมดูแลมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องร่วมกัน องค์ประกอบย่อย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1. พัฒนาระบบโดยการนำทีมของผู้เชี่ยวชาญ 2. ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม แบบองค์รวม	องค์ประกอบที่ 1 การจัดองค์การดูแลสุขภาพ (Health care organization: HCQ) นิยาม หมายถึง หน่วยบริการมีนโยบาย ดำเนินการมีมาตรฐานในการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ มีการจัดสรรทรัพยากรบุคคล งบประมาณ วัสดุ และสิ่งของที่เอื้ออำนวยให้สามารถจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผลการดำเนินงานโดยให้ความสำคัญกับมิติการดูแลทั้งทางกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม องค์ประกอบย่อย 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1. มีนโยบายของหน่วยงานที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ 2. มีการจัดการทรัพยากรบุคคล	1. เปลี่ยนชื่อองค์ประกอบให้มีความหมาย เฉพาะเจาะจงและชัดเจนในภาษาไทย 2. องค์ประกอบใหม่เน้นองค์ประกอบย่อยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการองค์กร (นโยบาย ทรัพยากร และการควบคุมกำกับ ประเมินผล) มากกว่าเน้นมาตรฐานของบริการ โดยนำองค์ประกอบย่อยของ CCM เดิมที่เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับมาตรฐานบริการ การจัดทีมดูแล การดูแลแบบองค์รวม นำไปบรรจุในองค์ประกอบที่ 3 (การออกแบบบริการ) ทั้งนี้เนื่องจาก องค์ประกอบที่ 3 ยังอยู่ภายใต้โครงสร้าง องค์ประกอบนี้เช่นเดิม แต่จัดแยกองค์ประกอบไว้เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการดำเนินการ 3. นำเรื่องมาตรฐานการบริการที่มีคุณภาพนำไปไว้ใน CCM ใหม่ องค์ประกอบที่ 4 (การสนับสนุนการตัดสินใจ)

ตารางที่ 1 นิยามการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการใช้เทคนิคคอมมิวนัลกรุ๊ปของผู้เชี่ยวชาญ (ต่อ)

นิยาม CCM จากการทบทวนวรรณกรรม	นิยาม CCM สำหรับผู้ป่วยเบาหวานจากความเห็นพ้อง	การเปลี่ยนแปลงและเหตุผล
3. มีการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบเชื่อมต่อกันระหว่างหน่วยบริการต่าง ๆ จนถึงชุมชน 4. มีมาตรฐานการบริการที่มีคุณภาพ 5. จัดทีมดูแลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังอย่างเป็นระบบ	3. มีการจัดการทรัพยากร งบประมาณ วัสดุ และสิ่งของ 4. การควบคุม กำกับ และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน	
องค์ประกอบที่ 2 การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self - management support: SMS) นิยาม หมายถึง กระบวนการ/วิธีการสร้างพลัง (Empowerment) ให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ และความเชื่อมั่นในการจัดการกับภาวะเรื้อรังด้วยตนเอง ให้ความสำคัญกับการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล เน้นความร่วมมือของผู้ป่วย องค์ประกอบย่อย 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1. สนับสนุนการตั้งเป้าหมายการรักษา 2. สนับสนุนการวางแผนปฏิบัติตน 3. สนับสนุนการแก้ปัญหา 4. การติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับโรคหรือภาวะอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง	องค์ประกอบที่ 2 การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self - management support: SMS) นิยาม หมายถึง กระบวนการที่ดำเนินการให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) การจัดการตนเองของผู้ป่วย และ 2) การสนับสนุนการจัดการตนเองของทีมผู้ให้บริการ องค์ประกอบย่อย 2 องค์ประกอบ ดังนี้ 1. การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 2. การสนับสนุนการจัดการตนเองจากผู้ให้บริการ	1. ยังคงแนวทางการสนับสนุนการดูแลตนเองเช่นเดียวกับ CCM เดิม แต่มีการแบ่งส่วนการดำเนินการสนับสนุนที่ชัดเจนเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของผู้ป่วยและส่วนของทีมผู้ให้บริการ ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา/การสนับสนุนแตกต่างกัน

