
บทความพิเศษ

ทีมหมอครอบครัวกับการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากนโยบายสู่การปฏิบัติ โอกาสและความท้าทาย

ธาดา ทัดสกุล, พ.บ. วุฒิบัตรกุมารเวชศาสตร์, อนุมัติบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นภัยคุกคามประชาชนไทยมาตลอด นับวันจะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น ทีมหมอครอบครัวเป็นความหวังใหม่ของประเทศในการขับเคลื่อนกระบวนการแก้ไขปัญหาี้ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ด้วยแนววิธีการดูแลครอบครัวเป็นฐาน โดยเป็นการสนับสนุนการดูแลระดับครอบครัวซึ่งเน้นให้อาสาสมัครประจำครอบครัวเข้ามามีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยและทำหน้าที่ประสานการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว ทั้งด้านรักษา ป้องกัน

ส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพ เป็นการนำนโยบายการป้องกันสุขภาพแบบบูรณาการทั้งด้านการใช้ศาสตร์ทางสังคมสุขภาพ การดูแลแบบองค์รวมมาบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง จนสามารถควบคุมโรคนี้ได้ได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ทีมหมอครอบครัว; การดูแลครอบครัวเป็นฐาน; อาสาสมัครประจำครอบครัว; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Special Article

Family Care Team and Non-Communicable Disease Control: from Policy to Practice, Opportunities and Challenges

Tada Tasanakul, M.D. Diplomate of Pediatrics, Approved Family Medicine Card

Social Medicine Department, Hat Yai Hospital, Songkhla Thailand

Abstract

Non-communicable diseases have always been a threat to Thai people and have become increasingly more severe. Family care teams are new hopes for the country in solving the problem according to family medicine principles based on family care. Support for family care places emphasis on family health volunteers who play the major role in caring for patients and coordinating with the family care team in treatment, prevention, health

promotion and rehabilitation. This is implementation of integrated prevention policy by integrating health social sciences and holistic care to jointly work with the multidisciplinary team in the practice of sustainable non-communicable disease control.

Keywords: family care team; based on family care; family health volunteer; non-communicable diseases

ทีมหมอกรอบกับการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากนโยบายสู่การปฏิบัติ โอกาสและความท้าทาย

องค์การสหประชาชาติได้จัดประชุมเมื่อเดือนกันยายน ค.ศ. 2011¹ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยพุ่งเป้า 4 โรคสำคัญที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต ร้อยละ 50 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในกลุ่มประเทศยากจน และประเทศระดับเศรษฐกิจปานกลาง คือ โรคเมร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจ และได้คาดการณ์ว่าในทศวรรษหน้า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอีกถึงร้อยละ 17²

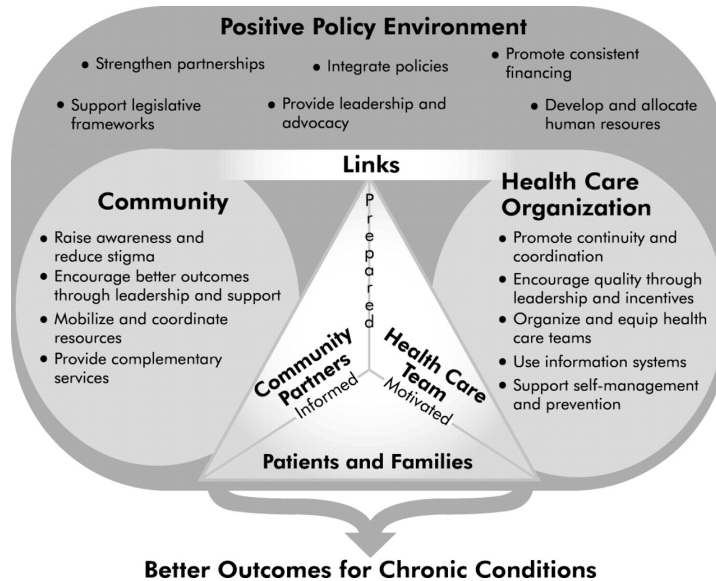
สำหรับประเทศไทยเราก็ดกอยู่ภายใต้สถานการณ์เดียวกัน โดยจากรายงานสุขภาพคนไทยโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล³ ที่ได้สรุปไว้ว่า หากใช้ปี พ.ศ. 2552 เป็นฐานอ้างอิงตามกรอบเป้าหมายในการติดตามแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อระดับโลก อัตราตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 โรคหลักของคนไทยจะต้องลดลงเหลือ 343.1 รายต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2568 แต่จากการสำรวจสุขภาพของคนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557 พบสัดส่วนคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความดันโลหิตสูงและเป็นเบาหวานร้อยละ 24.7 และ 8.9 ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับผลสำรวจครั้งที่ 4 เช่นเดียวกับความชุกของผู้ที่มีน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน ที่พบว่าเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็นร้อยละ 37.5 และ 10.9 ตามลำดับ การเจ็บป่วยและการตายจากโรคไม่ติดต่อของคนไทย จึงยังมีทิศทางเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สวนทางกับเป้าหมายระดับโลกที่ต้องการลดการตายก่อนวัย