ตารางที่ 1 นิยามการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการใช้เทคนิคนอมนัลกรู๊ปของ ผู้เชี่ยวชาญ (ต่อ)

นิยาม CCM จากการทบทวนวรรณกรรม	นิยาม CCM สำหรับผู้ป่วยเบาหวานจากความเห็นพ้อง	การเปลี่ยนแปลงและเหตุผล
องค์ประกอบที่ 3 การออกแบบระบบบริการ (Delivery system design: DSD) นิยาม หมายถึง การออกแบบระบบการดูแลที่เหมาะสมกับการดูแลต่อเนื่อง (Continuity) ในสถานบริการทุกระดับและชุมชน โดยทีมดูแลที่กำหนดบทบาทและแบ่งหน้าที่ระหว่างสมาชิกในทีมให้การดูแลอย่างมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างผู้ป่วยและทีมดูแลบนพื้นฐานข้อมูลระดับบุคคล (Evidence-based care) ที่เข้าใจผู้ป่วยและสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย องค์ประกอบย่อย 6 องค์ประกอบดังนี้ 1. กำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในทีมให้ชัดเจน 2. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง เชื่อมกับเครือข่ายทุกระดับ 3. ให้บริการ Self - management support ทุกราย และกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงให้บริการแบบ Case management 4. กำหนดมาตรฐานแนวทางการดูแล (Clinical practice guideline: CPG) 5. ให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล	องค์ประกอบที่ 3 การออกแบบระบบบริการ (Delivery system design: DSD) นิยาม หมายถึง หน่วยงานมีการออกแบบการดูแลที่มีแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ยึดผู้ป่วยและประชากรเป็นฐาน สร้างการมีส่วนร่วมและบูรณาการการดูแล บนพื้นฐานการดูแลที่ดูแลทั้งมิติทางกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีของทีมดูแลกับผู้ให้บริการ และเชื่อมโยงการดูแลทุกระดับบริการ องค์ประกอบย่อย 6 องค์ประกอบดังนี้ 1. มีการวางแผนการดูแลที่ต่อเนื่อง 2. ยึดผู้ป่วยเบาหวานและประชากรเป็นฐานในการดูแล 3. ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยเบาหวาน 4. สร้างการมีส่วนร่วมและบูรณาการการดูแล (Integrated care) บนพื้นฐานการดูแลที่ดูแลทั้งมิติทางกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม 5. ทีมสหวิชาชีพร่วมมือกันดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมตามความจำเป็นราย	1. มีการใช้คำขององค์ประกอบย่อยที่แตกต่างจาก CCM เดิม แต่มีเนื้อหาการดำเนินการที่คล้ายกันในประเด็นของการออกแบบบริการ แต่มีองค์ประกอบย่อยเพิ่มขึ้น ได้แก่ การสร้างการมีส่วนร่วมและบูรณาการการดูแล (Integrated care) บนพื้นฐานการดูแลที่ดูแลทั้งมิติทางกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม อาจแตกต่างไปจาก CCM เดิม ทั้งนี้เนื่องจากบริบทไทยมีการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานมานาน มีความชัดเจนเรื่องบทบาทของชุมชน องค์กรอื่น ๆ ในการมีส่วนร่วมดำเนินการจัดการสุขภาพ 2. การกำหนดมาตรฐานแนวทางการดูแล ไม่มีในองค์ประกอบนี้ แต่บรรจุไว้ในองค์ประกอบที่ 4 การสนับสนุนการตัดสินใจ ทั้งนี้เพื่อลดความซ้ำซ้อน

ตารางที่ 1 นิยามการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการใช้เทคนิคคนอมนักรูปร่างของผู้เชี่ยวชาญ (ต่อ)

นิยาม CCM จากการทบทวนวรรณกรรม	นิยาม CCM สำหรับผู้ป่วยเบาหวานจากความเห็นพ้อง	การเปลี่ยนแปลงและเหตุผล
6. สร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมดูแลกับผู้ป่วย องค์ประกอบที่ 4 การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support: DS) นิยาม หมายถึง การกำหนดแนวทางในการตัดสินใจดูแลบนพื้นฐานข้อมูลของผู้ป่วย (Evidence-base guideline) เป็นแนวทางการปฏิบัติงานทางคลินิก มีการแลกเปลี่ยนแนวทาง และข้อมูลกับผู้ป่วย โดยทีมดูแล เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการรักษาและการดูแลตนเอง ในขณะเดียวกันทีมดูแลต้องได้รับการสนับสนุนการศึกษา การให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเพิ่มทักษะของทีมในการหาวิธีการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย องค์ประกอบย่อย 3 องค์ประกอบดังนี้ 1. แนวทางปฏิบัติงานทางคลินิกที่อาศัยข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลเป็นแนวทางในการตัดสินใจดูแล (Evidence-base guideline) 2. ทีมดูแลแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วย เพื่อให้ทางเลือกในการตัดสินใจ 3. เพิ่มทักษะของทีมดูแลโดยการ	บุคคล 6. มีการเชื่อมโยงบริการทุกระดับ องค์ประกอบที่ 4 การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support: DS) นิยาม หมายถึง การที่หน่วยบริการมีแนวทางการดูแลทางเวชปฏิบัติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตผู้ป่วย และอยู่ในวิถีปฏิบัติของผู้ให้บริการ มีการให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ มีการสนับสนุนทางเลือกและตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย และมีระบบการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ให้บริการและผู้ป่วย องค์ประกอบย่อย 4 องค์ประกอบดังนี้ 1. มี Clinical practice guideline: CPG ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตผู้ป่วย และอยู่ในวิถีปฏิบัติของผู้ให้บริการ 2. มีการให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ ระหว่างผู้ให้บริการและระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยเบาหวาน	การเปลี่ยนแปลงและเหตุผล 1. องค์ประกอบย่อยข้อที่ 1 มีเนื้อหาที่คล้ายกันกับ CCM เดิมคือ เน้นการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) สำหรับผู้ป่วยเพียงแต่ CCM สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ให้มีความสำคัญกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่มีผลต่อการจัดการโรคด้วย ในขณะที่ CCM เดิมนั้นผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างเดียว 2. องค์ประกอบย่อย การให้ข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ CCM สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน มีเนื้อหาที่คล้ายเดิม แต่เพิ่มรายละเอียดให้ชัดเจนมากขึ้น 3. CCM สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เน้นการมีระบบให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ โดยแบ่งให้มีความชัดเจนระหว่างระบบการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยและระบบสำหรับผู้ให้บริการ นอกจากนี้ เนื้อหาของ CCM เดิมเน้นการเพิ่มทักษะของทีมดูแล แต่ CCM สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน นำเรื่องการพัฒนาทักษะบุคลากรไปไว้ในองค์ประกอบที่ 2 องค์ประกอบย่อยเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะของผู้ให้บริการเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเอง

ตารางที่ 1 นิยามการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการใช้เทคนิคคนอัมรินทร์กรุปของ
ผู้เชี่ยวชาญ (ต่อ)