อันควร ที่มีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2568 นับว่าเป็นวาระเร่งด่วนของประเทศ ที่ต้องปรับปรุงการจัดการระบบบริการสุขภาพในการควบคุมโรคไม่ติดต่อ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงโดยเฉพาะปัจจัยทางพฤติกรรมด้วย

ตามนโยบายของรัฐบาลในปัจจุบันเป็นที่น่ายินดีที่ประชาชนชาวไทยจะได้รับเป็นของขวัญที่น่าจับตามองจากกระทรวงสาธารณสุข นั่นคือนโยบายให้มีทีมหมอกรอบครัวให้ครอบคลุมทุกตำบลทั่วประเทศ และร่วมขับเคลื่อนภารกิจการดูแลสุขภาพถึงบ้าน จากประสบการณ์ผู้เขียนในฐานะแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งเป็นอีกหนึ่งภาระงานโดยตรงนานถึง 19 ปี ในการปฏิบัติหน้าที่ของทีมหมอกรอบครัว (family care team) เพื่อให้การดูแลสุขภาพคนทุกครัวเรือนในพื้นที่ และเป็นส่วนสำคัญในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้บุคลากรสาธารณสุขดูแลสุขภาพถึงบ้าน ประสานงานส่งต่อโดยมีแพทย์เป็นที่ปรึกษา เวลานี้จึงดีที่สุดในการนำเสนอแนวทางการดูแลครอบครัวเป็นฐาน (family oriented intervention) ของทีมหมอกรอบครัวที่ต้องเกิดประโยชน์ตามความคาดหวังในการควบคุมการเกิดโรคไม่ติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไปในภาคหน้า

องค์การอนามัยโลกได้พัฒนา WHO's Innovative Care for Chronic Conditions Framework ขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 2002⁴ เพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของประเทศที่แตกต่างกัน โดยได้ให้ความสำคัญต่อเป้าหมายการจัดการโรค (disease management) ไว้ 3 ระดับของการดูแลสุขภาพ เริ่มจากระดับจุลภาค (micro level) หรือระดับบุคคลและระดับครอบครัว ระดับกลาง (meso level) หรือระดับองค์กรการดูแลสุขภาพ

ชุมชน และระดับมหภาค (macro level) หรือระดับนโยบายและการเงิน เพื่อให้เกิดการดำเนินงาน อย่างผสมผสานต่อเนื่องและมีการปฏิบัติให้เกิด การเปลี่ยนแปลงในระยะยาว (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 Better Outcomes for Chronic Conditions

ที่มา: World Health Organization, 2002

เมื่อวิเคราะห์ดูแล้วจะเห็นได้ว่าการ ประสานร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการกับภาคี เครือข่ายชุมชนในการดูแลสุขภาพ โดยทีมผู้ให้ บริการมีบทบาทของการกระตุ้น ชักจูง ให้ข้อมูล รวมทั้งการสนับสนุนสู่ผู้นำชุมชนและกลุ่มเป้าหมายต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้รับ อันนำไปสู่การเคลื่อนไหว ตื่นตัว ตระหนักจนเกิด กิจกรรมภายในชุมชนในรูปแบบต่างๆ มีการ แปรรูปทรัพยากรในรูปแบบต่างๆ ที่มีอยู่แล้วใน ชุมชนให้เกิดการปรับเปลี่ยนไปในทางสร้างสรรค์ เกิดการสร้างระบบบริการสุขภาพกันเองอย่างแข็ง ขัน โดยมีเป้าหมายมุ่งเน้นผลลัพธ์ตรงสู่ผู้ป่วย และ สมาชิกในครอบครัวเพื่อการดูแลพฤติกรรม สุขภาพด้วยตนเอง จนสามารถบรรลุสู่การป้องกัน การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ ได้อย่างยั่งยืน เมื่อมาพิจารณาร่วมกับนโยบายที่มหอมกรอบครวั จะเห็นได้ว่าการมีทีมมหอมกรอบครวัสามารถตอบ