นิยาม CCM จากการทบทวนวรรณกรรม	นิยาม CCM สำหรับผู้ป่วยเบาหวานจากความเห็นพ้อง	การเปลี่ยนแปลงและเหตุผล
ฝึกอบรม และคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เกิดการตัดสินใจที่ดีในการดูแลผู้ป่วย	3. สนับสนุนทางเลือกและตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย เบาหวาน 4. ระบบการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ ทั้งของผู้ให้บริการและผู้ป่วยเบาหวาน	
องค์ประกอบที่ 5 การจัดระบบข้อมูล (Information system: IS) นิยาม หมายถึง การที่หน่วยบริการมีระบบข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วย ที่จำเป็นต่อการตัดสินใจดูแลรักษาของทีมดูแลและผู้ป่วย ช่วยในการวางแผน การดูแลรายบุคคล และกลุ่มประชากรเพื่อการ ดำเนินการเชิงรุก มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย การกระตุ้นเตือนการนัดหมาย การตรวจทางห้องปฏิบัติ การ เฝ้าระวังภาวะเสี่ยงทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วย และควบคุมการดำเนินงานของทีมและระบบสุขภาพ	องค์ประกอบที่ 5 การจัดระบบข้อมูล (Information system: IS) นิยาม หมายถึง หน่วยบริการต้องมีระบบฐานข้อมูลระดับบุคคล ประชากร และสิ่งแวดล้อมที่ครอบคลุมภาวะสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการจัดการกับโรค (Disease management) อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการ ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย และระหว่างหน่วยบริการทุกระดับจนถึงชุมชน มีระบบการให้คำปรึกษา เพื่อสร้างความร่วมมือและสนับสนุนการตัดสินใจสนับสนุนทางเลือกต่างๆ ในการดูแลสุขภาพ	1. ในองค์ประกอบนี้ CCM เดิมเน้นการใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน (Hospital base) แต่ CCM สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ได้จากความเห็นพ้องของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเน้นประชากรเป็นฐานในการดูแล (Population base) 2. องค์ประกอบย่อยที่เพิ่มขึ้นได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพของประชาชน
องค์ประกอบย่อย 5 องค์ประกอบดังนี้ 1. มีระบบข้อมูลของผู้ป่วยทุกราย 2. ระบบแยกกลุ่มประชากร/ กลุ่มเสี่ยง เพื่อดำเนินการเชิงรุกตามความจำเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม	องค์ประกอบย่อย 6 องค์ประกอบดังนี้ 1. มีระบบฐานข้อมูลระดับบุคคล ประชากร และสิ่งแวดล้อม ที่ครอบคลุมภาวะสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการจัดการกับโรค	

ตารางที่ 1 นิยามการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการใช้เทคนิคคนอมีนัลกรุปของผู้เชี่ยวชาญ (ต่อ)

นิยาม CCM จากการทบทวนวรรณกรรม	นิยาม CCM สำหรับผู้ป่วยเบาหวานจากความเห็นพ้อง	การเปลี่ยนแปลงและเหตุผล
3. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย 4. มีระบบกระตุ้นเตือนทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ 5. มีระบบการนัดหมายเพื่อการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเฝ้าระวังทางสุขภาพ ฯลฯ	(Disease management) อย่างมีประสิทธิภาพ 2. การเชื่อมโยงข้อมูล และแลกเปลี่ยนข้อมูล 3. การนำข้อมูลมาใช้ในการบริการรายบุคคลและรายกลุ่ม 4. การนำข้อมูลมาใช้ในการจัดบริการ (การบริหารจัดการ) 5. การนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ 6. การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพของประชาชน	
องค์ประกอบที่ 6 ชุมชน (Community linkage: CL) นิยาม หมายถึง การส่งเสริมความสามารถของชุมชนให้สามารถดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเอง มีการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี และมีนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ องค์ประกอบย่อย 3 องค์ประกอบดังนี้ 1. สร้างความเข้มแข็งให้องค์กรหรือกลุ่มต่างๆ เข้ามามีบทบาท	องค์ประกอบที่ 6 การใช้ทรัพยากร สิ่งสนับสนุน และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community resources and health participations: CRHP) นิยาม หมายถึง การที่ชุมชนรับรู้ และเข้าใจปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน และเป็นผู้ดำเนินการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนในชุมชนได้เอง มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ รวมทั้งมีมาตรการในการจัดการกับภาวะสุขภาพของคนในชุมชน องค์ประกอบย่อย 3 องค์ประกอบดังนี้ 1. ความเป็นเจ้าของ (Ownership) ของชุมชนในการจัดการกับสุขภาพ	1. องค์ประกอบย่อยของ CCM เดิม เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามกฎบัตรรอตาว่า โดยองค์ประกอบย่อยข้อ 1 สร้างความเข้มแข็งให้องค์กรหรือกลุ่มต่างๆ นั้น ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า บริบทของประเทศไทย ชุมชนมีความเข้มแข็งอยู่แล้ว ควรเปลี่ยนเป็นการส่งเสริมให้ชุมชนเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินการ (Ownership) แทน 2. ส่วนองค์ประกอบย่อยด้านส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี และการผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ นั้นยังคงไว้เช่นเดิมแต่เปลี่ยนการใช้คำ “ผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะ” เป็น “มาตรการของ

ตารางที่ 1 นิยามการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการใช้เทคนิคคนอุมินัลกรุปของ ผู้เชี่ยวชาญ (ต่อ)

นิยาม CCM จากการทบทวนวรรณกรรม	นิยาม CCM สำหรับผู้ป่วยเบาหวานจากความเห็นพ้อง	การเปลี่ยนแปลงและเหตุผล
ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีเครือข่าย, ชมรมฯ ที่ช่วยเหลือกัน 2. ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี เน้นส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 3. ผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ รวมถึงสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน	2. การสนับสนุนสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อสุขภาพ 3. มาตรการของชุมชนที่เอื้อต่อสุขภาพ “ชุมชน” ไม่ได้หมายถึงหมู่บ้านอย่างเดียว แต่หมายถึง กลุ่มคนที่รวมกัน เช่น กลุ่มผู้ป่วย กลุ่ม อสม. กลุ่มคนทำงานโรงงาน/สำนักงาน กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ชมรมสุขภาพต่างๆ ฯลฯ	ชุมชนที่เอื้อต่อสุขภาพ” ที่สื่อความหมายได้เข้าใจมากกว่า

อภิปรายผล

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญทุกระดับตั้งแต่ระดับนโยบาย ระดับวิชาการ ระดับปฏิบัติงานรวมถึงผู้มีประสบการณ์เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ได้ความคิดเห็นที่หลากหลายในการหาฉันทมติหรือความเห็นพ้องด้วยการใช้เทคนิคคนอุมินัลกรุป ซึ่งเป็นเทคนิคที่ใช้ในกระบวนการระดมความเห็นและตัดสินใจที่ผู้เชี่ยวชาญอภิปรายความเห็นร่วมกันและลงความเห็นโดยการจัดลำดับคะแนนด้วยตนเอง เป็นการลดอิทธิพลจากผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น อย่างไรก็ตามการจัดกระบวนการเทคนิคคนอุมินัลกรุป กลุ่มควรมีขนาดพอเหมาะไม่เกิน 5-9 คน หากมากกว่าควรแยกอีกกลุ่มหนึ่ง¹⁴ แต่เนื่องจากลักษณะห้องประชุมที่กว้างมากและมีผู้ร่วมประชุม 11 ท่าน จึงจัดโต๊ะประชุมรูปตัวยู 1 โต๊ะ โดยจัดที่นั่งไม่ชิดกันมีระยะห่างกันพอประมาณ โต๊ะประชุมรูปตัวยู ทำให้ผู้เชี่ยวชาญได้เผชิญหน้ากันทั้งหมด

ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการจัดกระบวนการ 3 ชั่วโมง²² การวิจัยนี้มีเนื้อหาของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังถึง 6 องค์ประกอบจึงไม่สามารถดำเนินการแล้วเสร็จ จึงปรับวิธีการโดยผู้เชี่ยวชาญร่วมสรุปและให้ความหมาย องค์ประกอบย่อย ผู้วิจัยนำมาสรุปผลในรูปแบบตารางที่มีช่องตารางให้เพิ่มความเห็น/ปรับข้อความ และช่องสุดท้ายสำหรับจัดลำดับคะแนนให้ผู้เชี่ยวชาญทางไปรษณีย์ การดำเนินการนี้ใช้เวลา 6 ชั่วโมงจึงแล้วเสร็จ

ภาพรวมนิยามยังคงมี 6 องค์ประกอบเช่นเดิม มีการเปลี่ยนชื่อในบางองค์ประกอบที่มีความหมายกว้างให้มีความหมายชัดเจนและเฉพาะเจาะจงมากขึ้น โดยเปลี่ยน“ระบบสุขภาพ” เป็น “การจัดองค์การดูแลสุขภาพ” และเปลี่ยน“ชุมชน” เป็น “การใช้ทรัพยากร สิ่งสนับสนุน และการมีส่วนร่วมของชุมชน” ในองค์ประกอบย่อยมีการใช้คำใหม่ที่สื่อความหมายได้เข้าใจในภาษาไทย ซึ่งสอดคล้องกับ