โจทย์กรอบแนวคิดของ WHO ได้ดีทีเดียว สามารถ เป็นทีมที่ถูกวางตัวให้เป็นทีมผู้ให้บริการได้อย่าง ลงตัว เพราะโดยอัตลักษณ์ในกระบวนการดูแลของ ทีมมหอมกรอบครวันั้น เป็นการดูแลแบบผสมผสาน ในสถานบริการ (integrated care) การเชื่อมต่อกับทุติยภูมิ การบริการต่อเนื่อง ได้แก่ บริการตรวจ เยี่ยมที่บ้าน (home visit and home care) การ ติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน การส่งต่อไป หน่วยบริการอื่นๆ การดูแลระยะยาว (long term care) การบริการเชิงรุกในชุมชน การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม การให้ข้อมูล คำปรึกษาแก่ประชาชน อันส่งผลต่อการควบคุม ปัจจัยกำหนด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดเสี่ยง การปรับสภาพแวดล้อมที่ลดเสี่ยงและเอื้อต่อสุขภาพ และการเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

บทบาทนี้ ทำไมต้องเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัว เหตุผลคือ ด้วยคุณลักษณะสำคัญ 7 ข้อของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว⁵⁻⁶ ตามที่ WHO Regional Office for Europe ได้บัญญัติใน “Framework for Professional and Administrative Development of General Practice & Family Medicine” เมื่อปี พ.ศ. 2541 ประกอบด้วย 1) ทั่วไป (general) ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่เลือกเพศ อายุ ชนชั้น หรือโรค 2) ต่อเนื่อง (continuity) 3) เบ็ดเสร็จ (comprehensive) ทุกด้านครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ป้องกันโรค (disease prevention) รักษา (curative) และฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ควบคู่กับการดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 4) การประสานงาน (coordinated) กับภาคีส่วนต่างๆ 5) ความร่วมมือ (collaborative) ทำงานเป็นทีม 6) การเข้าถึงครอบครัว (family oriented) และ 7) การเข้าถึงชุมชน (community oriented) คุณสมบัติทั้งหมด 7 ข้อของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนี้ ทีมหมอครอบครัวได้ยึดถือมาเป็นแนวทางนำ Family oriented intervention มาสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัวผู้ป่วยในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

ความหมายของการดูแลครอบครัวเป็นฐาน (family oriented intervention) คือ การที่ทีมหมอครอบครัวซึ่งพร้อมด้วยอัตลักษณ์ของทีมสหวิชาชีพที่นำเอาความเชี่ยวชาญของแต่ละสาขาวิชาชีพมาใช้ให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิผลและเต็มประสิทธิภาพ ในการดูแลสมาชิกทุกคนในครอบครัวตามหลักการให้ประชาชนสามารถดูแลตนเอง (self-care) ครอบครัวแข็งแรง (healthy family) และชุมชนเข้มแข็ง (community care)