ปัทมา โกมุทบุตร (2551)¹² ที่เสนอแนะว่าการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้ควรพิจารณารายละเอียด ความเหมือนความต่างของโครงสร้างองค์กร ตลอดจนบริบทและบุคลิกของคนไทย

องค์ประกอบย่อยบางข้อ อาจมีเนื้อหาคล้ายกับองค์ประกอบอื่น เนื่องจากองค์ประกอบมีความเชื่อมโยงทับซ้อนกัน^{8,19} หากตัดหรือย้ายไปอยู่องค์ประกอบเดียว อาจทำให้สูญเสียประเด็นสำคัญขององค์ประกอบอื่นไป โดยเฉพาะหากมีการนำไปใช้ดำเนินการเพียงบางองค์ประกอบ จากผลวิเคราะห์เมตาการปรับปรุงคุณภาพดูแลที่นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปดำเนินการ พบว่าการดำเนินการที่มีอย่างน้อย 1 องค์ประกอบมีผลต่อปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกและกระบวนการดูแล¹¹ ผลการวิจัยนี้ได้ องค์ประกอบย่อยทั้งสิ้น 25 องค์ประกอบ

องค์ประกอบย่อยที่เพิ่มใหม่คือองค์ประกอบที่ 4 ข้อ 1 มีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติ ซึ่ง CPG เดิมเน้นที่มีมิติทางกาย ขณะที่ CPG ใหม่เน้นการดูแลที่เชื่อมโยงทุกมิติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย

องค์ประกอบที่ 5 องค์ประกอบย่อยข้อ 1 เกี่ยวกับระบบฐานข้อมูล บุคคล ประชากรและสิ่งแวดล้อมที่เน้นทุกมิติมากกว่ารูปแบบเดิม การจัดบริการสุขภาพตามบริบทไทยมีหลายระดับ จำเป็นต้องพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่หน่วยบริการเครือข่ายสามารถใช้ร่วมกันเพื่อส่งมอบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลข่าวสารที่สะท้อนปัญหาชุมชน บุคคล และครอบครัวเป็นเครื่องมือหนึ่ง²⁶ ที่นำมาจัดบริการที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม องค์ประกอบย่อยข้อ 6 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพของประชากรเป็นประเด็นใหม่ที่ท้าทายผู้ให้บริการในการหาวิธีที่เหมาะสมกับเป้าหมาย

องค์ประกอบที่ 6 รูปแบบเดิมมีองค์ประกอบย่อย 3 ข้อตามกฎบัตรออตตาวา²⁷ ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าบริบทของประเทศไทยชุมชนมีความเข้มแข็งอยู่แล้วควรเป็นการผลักดันให้ชุมชนแสดงศักยภาพที่มีให้

มากขึ้นโดยใช้คำว่า “ความเป็นเจ้าของ (Ownership)” แทน “การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน” และใช้ “มาตรการของชุมชนที่เอื้อต่อสุขภาพ” แทน “การสร้างนโยบายสาธารณะ” และยังคงประเด็น “การสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ” ไว้

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ได้นิยามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ตามบริบทประเทศไทย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการและออกแบบบริการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถประยุกต์ใช้นิยามนี้เพื่อใช้กับโรคเรื้อรังอื่นที่มีคุณลักษณะคล้ายกัน เช่น โรคความดันโลหิตสูง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับสนับสนุนทุนวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ขอขอบคุณคณะผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน ทั้ง 12 ท่านที่เข้าร่วมวิจัยและนิสิตปริญญาเอกทุกท่านที่เป็นผู้ช่วยในการจัดประชุม

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2554 เล่มที่ 4. กรุงเทพฯ: บริษัทสหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด; 2553.
2. World Health Organizations. Health transition. [online]. 2011 [cited 2011 October 20] Available from: <http://www.who.int/trade/glossary/story050/en/index.html>.
3. Alberta Health Service. Chronic disease management overview. [online]. 2010