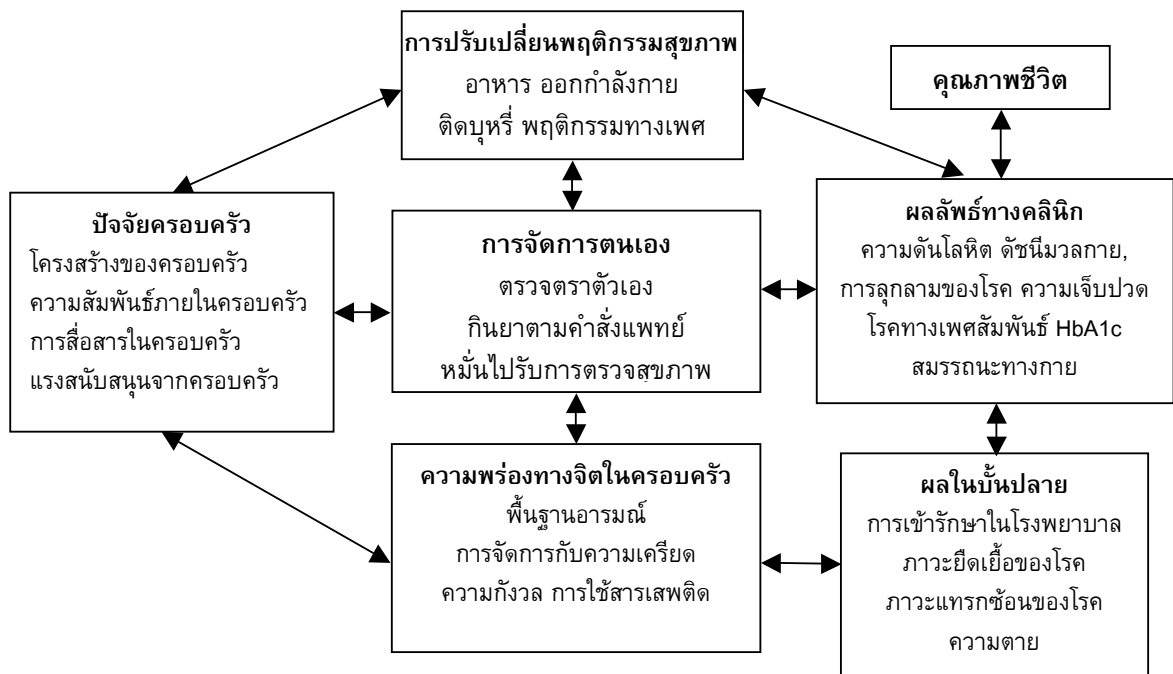
โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อสร้างปัจจัยครอบครัว (family protective factors)⁷ ให้บังเกิดขึ้น ซึ่งปัจจัยครอบครัวนี้หมายถึงความหลากหลายของรูปลักษณะเชิงบวกในครอบครัว ได้แก่ ความใกล้ชิดกันของครอบครัว ความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ดูแล (ความเจ็บป่วย) ในครอบครัว การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในเหล่านญาติพี่น้อง ความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน ความยืดหยุ่นและปรับเข้าหากัน การสื่อสารกันอย่างตรงไปตรงมาในด้านการเจ็บป่วยตลอดจนการจัดการดูแลรักษา องค์ประกอบเหล่านี้นำมาซึ่งการพัฒนาสุขภาพที่ดีขึ้นได้⁸ อันเป็นลักษณะเด่นของทีมในการบริการ “สร้าง-นำ-ซ่อม” หรือมีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เดิมที ครอบครัวใดที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอารมณ์หงุดหงิดและวิตกกังวล การติดบุหรี่ การติดสุราและสิ่งเสพติด โรคสมองเสื่อม สภาวะเสื่อมสมรรถภาพในผู้สูงอายุ⁹ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาในการดำเนินชีวิตร่วมกัน¹⁰⁻¹¹ แต่หากครอบครัวดังกล่าวได้รับการปรับทิศทางพฤติกรรมสุขภาพไปในทางเชิงบวกก็จะสามารถแก้ไขสภาพปัญหาต่างๆ ด้านสุขภาพของผู้ป่วยให้ฟื้นคืนกลับขึ้นมาได้โดยตลอดชั่วอายุขัย

การดูแลครอบครัวเป็นฐาน เป็นกระบวนการสร้างความเหนียวแน่นซึ่งกันและกันอย่างอิสระ อันจะนำสู่การเพิ่มระดับปัจจัยครอบครัวให้สูงขึ้น ซึ่งใช้เวลานานและการติดตามอย่างสม่ำเสมอ (continuity) จนกระทั่งครอบครัวเกิดความแข็งแกร่ง มีรูปแบบในการดำเนินชีวิตอย่างอบอุ่น สมาชิกปฏิบัติต่อกันในทิศทางบวก ส่งผลให้มีการดำเนินชีวิตและมีการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมเมื่ออยู่ด้วยกัน เกิดปฏิสัมพันธ์

ระหว่างกัน สมาชิกจึงมีโอกาสดลอดเวลาที่จะมีการสังเกต เรียนรู้ ถ่ายทอดพฤติกรรมสุขภาพซึ่งกันและกัน พฤติกรรมสุขภาพทั้งในด้านที่ดีและไม่ดี จึงเป็นผลลัพธ์จากอิทธิพลที่ก่อโดยพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวกันเอง ส่งผลให้สมาชิกได้มาช่วยกันส่งเสริมดูแลให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น ทำให้ส่งผล

ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพในบรรดาสมาชิกที่ดีขึ้น เหนี่ยวนำให้ผู้ป่วยในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (self behavior) ควบคุมสุขภาพด้วยตนเอง (self management) ให้เป็นปกติได้นำสู่คุณภาพชีวิตที่ดีเลิศของทั้งผู้ป่วยและทุกคนในครอบครัว (แผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 ความเชื่อมโยงของปัจจัยครอบครัวสู่สุขภาพผู้ป่วย
ดัดแปลงจาก Garcia-Huidobro, Mendenhall, 2015

กรณีตัวอย่าง (case study)

เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยชายไทย ภูมิลาเนาเป็นชาวสงขลา อายุ 55 ปี ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ณ ตึกผู้ป่วยอายุรกรรมชายของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ด้วยอาการสำคัญคือแขนขาอ่อนแรงทันที หายใจลำบากอย่างรวดเร็วโดยไม่ทราบสาเหตุ โดยแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค Guillain Barre' syndrome และได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (MICU) ตั้งแต่นั้นที่เข้ารับการรักษา แม้จะอยู่ในการดูแลจากแพทย์

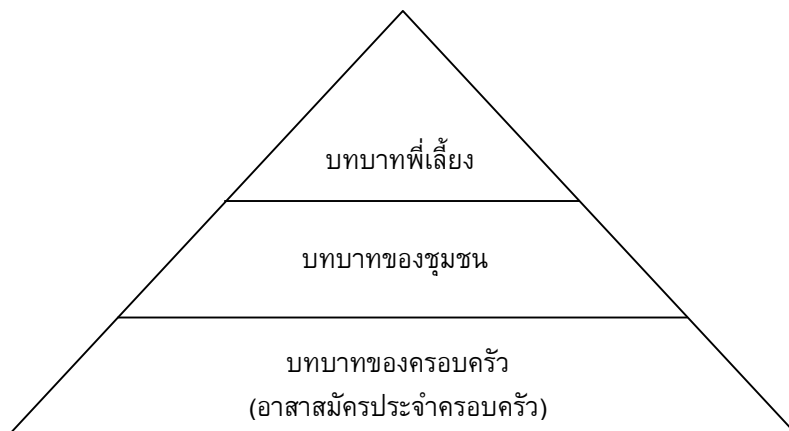
และทีมพยาบาลเป็นอย่างดีอาการของผู้ป่วยก็ยังคงไม่ดีขึ้น ไม่สามารถยับแขนขา (motor neuro sign = 0) เหลือแต่สติสัมปชัญญะเท่านั้นที่ยังคงปกติมาตลอด หลังจากรักษาในโรงพยาบาลทุกรูปแบบได้ประมาณ 4 เดือน ผู้ป่วยยังคงมีสภาพอาการเดิม อายุรแพทย์ผู้ดูแลได้ขอยุติการรักษา และได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยเหตุผลว่าหมดหนทางรักษา และได้พยากรณ์โรคว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตรอดต่อไปได้ไม่เกิน 2 ปี และให้ญาติอันมีภรรยา ลูกสาววัยรุ่น 1 คน ลูกสาววัยประถม

1 คน มารดา พี่สาว พ่ผู้ป่วยกลับมาดูแลเอง

แม้ว่าสภาพของผู้ป่วยมีโอกาสน้อยเต็มที่ในการรอดชีวิต เพราะการนอนติดเตียงนานๆ และต้องอาศัยเครื่องช่วยหายใจ ย่อมมีโอกาสเสี่ยงสูงทั้งต่อตัวโรคเองและเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอันนำมาสู่การเสียชีวิตอย่างรวดเร็วและง่ายดาย แต่ทั้งนี้ทีมหมอกรอบครัวและญาติผู้ป่วยทุกคนยังตั้งใจในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การสร้างกำลังใจ ให้กับผู้ป่วยเป็นประการแรกที่ต้องให้เกิดขึ้น ทีมหมอกรอบครัวของเรา อันประกอบด้วยผู้เขียนที่เป็นแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาล 2 ท่าน นักกายภาพบำบัด จึงได้มอบหมายให้ลูกสาวคนเล็กกับพี่สาวผู้ป่วยเป็นหลักในการให้กำลังใจผู้ป่วยด้วยรูปแบบที่เขาทั้งสองร่วมกันคิดร่วมกันทำ โดยทีมหมอกรอบครัวคอยเป็นพี่เลี้ยงอยู่ใกล้ๆ ในที่สุด 4 เดือนภายหลังกลับมาอยู่บ้านก็สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจออกจากผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ผู้ป่วยเริ่มที่จะมีความพยายามเคลื่อนไหวร่างกายได้ที่ละเล็กละน้อย เริ่มจากการยันตัวขึ้นมานั่งได้เอง การใช้มือถือช้อนไปตักอาหารเข้าปากเอง จนกระทั่งลุก

ออกมายืนข้างเตียง เดินด้วย walker จนทุกวันนี้เวลาผ่านไปได้ 5 ปีแล้วผู้ป่วยสามารถอยู่ตามลำพังเองได้ สามารถดูแลตนเองได้ดีในระดับหนึ่งจากประสบการณ์ที่ได้ดูแลครอบครัวนี้ ทำให้เราพบว่าผู้ที่ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ผู้ที่คอยให้กำลังใจผู้ป่วยให้ลุกขึ้นมาสู้ชีวิต ที่แท้จริงคือบุคคลที่ใกล้ชิดและใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา นั่นเอง ตอนนั้นเรายังไม่เคยได้ยินคำว่า “อาสาสมัครประจำครอบครัว”

จากนโยบาย สู่การปฏิบัติ ภาวะหรือโอกาสของการแก้ไขปัญหา รัฐบาลได้บอกกับประชาชนว่าสิ่งที่จะได้รับจากบริการของทีมหมอกรอบครัวหนึ่งในนั้นคือการเกิด NCD Clinic คุณภาพ มีการคัดกรองสามารถลดการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้การรักษาโรคที่ดี สามารถควบคุมได้ ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ไตวาย เรื้อรัง โรคหัวใจ เส้นเลือด ในสมอง ตาบอด หรือมีปัญหาเป็นแผลที่เท้า เป็นต้น ผู้เขียนขอเสนอบทบาททีมหมอกรอบครัวที่ควรเป็นในการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (แผนภูมิที่ 2)



แผนภูมิที่ 2 การถ่ายโอนบทบาทจากหมอกรอบครัวสู่อาสาสมัคร

เช่นเดียวกับการที่รัฐบาลได้ให้แนวทางระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ควรเป็น โดยชูปบาทของการดูแลประชาชนชั้นปฐมภูมิให้เป็นระดับที่สำคัญที่สุด การดูแลครอบครัวเป็นฐานก็ทำนองเดียวกัน เพื่อให้เข้าถึงการบริการโดยง่ายและสะดวกใจต่อประชาชน การสร้างปัจจัยครอบครัวซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญของการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ได้ผลดีนั้น การขยายบทบาทและการสร้างโอกาสให้กับครอบครัวโดยเฉพาะอาสาสมัครประจำครอบครัวซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดที่สุดกับผู้ป่วยต้องย่อมสำคัญที่สุด บทบาทรองมาต้องย่อมเป็นของภาคีเครือข่ายชุมชนมาคอยช่วยดูแลครอบครัวอีกชั้นหนึ่ง สำหรับทีมหมอครอบครัวในฐานะผู้นำ ให้มีบทบาทเป็นพี่เลี้ยงโดยดูแลเป็นองค์กรรวมทุกเรื่องอันเป็นหลักการพื้นฐานของเวชศาสตร์ครอบครัว

กระบวนการสำหรับการดูแลครอบครัวเป็นฐานนั้น ทีมหมอครอบครัว สามารถใช้วิธีการต่างๆ หลากหลายมาผสมผสาน (mixed-methods approach)¹² ได้แก่ Social support¹³⁻¹⁵ การสร้างพลังอำนาจ (empowerment promotion program), Motivation interview¹⁶ โดยผ่านกิจกรรมหลากหลายซึ่งได้แก่ สนทนากลุ่ม (group based) การจัดสร้างโอกาสให้มีการสื่อสารที่ดีระหว่างคู่สมรส (couple communication) การให้คำปรึกษาแนะนำตัวต่อตัว (one to one individualized counseling) มอบโจทย์ให้ครอบครัวขบคิดเป็นการบ้าน (homework discussion tasks) การปรับแต่งสภาพอารมณ์และสถานการณ์ในครอบครัว (addressing emotional and situations) การเยี่ยมบ้าน (home visit) การใช้เทคโนโลยีสื่อสารทางไกลกับครอบครัว (mobile communication technology) และวิธีอื่นๆ ที่อาจ

ปรับแต่งได้ตามความเหมาะสมของวัฒนธรรมท้องถิ่น (cultural tailoring educational programs)

สรุป

การเตรียมความพร้อมของทีมหมอครอบครัวในบริบทของประเทศไทย การดูแลครอบครัวเป็นฐาน เป็นเวชปฏิบัติที่เชื่อว่าเป็นแนวทางที่เหมาะสมมากที่สุดวิธีหนึ่งในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กำลังเพิ่มการคุกคามสุขภาพคนไทยอย่างต่อเนื่อง ทีมหมอครอบครัวเป็นความหวังของประเทศเพราะด้วยความเหมาะสมสอดคล้องกับวัฒนธรรมดั้งเดิมของคนไทยที่มีครอบครัวเป็นศูนย์รวมใจอยู่แล้ว อีกทั้งศักยภาพของระบบทีมหมอครอบครัวที่แข็งแกร่งขึ้นเพราะได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลที่ชัดเจน หัวใจของเวชปฏิบัติแนวทางนี้คือ การสร้างโอกาสในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ผู้เขียนขอเสนอแนะให้กระทรวงสาธารณสุขเน้นการเพิ่มทักษะของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวให้ศึกษาด้านความสัมพันธ์ของครอบครัวเป็นพิเศษ และทำความเข้าใจสิ่งเหล่านี้อย่างถ่องแท้ก่อนที่จะลงไปปฏิบัติการในฐานะผู้นำของทีมในพื้นที่ เพราะนี่คือจุดเริ่มต้นที่สำคัญ และพร้อมๆ กันไปกับในช่วงขณะของการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอยู่นั้น ให้ทุกคนในทีมได้เรียนรู้โดยการสังเกต บันทึก ปฏิบัติ ทำที่ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตลอดจนซึมซับความรู้สึกและเข้าถึงความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง จนดูประหนึ่งทีมทั้งทีมได้หลอมรวมจนเป็นส่วนหนึ่งกับครอบครัวทางด้านจิตใจ

เอกสารอ้างอิง

1. Rotheram-Borus MJ, Tomlinson M, Davis E. "Boring" family routines reduce non-communicable diseases: a commentary and call for action. *Arch Public Health* 2015; 73:1-5.
2. World Health Organization. Noncommunicable diseases fact sheet [Internet]. 2017 [cited 2017 Jan 23]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en>
3. Thai People's Health. Thai health report 2017. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2017.
4. Bureau of Non Communicable Diseases. Quality NCD clinic manual, fiscal year 2016. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2016.
5. Health Administration Division. Family care team. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand; 2014.
6. Health Administration Division. Guidelines of primary care cluster for service units. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2014.
7. Garcia-Huidobro D, Mendenhall T. Family oriented care: opportunities for health promotion and disease prevention. *J Fam Med Dis Prev* 2015; 1-6.
8. García-Huidobro D, Puschel K, Soto G. Family functioning style and health: opportunities for health prevention in primary care. *Br J Gen Pract* 2012; 62(596):e198-203.
9. Pereira MG, Berg-Cross L, Almeida P, Machado JC. Impact of family environment and support on adherence, metabolic control, and quality of life in adolescents with diabetes. *Int J Behav Med* 2008; 15:187-93.
10. McClellan CB, Cohen LL. Family functioning in children with chronic illness compared with healthy controls: a critical review. *J Pediatr* 2007; 150:221-3.
11. Baig AA, Benitez A, Quinn MT, Burnet DL. Family interventions to improve diabetes outcomes for adults. *Ann N Y Acad Sci* 2015; 1353:89-112.
12. Hamwong S, Bunchonhattakit P. Effect of health education program using applying self-efficacy theory and social support for type 2 diabetic patients at Nhongkueak Health Promoting Hospital, Nhongkueak District, Kalasin Province. *Srinagarind Med J* 2013; 28:451-60.
13. Chanapan N, Seeherunwong A, Yuttatri P, Kongsakon R. Relationship between the factors of social support and self-Insight and self-regaining amongst female depression patients. *Thai Journal of Nursing Council* 2013; 28(2):44-57.
14. Pasurakul S, Keeratiyutawong P, Masingboon K. Effects of a self-regulation program and social support on attitude toward treatment, self-care behavior and tuberculosis treatment success rate in pulmonary tuberculosis patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2012; 20(4):57-67.
15. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people for change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.