- [cited 2010 October 10] Available from: [http:// www.calgaryhealthregion.ca/ programs/cdm/](http://www.calgaryhealthregion.ca/programs/cdm/)
4. World Health Organizations. Face to face with chronic disease. [online]. 2010 [cited 2010 March 16] Available from: <http://www.who.int//mediacentre/factsheet/fs312/en/print.html>.
 5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลโรคชนบบำบัดในโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันผิดปกติสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2549.
 6. สำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด หลอดเลือด สมอง โรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
 7. ไพบุลย์ พิตยาเอียรอนันต์ มนรัตน์ ถาวร เจริญทรัพย์ เนติ สุขสมบูรณ์ ยศ ตีระพัฒนานนท์ และจอมขวัญ โยธาสมุทร. การศึกษาผลกระทบเชิงเศรษฐศาสตร์และคุณภาพชีวิตจากโรคอ้วนในประเทศไทย. 2552 (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://www.hitap.net/research/9567> (วันที่ค้นข้อมูล 3 ธันวาคม 2554)
 8. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hinmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs* 2001; 20 (6): 64-78.
 9. วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี. การทบทวนวรรณกรรมเรื่องต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. 2550 (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://dspace.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/2100> (วันที่ค้นข้อมูล 3 ธันวาคม 2552)
 10. สุพัตรา ศรีวิชิชากร. ปรับตัว ปรับระบบอย่างไร ให้สอดคล้องกับโรคเรื้อรัง. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว* 2554; 2(6): 4-6.
 11. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EBA. Meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *American Journal of Managed Care* 2005; 11: 478-488.
 12. ปัทมา โกมุทบุตร. ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: นวัตกรรมเพื่อความแข็งแกร่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ. 2551 (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaiccm.com> (วันที่ค้นข้อมูล 23 ตุลาคม 2553)
 13. Taggart J, Chan B, Jayasinghe UW, Chistl B, Crookes P, Black D. Patient assessment of chronic illness care (PACIC) in two Australian studies: structure and utility. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*; 17 (2010): 215-221.
 14. Dellbecq AL, Van de Van AH, Gustafson DH. Group techniques for program planning: a guide to nominal group and Delphi processes. Green Briar Press; 1986.
 15. Linstone HA, Turoff M. The Delphi method: techniques and applications. London: Addison-Wesley; 1975.
 16. Hartman A. Reaching consensus using the Delphi technique. [online]. 1981 [cited 2011 April 6] Available from: http://www.ascd.org/ASCD/pdf/journals/ed_lead/el_198103_hartman.pdf
 17. Potter M, Gordon S, Hamer P. The nominal group technique: a useful consensus methodology in physiotherapy

- research. *NZ Journal of Physiotherapy* 2004; 32 (3): 126-130.
18. สมเกียรติ โพธิ์สัตย์. รายงานการศึกษาโครงการพัฒนาระบบบูรณาการ การป้องกัน และจัดการโรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1: กรณีศึกษาจังหวัดสกลนคร. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
19. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hospital Quarterly* 2003; 7(1): 73-82.
20. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action. *Global health report, Noncommunicable Disease and Mental Health*; 2002.
21. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. เครื่องมือประเมินนโยบายการบริการสุขภาพความร่วมมือการบูรณาการและเสริมสร้างสมรรถนะชุมชน ในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. นครปฐม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชวิทยาลัย; 2553.
22. Van de Van A, Dellbecq AL. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. *American Journal of Public Health* 1972; 62(3): 337-342.
23. Powell C. The Delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 41(4): 376-382
24. Roy C. The Roy adaptation model. In Riehl JP. & Roy C. (Eds.), *Conceptual models for nursing practice*. Norwalk: Appleton, Century Crofts; 1980.
25. CDC. Gaining Consensus Among Stakeholders Through the Nominal Group Technique. [online]. 2006 [cited 2013 April 6] Available from: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/evaluation/index.htm>.
26. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. ผลการเสนอสถานการณ์ ข้อเสนอแนะทางสนับสนุน การพัฒนาระบบการจัดการเบาหวานแบบบูรณาการในระดับปฐมภูมิ. 2552 (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaiichr.org/upload/forum/diabetes.pdf> (วันที่ค้นข้อมูล 20 มกราคม 2553)
27. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. [online]. 1986 [cited 2013 August 15]. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf.