

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อย
และไขสันหลังประเภทที่ 1 โดยชุมชนในจังหวัดพะเยา

ประจวบ แหลมหลัก

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
สิงหาคม 2559
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

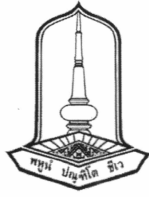


รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อย
และไขสันหลังประเภทที่ 1 โดยชุมชนในจังหวัดพะเยา

ประจวบ แหลมหลัก

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์
สิงหาคม 2559
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



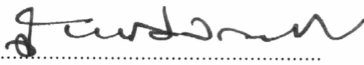


คณะกรรมการสอบควบคุมวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายประจวบ แหลมหลัก
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....
(ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโปล์)

ประธานกรรมการ
(อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ)


.....
(ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี)

กรรมการ
(อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก)


.....
(รศ.(พิเศษ) ดร.รัช บุนยเมธิ์)

กรรมการ
(อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม)


.....
(อาจารย์ ดร. กนกเกียรติ ทุดปอ)

กรรมการ
(อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ)


.....
(รศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์)

กรรมการ
(ผู้ทรงคุณวุฒิ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม


.....
(รศ.ดร.วิทยา อยู่สุข)
คณบดีคณะสาธาณสุขศาสตร์


.....
(ศ.ดร.ประดิษฐ์ เทอดทูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 15 เดือน ๕.๑. พ.ศ. 2559



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลีทองดี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.ธวัช บุญยมณี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล์ ประธานกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ และ อาจารย์ ดร.กนก.กัญเกียรติ ทุดปอ กรรมการสอบ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สมนึก เกียรติชีวายังยง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอกคำใต้ ดร.ปณณธร ชัชวรัตน์ รองผู้อำนวยการด้านวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา และ ดร.อนุกุล มะโนทน อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่ให้ความอนุเคราะห์ ตรวจเครื่องมือวิจัยจนสามารถนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ

ขอขอบพระคุณ นายประจักษ์ กองตัน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำ นางสาวณพัชรา หลักฐาน ผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทย และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำ ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่ทำให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยขับเคลื่อนอย่างเป็นพลวัตร นอกจากนี้ขอขอบคุณตัวแทนจากเทศบาลตำบลบ้านถ้ำ ผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้าน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบ้านถ้ำ ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย ที่ให้ความร่วมมืองานวิจัยสำเร็จลุล่วง ด้วยดี ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อสังคมต่อไป

ประจวบ แหลมหลัก



ชื่อเรื่อง	รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 โดยชุมชนในจังหวัดพะเยา
ผู้วิจัย	นายประจวบ แหลมหลัก
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์
กรรมการควบคุม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลีทองดี รองศาสตราจารย์ พิเศษ ดร.ธวัช บุญยมนิ
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีที่พิมพ์ 2559

บทคัดย่อ

โรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ ๑ เป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์ไม่มากนักแต่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการอย่างรวดเร็วส่งผลต่อการดูแลและควบคุมโรค เนื่องจากเป็นโรคทางพันธุกรรมและกระทบต่อระบบการดูแลในระยะยาว วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 โดยชุมชนในจังหวัดพะเยา การวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากตัวแทนผู้เกี่ยวข้อง 5 กลุ่มคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแล และผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ บริบทของการเกิดโรค ระยะที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน รวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้อง 207 คน สุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ รวมถึงการสนทนากลุ่มเพื่อหารูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบดังกล่าว

ผลการวิจัยพบว่าบริบทของการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ศึกษา เดิมชุมชนไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากไม่เข้าใจโรค และเป็นการดูแลกันเองโดยลำพัง จึงได้เข้าไปร่วมกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อสร้างและพัฒนาระบบการดูแลขึ้น รูปแบบดังกล่าวมี 4 มุ่งองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การจัดระบบบริการที่บ้านในพื้นที่ ให้มีระบบการส่งเสริมสุขภาพจิต เสริมวิถีคิดและแลกเปลี่ยนข้อมูลและสนับสนุนการดูแลจากผู้เกี่ยวข้อง การดำเนินงานมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลไกสำคัญ ภายหลังจากการดำเนินการตามรูปแบบพบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในระดับที่สูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับปานกลางถึงสูงที่สุด

โดยสรุปการพัฒนาารูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในชุมชนต้องเน้นให้เกิดความเข้าใจ และการเปลี่ยนแปลงแนวคิดที่เน้นการจัดบริการให้ มาเป็นวิธีการจัดบริการโดยครอบครัวและชุมชนอย่างมีส่วนร่วมและสอดคล้องกับบริบทของผู้ได้รับบริการเพื่อการดูแลในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: โรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1; การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะยาว



TITLE A Community Care for Spinocerebellar Ataxia Type 1
Patient in Phayao Province

AUTHOR Prachuab Lamluk

DEGREE Doctor of Public Health **MAJOR** Public Health

ADVISORS Asst Prof. Dr. Songkramchai Leethongdee, Ph.D.
Assoc. Prof. Dr. Thawat Boonyamanee, Ph.D

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2016

ABSTRACT

Spinocerebellar ataxia type I is genetic disorder disease. The report was reviewed that the incidence is not many cases, however, patients with pathological symptoms have changed dramatically, as well as affected the care and control of the disease. Additionally, it is a genetic disease and burden of the care system in the long term. The objective of this research was to study community care model for Spinocerebellar ataxia type I patients in Phayao province. A research was divided into 3 phases; the first, qualitative study that collected data from 5 groups of stakeholders, such as public health officers, representative of local administration department, community leaders, public health volunteers, close relatives and patients by using in-dept interview for interpreting situation and context of disease incidence. The second, quantitative study which used for analyzing components of care model. The data were collected from 207 stakeholders that were sampled by stratified random sampling and factor analysis was used for analyzing. In addition, focus group also was concerned for determining the model correlating with community context. The third period was the evaluation of data collecting model use. The study compared the success of care both before and after of the care model implementing. The satisfaction in model was also evaluated.

The result showed the situation and context of the patients in the area that the community not to focus on patient care because they do not understand the disease. Thus, they had been care as themselves as alone. Hence, the new care model was created with stakeholders in the community. The care model composed of 4 factors ; Service Delivery, Community Mental Support, Arranging information and Resource and Rehabilitation. After implement the model, we found that patients more received the care significantly and showed the level of satisfaction with moderate to highest.



Conclusion: The development of care models for chronic diseases in the community need to focus on understanding of care concept that highlights to family and the community involvement. Service provided from providers is the second priority. However, it is significantly finding confirm that the key actors in the community is a main point of implementing have to applied to consist with the local contexts and sustain with a long term care concept.

Key words: Spinocerebellar ataxia type I, Chronic care and long term care



สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพประกอบ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	3
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	3
1.6 ผลที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล	5
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลัง ประเภทที่ 1	5
2.2 สถานการณ์ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลัง ของจังหวัดพะเยา	7
2.3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลัง ประเภทที่ 1	8
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา	19
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย	30
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	31
3.1 ระยะที่ 1 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ บริบทของการเกิดโรคกล้ามเนื้อเสีย การประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชน ในจังหวัดพะเยา	31
3.2 ระยะที่ 2 การสังเคราะห์รูปแบบการเกิดโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงาน จากสมองน้อยและไขสันหลังของจังหวัดพะเยา	32
3.3 ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงาน จากสมองน้อยและไขสันหลังของจังหวัดพะเยา	35



	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	41
4.1 บริบทชุมชนและสถานการณ์ของการเกิดโรคโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา	41
4.2 การสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา	48
4.3 การประเมินผลการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา	60
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	71
5.1 สรุปผล	71
5.2 อภิปรายผล	78
5.3 ข้อเสนอแนะ	81
เอกสารอ้างอิง	83
ภาคผนวก	88
ภาคผนวก ก เครื่องมือการวิจัย	89
ภาคผนวก ข การหาคู	
ภาพของเครื่องมือ 100	
ภาคผนวก ค คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 โดยชุมชนในจังหวัดพะเยา (โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง)	110
ภาคผนวก ง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา	118
ภาคผนวก จ ภาพกิจกรรม	126
ภาคผนวก ฉ ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	138
ประวัติย่อผู้วิจัย	140



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 3.1 กลุ่มประชากร และจำนวนประชากรที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 2	32
ตาราง 3.2 กลุ่มประชากร จำนวนประชากร และขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 2	33
ตาราง 3.3 กลุ่มประชากร จำนวนประชากร และขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 3	37
ตาราง 3.4 สรุปรุ่นตอน/วัตถุประสงค ผู้ให้ข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือและการวิเคราะห์ข้อมูล	38
ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกรายหมู่บ้านและเพศ	43
ตาราง 4.2 ความถี่ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินการดูแลผู้ป่วย จำแนกตามลักษณะ ทางประชากร ของกลุ่มตัวอย่าง (N =207)	49
ตาราง 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อ ปัจจัยภายในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงาน จากสมองน้อย และไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา (N =207)	51
ตาราง 4.4 ลำดับ ชื่อองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย จำนวนองค์ประกอบย่อย ค่าไอเกน และร้อยละความแปรปรวน ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา (N =207)	52
ตาราง 4.5 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ระดับ และค่าน้ำหนักองค์ประกอบด้านการจัด ระบบบริการ (N =207)	53
ตาราง 4.6 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ระดับ และค่าน้ำหนักองค์ประกอบด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต ของชุมชน (N =207)	54
ตาราง 4.7 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ระดับ และค่าน้ำหนักองค์ประกอบด้านการสนับสนุนการดูแล (N =207)	55
ตาราง 4.8 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ระดับ และค่าน้ำหนักองค์ประกอบด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล การดำเนินงาน	55
ตาราง 4.9 กระบวนการทำงานที่ได้จากการสนทนากลุ่ม	57
ตาราง 4.10 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ระดับ และอันดับ ของผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสีย การรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อย และไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา (N = 12)	61
ตาราง 4.11 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ระดับ และอันดับ ของผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสีย การรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและ ไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา (N = 12)	64
ตาราง 4.12 การเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยระหว่างก่อน และหลังดำเนินการตามรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลัง ประเภทที่ 1 ของ จังหวัดพะเยา	65



	หน้า
ตาราง 4.13 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ระดับ และอันดับ ของความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา (N = 207)	65
ตาราง 4.14 สรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อย และไขสันหลังประเภทที่ 1 โดยชุมชนของจังหวัดพะเยา	68
ตาราง 5.1 รูปแบบที่สังเคราะห์ขึ้นไปจัดสนทนากลุ่มเพื่อหารูปแบบที่สอดคล้องกับบริบท ของชุมชน	74



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบที่ 2.1 ผลการวิเคราะห์ meta regression analysis ของ Shojania และคณะ (2006) แสดงผลของแต่ละ quality improvement strategy ต่อ clinical outcome คือ การเปลี่ยนแปลงของ HbA1C	10
ภาพประกอบที่ 2.2 Chronic care model ซึ่งพัฒนาโดย The MacColl institute	11
ภาพประกอบที่ 2.3 British Columbia's expanded chronic care model	15
ภาพประกอบที่ 2.4 กรอบแนวคิด (Conceptual framework) ทุ่นส่วนและองค์ประกอบ ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง	18
ภาพประกอบที่ 2.5 การดำเนินการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน	24
ภาพประกอบที่ 2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย	30
ภาพประกอบที่ 4.1 แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1	69



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

จากความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและเครื่องมือทางการแพทย์ ส่งผลทำให้คนเราได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีจนมีอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น อย่างไรก็ตามถึงแม้คนเราจะมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้นแต่ก็ส่งผลกระทบต่อด้านลบกล่าวคือ คนเราต้องเผชิญกับภาวะความเสื่อมตามอายุและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุข พบว่า ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป เมื่อปี 2554 มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่สูงกว่า 300,000 คน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่สูงกว่า 800,000 คน (นพพร ชื่นกลิ่น, 2556) สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลหลายด้านทั้งผลเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพ โดยผลเสียด้านเศรษฐกิจ พบว่า ในปี 2551 รัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในผู้ป่วย 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวาย ประมาณ 308,337 ล้านบาท (นพพร ชื่นกลิ่น, 2556) ส่วนผลเสียด้านสุขภาพพบว่าปี 2554 สถิติโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ดังกล่าวมีภาวะแทรกซ้อนแล้ว 176,000 คน (นพพร ชื่นกลิ่น, 2556) และจากสถิติรายงานสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2548–2550 พบว่าโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของประเทศไทย (นาตยา ภมรเดชากุล, 2552 อ้างอิงจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) และจากนอกจากนี้การเจ็บป่วยยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต กล่าวคือก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยเรื้อรังควรได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนั้นจากสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากพึ่งพิงการดูแลรักษาโดยบุคลากรทางสุขภาพในสถานบริการจะต้องเผชิญปัญหาหลายประการ เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีไม่เพียงพอต่อการให้บริการแก่ผู้ป่วย ประกอบกับโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงน้อย และยารักษาโรคเหล่านี้ได้ผ่านการศึกษาด้านการใช้อย่างกว้างขวาง มีความปลอดภัยสูง ไม่ต้องการเทคโนโลยีที่ซับซ้อนราคาแพงในการประเมิน (ปัทมา โกมทุบุตร, 2553) การดูแลผู้ป่วยโดยสถานบริการระดับปฐมภูมิหรือการดูแลโดยชุมชนจึงเป็นรูปแบบที่เหมาะสมเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโดยชุมชนมีผลดีคือมีความสะดวกของผู้ป่วยในการรักษา เป็นการรักษาที่ดึงดูดความสนใจของผู้ป่วย ราคาไม่แพงสำหรับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ให้ความอิสระแก่ผู้ป่วยในการอาศัยในสภาพแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติ มีความยืดหยุ่นกว่าเมื่อเทียบกับวิธีการรักษาแบบอื่นๆ มุ่งเน้นการส่งเข้าสู่สังคมจากจุดเริ่มต้นและการสร้างพลังของชุมชนในการรักษาดูแลผู้ป่วยเอง มีวิธีการแทรกแซงชีวิตประจำวันปกติน้อยกว่าการรักษาอื่นๆ (สำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ, 2557:2)

โรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 (Spinocerebellar Ataxia type 1 : SCA1) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญโรคหนึ่งของสังคมไทย เนื่องจากโรคนี้ทำให้เกิดปัญหาต่อผู้ป่วยทั้งสุขภาพทางกาย และทางจิตใจ ตลอดจนการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ในส่วนการสูญเสียด้านสุขภาพทั้งทางกายและจิตเจ็มนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากโรคนี้ เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม มีการดำเนินการของโรคค่อนข้างช้า การแสดงอาการโรคสามารถเกิดขึ้นได้ในคนที่มีอายุตั้งแต่ 10-70 ปี



เมื่อเข้าสู่การแสดงอาการ ผู้ป่วยจะมีอาการกล้ามเนื้อจะขาดการประสานงานเพิ่มมากขึ้น (Progressive ataxia) ตาโปน (Bulging eyes) กล้ามเนื้ออ่อนแรง (Muscle weakness) กล้ามเนื้อกระตุก (Spasticity) การดิ่งตัวของกล้ามเนื้อ (Dystonia) และภาวะสูญเสียเซลล์ประสาทสั่งการส่วนบน (Loss of upper motor neuron) (U. Rüb, 2013: 3) ซึ่งคนป่วยที่เผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากคนปกติสู่ความพิการจะเกิดความเครียด มีปัญหาเรื่องการปรับตัว นอกจากนี้ยังทำให้เกิดผลเสียทางเศรษฐกิจคือต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น รวมทั้งไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 3 จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นอย่างดีและเป็นการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเช่นเดียวกันกับโรคเรื้อรังอื่นๆ แต่จะมีรายละเอียดของกิจกรรมแตกต่างออกไป

ห้องที่ตำบลบ้านถ้ำ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ได้ค้นพบโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 จากการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ดำเนินการสำรวจคนพิการในพื้นที่เพื่อให้การสนับสนุนสวัสดิการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545 มาตรา 47 ที่กำหนดหลักเกณฑ์การบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพพระระดับจังหวัด ซึ่งครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายผู้ที่สมควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็น คือ คนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2556 และผู้สูงอายุผู้ที่อยู่ในระยะจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทุกประเภท ในปี 2556 จากการคัดกรองได้พบกลุ่มผู้พิการที่มีลักษณะความพิการพิเศษคือกล้ามเนื้ออ่อนแรง เสียการทรงตัว และเกิดในเครือญาติเดียวกัน จึงได้ประสานกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ศูนย์โรคสมองภาคเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยกับไขสันหลังประเภท 1 จำนวน 12 ราย และมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงที่รบกวนเวลาเกิดความพิการหรือเดินไม่ได้ในบางครั้งอีกจำนวน 25 ราย จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีความรู้เรื่องโรค นอกจากนี้สภาวะความพิการนอกจากจะส่งผลเสียต่อสภาพจิตใจแล้ว ยังเป็นปัญหาต่อการขอรับสวัสดิการ กล่าวคือ สภาวะความพิการที่เกิดมาภายหลังยังไม่ได้การยืนยันที่ชัดเจนว่าเข้าสู่ภาวะความพิการ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการได้รับการสนับสนุนตามเกณฑ์ที่กำหนด ทำให้ขาดการดูแลหรือแก้ไขปัญหาความพิการที่ถูกต้องตามพยาธิสภาพของโรครวมถึงญาติและเครือญาติที่มีสายโลหิตเดียวกันยังขาดความรู้ ความเข้าใจจากปัญหาโรคจากปัญหาความพิการที่จะเกิดขึ้นกับคนในตระกูลตนเอง (ประจักษ์ กองตัน, 2556) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า สังคมจะต้องให้ความสำคัญต่อการดูแล

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยตระหนักว่าโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยกับไขสันหลังประเภทที่ 1 เป็นโรคที่เป็นปัญหาต่อบุคคล และชุมชน ทั้งด้านการเฝ้าระวังและการดูแลผู้ป่วย จึงสนใจศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและการเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยกับไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา



1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 สถานการณ์ บริบทของการเกิดโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยาเป็นอย่างไร

1.2.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยาเป็นอย่างไร

1.2.3 ผลการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยาเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และบริบทของการเกิดโรคโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา

1.3.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา

1.3.3 เพื่อศึกษาผลการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์และบริบทของการเกิดโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา และศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยาโดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ บริบทของการเกิดโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา ระยะที่ 2 เป็นการสังเคราะห์รูปแบบการเกิดโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนจังหวัดพะเยา และระยะที่ 3 เป็นการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 – 30 พฤศจิกายน 2558

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 โรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 หมายถึง โรคที่ได้รับการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม มีการดำเนินการของโรคค่อนข้างช้า การแสดงอาการโรคสามารถเกิดขึ้นได้ในคนที่มีความอายุตั้งแต่ 10-70 ปี เมื่อเข้าสู่การแสดงอาการ ผู้ป่วยจะมีอาการกล้ามเนื้อจะขาดการประสานงานเพิ่มมากขึ้น (progressive ataxia) ตาโปน (bulging eyes) กล้ามเนื้ออ่อนแรง (muscle weakness)



กล้ามเนื้อกระตุก (spasticity) การตึงตัวของกล้ามเนื้อ (dystonia) และภาวะสูญเสียเซลล์ประสาทสั่งการส่วนบน (loss of upper motor neuron)

1.5.2 สถานการณ์และบริบทของการเกิดโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 หมายถึง สถานการณ์รายรอบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา โดยแบ่งออกเป็นบริบท ได้แก่ โครงสร้างทางสังคมทั่วไปของชุมชน และบริบทเกี่ยวกับการการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ได้แก่ การทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอันประกอบด้วยผู้ทำงานด้านดูแลสุขภาพของชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ทำหน้าที่ด้านการเมืองการปกครองของชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือเครือญาติ ตลอดจนตัวผู้ป่วยเอง ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1

1.5.3 รูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชน หมายถึง องค์กรประกอบที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย การทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยพิจารณาใน 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ป่วยและเครือญาติ ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือเครือญาติ กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มผู้มีส่วนสนับสนุนของชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ตัวแทนจากเทศบาล และสมาชิกสภาเทศบาล

1.6 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 เป็นโรคเรื้อรังที่มีลักษณะพิเศษกว่าโรคเรื้อรังอื่นๆ คือหลังจากเริ่มแสดงอาการของโรคผู้ป่วยจะกลายเป็นผู้พิการที่ไม่สามารถจะรักษาให้กลับสู่ภาวะปกติได้ ทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัว เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ผลการวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้ชุมชนมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมภายใต้บริบทของชุมชน ตั้งแต่การคัดกรอง การดูแล จนกระทั่งช่วยผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวและดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้ยังเป็นต้นแบบในการเฝ้าระวังและการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ในพื้นที่อื่นๆ ของประเทศไทย ตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง การกำหนดแนวทางในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนใช้ผลการวิจัยเป็นปัจจัยนำเข้าของการกำหนดนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดและวิธีดำเนินการวิจัย โดยแบ่งเนื้อหาการทบทวนวรรณกรรมออกเป็น 6 ส่วนดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อเสื่อมการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1

2.2 สถานการณ์ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสื่อมการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา

2.3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อเสื่อมการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อเสื่อมการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลัง ประเภทที่ 1

เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อเสื่อมการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลัง ชนิดที่ 1 ซึ่งเป็นประเด็นหลักของการวิจัย เป็นโรคที่พบน้อยในประเทศไทย และสังคมยังมีข้อมูลไม่มากพอต่อการทำความเข้าใจธรรมชาติของโรค ผู้วิจัยจึงได้ค้นคว้าเนื้อหาเรื่องโรค แล้วสรุปเป็นสาระสำคัญดังนี้

2.1.1 ความหมายของโรค

โรคกล้ามเนื้อเสื่อมการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลัง ชนิดที่ 1 (Spinocerebellar Ataxia type1) หรือเรียกชื่ออื่นๆ ได้แก่ SCA1, olivopontocerebellar atrophy I, spinocerebellar atrophy I หรือ type 1 spinocerebellar ataxia เป็นโรคถ่ายทอดทางพันธุกรรมซึ่งทำให้สมองน้อย (Cerebellum) ไขสันหลัง (Spinal cord) และระบบประสาทนอกส่วนกลาง (Peripheral nervous system) ซึ่งอยู่บริเวณไขสันหลังของผู้ป่วยทำงานผิดปกติเนื่องจากการฝ่อลีบลง โรคนี้จะปรากฏโดยช้าและรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ อย่างไม่สามารถยับยั้งได้ สำหรับสมองน้อยของมนุษย์นั้นทำหน้าที่ร่วมกับระบบประสาททั้งส่วนกลาง (Central nervous system) และส่วนปลาย (Peripheral nervous system) ในการควบคุมการทรงตัวและการเคลื่อนไหวของมนุษย์ โดยอาศัยไขสันหลังในการส่งผ่านกระแสประสาท (Genetics Home Reference, 2012)

2.1.2 ความชุกของโรค

โรคกล้ามเนื้อเสื่อมการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังพบน้อยมากในโลกนี้ โดยมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 1-2 คนต่อหนึ่งแสนคน อย่างไรก็ตามความชุกของโรคจะแปรผันไปตามภูมิภาคและพื้นฐานชาติพันธุ์ (National ataxia foundation, 1014)



2.1.3 อาการของโรค

อาการของโรคมักเริ่มปรากฏตั้งแต่ผู้ป่วยยังอยู่ในวัยก่อนวัยเริ่มเจริญพันธุ์ (puberty) อย่างไรก็ตาม โรคนี้บางประเภทก็ปรากฏในวัยผู้ใหญ่ (adult) เลยก็ได้ ผู้ป่วยเป็นโรคนี้จะสูญเสียความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวทางกายภาพของตน โดยเกิดภาวะสูญเสียการประสานกันของท่าเดิน (unsteady gait) มีอาการพูดไม่เป็นความ (dysarthria) และอาการตากระตุก (nystagmus) นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังอาจมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วยนอกเหนือจากดังกล่าว เช่น อาการสั่น (tremor) ภาวะซึมเศร้า (depression) ภาวะหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (spasticity) และโรคนอนไม่หลับ (sleep disorders) อนึ่ง การค้นคว้าอื่น ๆ ยังระบุว่า อาจมีโรคดังต่อไปนี้แทรกซ้อนขึ้นมาในระหว่างการพัฒนาได้ เช่น ภาวะกระดูกสันหลังโกศด (kyphoscoliosis) ภาวะนิ้วเท้าจุ่ม (hammer toe) ภาวะส่วนโค้งเท้าสูงชัน (high arches) หรือโรคหัวใจ (heart disease) (National ataxia foundation, 1014)

2.1.4 อาการแสดง

อายุของผู้ป่วยที่เริ่มเป็นโรค และลักษณะการถ่ายทอดทางพันธุกรรมจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของยีนบนโครโมโซมที่ได้รับผลกระทบของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม แม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวทางกายภาพของผู้ป่วยจะเสื่อมสภาพลงตามลำดับและสูญเสียไปในที่สุด แต่ระบบจิตใจและความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยยังคงปกติ (National ataxia foundation, 1014)

2.1.5 สาเหตุของโรค

โรคนี้เกิดขึ้นจากความผิดปกติในการผลิตซ้ำของโพลีกลูตาไมน์ ไตรนิวคลีโอไทด์ (Trinucleotide repeat disorders, trinucleotide repeat expansion disorders, triplet repeat expansion disorders หรือ codon reiteration disorders) อันเป็นความผิดปกติทางพันธุกรรมเพราะนิวคลีโอไทด์ผลิตตนเองซ้ำ ๆ มากกว่าปกติและเกินความต้องการของร่างกาย หากการผลิตดังกล่าวมีขึ้นเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดโรคดังกล่าวได้เร็วขึ้น และจะมีการดำเนินโรคและอาการทางคลินิกมากขึ้น (National ataxia foundation, 1014)

2.1.6 การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคนี้ต้องอาศัยความรู้ทางพันธุศาสตร์และประสาทวิทยาอย่างมาก เพราะอาจสับสนกับโรคทางระบบประสาท (neurological condition) อื่น ๆ ได้ เป็นต้นว่า โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis) วิธีหนึ่งในการวินิจฉัยโรคนี้ได้แก่การใช้ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) หรือ เครื่องถ่ายภาพด้วยเรโซแนนซ์แม่เหล็ก (MRI) ในการตรวจวิเคราะห์สมอง หากผู้ป่วยเป็นโรคนี้จริงจะพบว่ามีสมองน้อยของผู้ป่วยฝ่อลงอย่างเห็นได้ชัด การวินิจฉัยที่แม่นยำที่สุดได้แก่การตรวจโครงสร้างทางพันธุกรรมของผู้ป่วย วิธีนี้ยังสามารถใช้ตรวจวิเคราะห์ได้กว่ามีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคทางพันธุกรรมนี้หรือไม่ด้วย (National ataxia foundation, 1014)



2.1.7 การดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย

เนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้ได้รับผลกระทบจากการแสดงอาการของโรคในลักษณะการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกผันจากคนปกติไปสู่คนพิการ และมีแนวโน้มจะไม่สามารถรักษาให้หายคืนสู่สภาพปกติได้ ดังนั้นการดูแลปัจจัยสำคัญในการดำรงชีพในฐานะผู้ป่วยจึงมีลักษณะดังนี้ (National care caregiver alliance, 2007)

1. การสนับสนุนด้านการเงิน (Financial Issues) เนื่องจากการพลิกผันของการดำเนินชีวิตทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการขาดรายได้ ความช่วยเหลือด้านการเงิน
2. งานและการดูแลเมื่อสูงอายุ (Work and Eldercare)
3. ประเด็นทางกฎหมาย (Legal Issues)
4. การสนับสนุนปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต (The Need for Support) ได้แก่ น้ำดื่ม (Drinking water 3-6 day supply) อาหารประเภทไม่ต้องลงมือทำเองและมีพลังงานสูง (Food ; 3-6 day supply, requires no cooking, high energy) ไฟฉายที่ผ่านการตรวจสอบความพร้อมของแบตเตอรี่แล้ว (Flashlight ; check batteries regularly), วิทยุชนิดพกพาได้ (Portable radio; check batteries regularly), ชุดปฐมพยาบาล (First aid kit Spare batteries) รายการยา (Medications list), เงินสด (Cash), แบบดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency medical form), การดูแลอนามัยส่วนบุคคล (Personal hygiene items), รองเท้าสำหรับสวมใส่เดิน (Walking shoes), ผาห่ม (Blankets), ขวดน้ำ (Water bottles), หน้ากากป้องกันฝุ่น (Dust masks)

2.1.8 การบำบัดรักษาและการพยากรณ์โรค

ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาผู้ป่วยเป็นโรคนี้ และไม่มีวิธีฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วยให้กลับเป็นปกติเช่นเดิมได้ แต่ยังสามารถบรรเทาความรุนแรงของอาการได้ โดยอาศัยการทำกายภาพบำบัดและรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น การบรรเทาความรุนแรงของอาการต่าง ๆ นั้น ได้แก่ การใช้อุปกรณ์ภายนอกช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองมากที่สุดเท่าที่กระทำได้ เช่น ไม้เท้า (cane) ไม้ยันรักแร้ (crutch) เครื่องช่วยเดิน (walker) หรือเก้าอี้รถเข็น (wheelchair) ช่วยในการเคลื่อนไหว กับทั้งอุปกรณ์ช่วยเขียน ช่วยป้อนอาหาร และช่วยดูแลผู้ป่วยในกรณีที่สูงวัยเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวของมือ ตลอดจนอุปกรณ์ช่วยติดต่อสื่อสารในกรณีที่สูงวัยเสียความสามารถของขากรรไกรล่างด้วย

2.2 สถานการณ์ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังของจังหวัดพะเยา

2.2.1 ประวัติการค้นพบ

จังหวัดพะเยาได้ค้นพบโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 จากการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ดำเนินการสำรวจคนพิการในพื้นที่เพื่อให้การสนับสนุนสวัสดิการตามพระราชบัญญัติแล้วหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545 มาตรา 47 ที่กำหนดหลักเกณฑ์การบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด ซึ่งครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายผู้ที่สมควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็น คือ คนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2556 และผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทุกประเภท ในปี 2556 จากการคัดกรองได้พบกลุ่มผู้พิการที่มี



ลักษณะความพิการพิเศษคือกล้ามเนื้ออ่อนแรง เสียการทรงตัว และเกิดในเครือญาติเดียวกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาจึงได้ประสานกับสำนักโรคบาตวิทยา สำนักงานควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ และศูนย์สมองคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ศูนย์โรคสมองภาคเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมีผู้เข้าร่วมคัดกรองจำนวน 86 ราย พบว่ามีผู้ป่วยภาวะอาการของโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง จำนวน 23 ราย อายุระหว่าง 31-61 ปี เป็นเพศชาย 11 ราย เพศหญิง 12 ราย อาการอยู่ในระดับรุนแรง คือเดินไม่ได้ หรือเดินเซ และพูดไม่ชัด จำนวน 21 ราย และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยกับไขสันหลังประเภท 1 (อารีย์ ต้นบรรจง, 2556)

2.2.2 การกระจายของโรค

จากผลการคัดกรองพบว่าผู้ป่วยของจังหวัดพะเยากระจายอยู่ใน 4 ครอบคลุม อาศัยอยู่ใน 2 อำเภอ คือ อำเภอดอกคำใต้ 21 ราย และอำเภอภูซาง จำนวน 2 ราย สำหรับอำเภอดอกคำใต้ผู้ป่วยกระจายอยู่ในตำบลบ้านถ้ำ จำนวน 16 ราย ตำบลห้วยลาน จำนวน 3 ราย และตำบลดอนศรีชุม จำนวน 2 ราย ส่วนอำเภอภูซางผู้ป่วยอยู่ในตำบลเชียงแรง จำนวน 2 ราย (ประจักษ์ กองตัน, 2556)

2.3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลัง ประเภทที่ 1

เมื่อโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ได้แสดงอาการแล้ว จะมีสภาพเหมือนผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งจะต้องได้รับการดูแลแตกต่างไปจากผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งมีเนื้อหาที่ควรพิจารณาเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่เปลี่ยนสภาพอาการดังนี้

2.3.1 ความต้องการของผู้ป่วย

ความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังนั้น เป็นความต้องการแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้

1) ความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือในเรื่องของความจำเป็นพื้นฐานของบุคคล เช่น ความสะอาดของร่างกาย อาบน้ำ แต่งตัว การขับถ่าย อาหารที่เหมาะสมกับโรค การเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย การพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียด การได้รับยาตามการรักษาของแพทย์ การได้ไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น

2) ความต้องการด้านจิตใจ ได้แก่ การได้รับความรัก ความเข้าใจและกำลังใจจากครอบครัวในการปรับตัวให้สามารถมีชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีอยู่ สร้างความรู้สึกในควมมีคุณค่าของผู้ป่วยต่อครอบครัว ซึ่งเป็นความรู้สึกที่มีความหมายและความสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างมาก

3) ความต้องการด้านสังคม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่จำเจจำกัดเฉพาะที่สำหรับผู้ป่วยเท่านั้น ควรพาผู้ป่วยออกจากเตียงนอน หรือออกไปภายนอกที่ไม่ใช่ที่ผู้ชนแออัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะเพื่อน และญาติพี่น้อง ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสไปรับอากาศบริสุทธิ์ตามธรรมชาติบ้าง



2.3.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วย

ในการดูแลผู้ป่วยที่แสดงอาการเข้าสู่สภาวะโรคเรื้อรังนั้นได้มีประเทศต่างๆ ได้พยายามพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เช่นในประเทศอเมริกา กล่าวคือ ในห้วง 10 ปีที่ผ่านมา ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ประสบวิกฤตการณ์ระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ได้รับการดูแลรักษาโดยหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตัวอย่างเช่น ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการดูแลโดย Primary Care Clinicians ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวมีเหตุผลรองรับที่สมเหตุสมผลคือ ประการแรกคือ ระดับความสามารถของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงน้อย และยารักษาโรคเหล่านี้ได้รับการศึกษาการใช้อย่างกว้างขวาง ความปลอดภัยสูง ไม่ต้องการเทคโนโลยีที่ซับซ้อนราคาแพงในการประเมิน ขณะเดียวกันจุดเด่นในเรื่อง comprehensive care ก็เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยมักมีหลายโรค หลายปัญหาด้วย (ปีทมา โคมุทบุตร, 2551) เพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลที่เหมาะสม MacColl Institute for Healthcare Innovation ซึ่งเป็นกลุ่มนักวิจัยนำโดย Edward H Wagner ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังขึ้นที่เรียกว่า Chronic care model (CCM) ในช่วงปี พ.ศ. 2541-2545 เพื่อสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับประเภทมาตรการและสร้างต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ซึ่ง Chronic care model นับว่าเป็นกรอบความคิดเริ่มแรกในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และถือเป็นเครื่องมือที่ดีสำหรับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ครอบคลุมทั้งระดับบุคคลและระดับประชาชนในภาพรวม โดยมีฐานการคิดที่ว่า “การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องอาศัยการรวมตัวกันของผู้ป่วย มีผู้เตรียมการ และมีระบบการจัดการเป็นระดับขึ้น” ผลจากการศึกษาได้ข้อสรุปว่า Chronic care model ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 6 องค์ประกอบดังนี้ (Fiandt, 2006)

- 1) จัดองค์กรที่เหมาะสมสำหรับระบบสุขภาพ (Health systems organization)
- 2) ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร (Clinical information system)
- 3) จัดองค์กรที่เหมาะสมสำหรับระบบสุขภาพ (Health systems organization)
- 4) การออกแบบระบบบริการ (delivery system design)
- 5) สนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support)
- 6) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support)

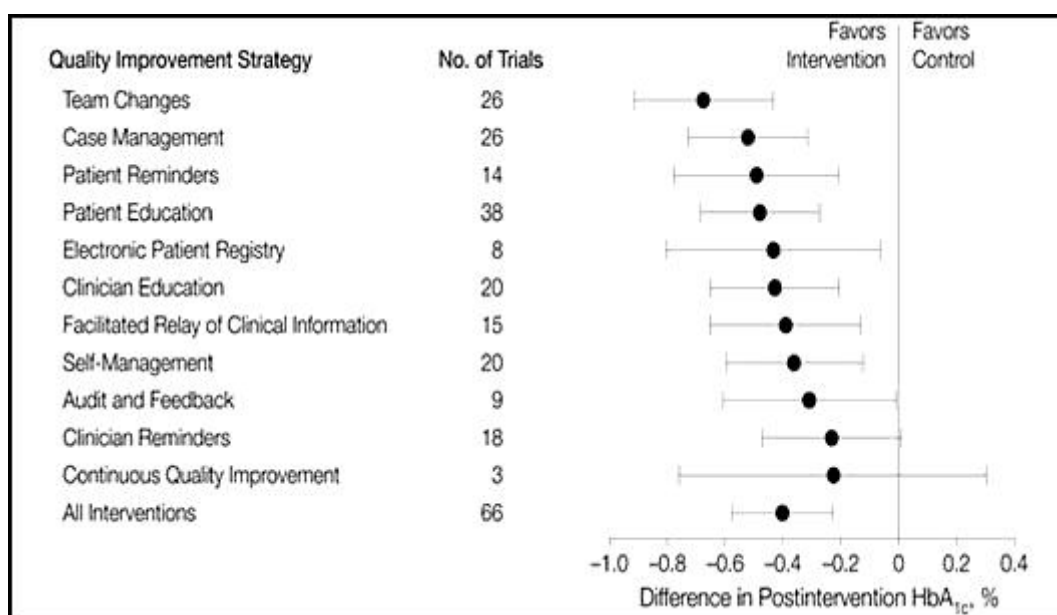
โดย 4 องค์ประกอบแรกเน้นที่การจัดระบบบริการ ส่วน 2 องค์ประกอบหลังเน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สำหรับกระบวนการพัฒนารูปแบบ Chronic care model มีขั้นตอนดังนี้ (ปีทมา โคมุทบุตร, 2551)

ขั้นที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมและสร้าง model

การศึกษาแบบ systematic review ได้จัดหมวดหมู่กลยุทธ์ (intervention strategy) เป็น 4 หมวดใหญ่ ได้แก่ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ การออกแบบระบบบริการ ระบบสารสนเทศ และการสนับสนุนการดูแลตนเอง ผลงานวิจัยพบว่า ทุกหมวดมีผลบวกต่อ outcome และหน่วยใดมีองค์ประกอบเหล่านี้มากยิ่งพบผลสำเร็จมาก

Meta regression analysis เกี่ยวกับกลยุทธ์พัฒนาคุณภาพบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า องค์ประกอบของบริการ อันได้แก่ การจัดทีม (team change) และวางแผนทางดูแลผู้ป่วย (case management) ส่งผลต่อการควบคุมโรค มากกว่าการดูแลตนเอง (self management) และระบบสารสนเทศ (clinical information system) ดังแสดงในภาพประกอบที่ 2.1





ภาพประกอบที่ 2.1 ผลการวิเคราะห์ meta regression analysis ของ Shojania และคณะ (2006) แสดงผลของแต่ละ quality improvement strategy ต่อ clinical outcome คือ การเปลี่ยนแปลงของ HbA1C

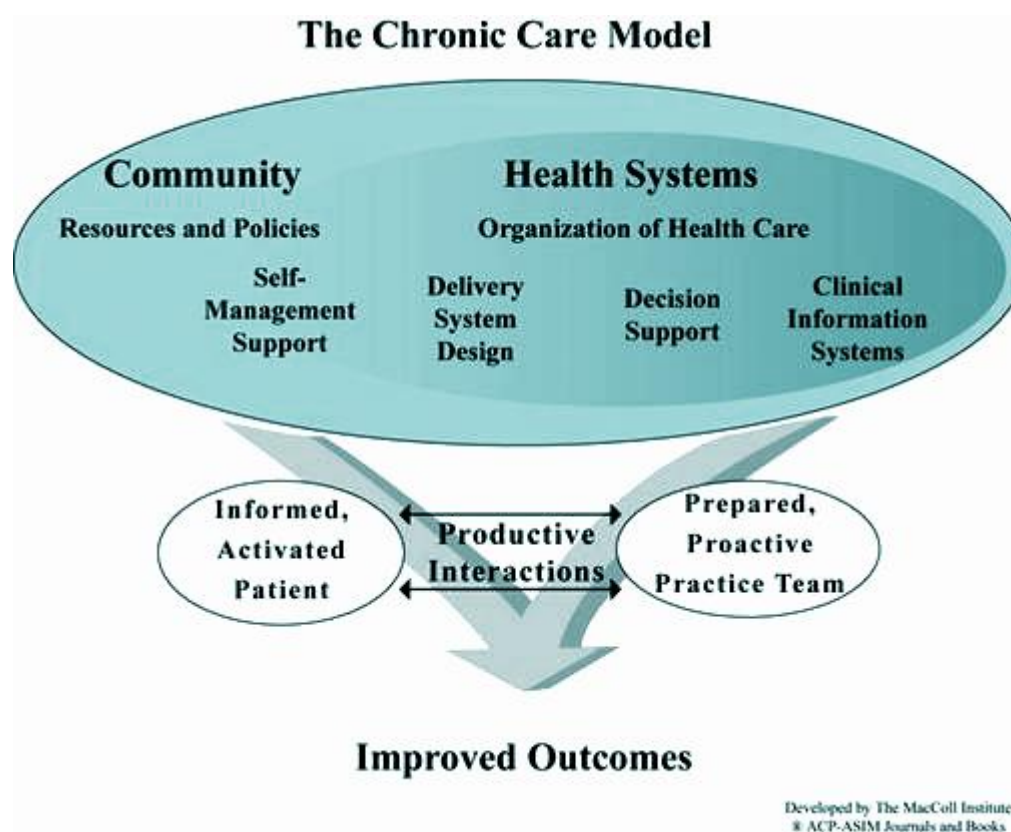
อย่างไรก็ตาม โดยสรุปคือ ทุกกลวิธีต่างให้ผลดีต่อการควบคุมโรคผู้ป่วย (ยกเว้น continuous quality improvement ซึ่งยังสรุปไม่ได้เนื่องจากมีงานวิจัยเกี่ยวข้องน้อยมาก) และเมื่อได้ผลดังกล่าว จึงมีการออกแบบเป็นรูปของ Chronic care model ขึ้น โดยมีการเพิ่มเติมองค์ประกอบส่วน community resource เข้าไปตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นที่ 2 ทดลองนำมาใช้จริงกับหน่วยบริการปฐมภูมิ

ได้ทดลองปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยโครงการนำร่อง Breakthrough Series (BTS) ซึ่งมีหน่วยบริการปฐมภูมิ 104 แห่ง ประกอบด้วยองค์กรที่รับผิดชอบเบาหวาน 36 แห่ง, หอบหืด 23 แห่ง, ซึมเศร้า 23 แห่ง, ภาวะหัวใจล้มเหลว 16 แห่ง และคนชรา 6 แห่ง แต่ละองค์กรมีขนาดเล็กใหญ่ต่างกัน, มีโครงสร้างการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลต่างกัน เข้าร่วมโครงการนำองค์ประกอบของ chronic care model ไปปรับปรุงบริการ ผลการติดตาม 2-3 ปีพบว่า บางองค์กรประสบความสำเร็จในการนำหลักการมาปฏิบัติจริง แต่บางองค์กรก็ไม่สามารถทำได้ ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยการวางแผนที่เป็นระบบ เนื่องจากการแต่ละองค์ประกอบต้องออกแบบให้เอื้อซึ่งกันและกัน เช่น การทำระบบฐานข้อมูลที่พัฒนาขึ้นอาจไม่ถูกนำมาใช้ หากไม่เอื้อต่อองค์ประกอบอื่น ๆ และปัจจุบันนี้ ยังมีการประเมินต่อเนื่อง ยังมีการเปิดให้ทุนแก่นักวิจัยในการทดสอบประสิทธิภาพจากการนำ chronic care model ไปใช้ด้วย ในชื่อ RAND study



จากผลการศึกษาสรุปว่าองค์ประกอบของ chronic care model ดังแสดงในภาพประกอบที่ 2.2 กล่าวคือเมื่อมองจากล่างขึ้นบน อธิบายได้ว่า ความสำเร็จของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังคือ สร้างปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์ (productive interaction) จากเดิมที่มีช่องว่างระหว่างผู้ป่วย (เบื่อหน่าย, หหมดกำลังใจ, ไม่มาตามนัด) กับผู้ให้บริการทางการแพทย์ (ไม่ทราบประวัติเดิม, แพทย์ไม่มีเวลา, รับภาระผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน)



ภาพประกอบที่ 2.2 Chronic care model ซึ่งพัฒนาโดย The MacColl institute

ปฏิสัมพันธ์ (interaction) ในที่นี้ไม่ได้หมายถึงการนัดพบตัวต่อตัวเท่านั้น แต่รวมการติดต่อสื่อสารอื่นๆ เช่น โทรศัพท์ อีเมล.

อย่างสร้างสรรค์ (productive) หมายถึง เวชปฏิบัติที่อยู่บนหลักฐานวิชาการ มีความเป็นระบบ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

นอกจากนี้หลักฐานยืนยันชัดเจนถึงประสิทธิภาพของรูปแบบทั้งการศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง : การดำเนินการและการประเมินประสิทธิภาพของ Bodenheimer (2003) หรือการประเมินสถานการณ์ความร่วมมือการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง : กรอบความคิดและการออกแบบการดำเนินการของ Cretin และคณะ (2004) หรือการศึกษาประสิทธิภาพของแต่ละองค์ประกอบของ Chronic care model ต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Sperl-Hillen และคณะ (2004)



หรือการวิเคราะห์หัตถิยานุรูปการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Tsai และคณะ (2005) จึงสรุปได้ว่า Chronic care model เหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

2.3.3 การประยุกต์ใช้ chronic care model ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

จากภาพ จะเห็นว่าองค์ประกอบทั้ง 6 ส่วน ไม่ได้แยกจากกัน แต่ทับซ้อนกัน กล่าวคือ ส่วนที่ครอบคลุมทั้งหมด ได้แก่ บริบทของชุมชน คือ ทรัพยากรในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นของรัฐหรือเอกชน เป็นทรัพยากรบุคคล สถานที่ รวมทั้งนโยบายการเมือง ส่วนที่วงในที่ซ้อนทับอยู่คือ ระบบภายในหน่วยบริการ ซึ่งหากเปรียบเป็นอาคาร ส่วนหลังคาของระบบนี้คือ แผนงานระดับบริหารของหน่วยงาน (health systems organization) ส่วนที่อยู่ใต้ชายคาคือ ระดับผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน ซึ่งควรมีองค์ประกอบระดับนี้อีก 4 ประการคือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลโรคเรื้อรังของตนเองได้ รูปแบบการให้บริการ เครื่องช่วยในการตัดสินใจ และระบบฐานข้อมูลทางคลินิกซึ่งหน่วยบริการในที่นี้ อาจหมายถึงหน่วยที่มีทรัพยากรมาก เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด หรือหน่วยบริการที่มีทรัพยากรน้อยกว่า เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า chronic care model มีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดต่อไปนี้

1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) คือการสร้าง ความตระหนัก และความสามารถในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมาย การรักษา, เข้าใจอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของตนเอง ได้ว่า สามารถจัดการเองได้หรือต้องไปพบแพทย์ (empower and prepare patients to manage their health care) การที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรักษาสุขภาพตนเองได้นั้น ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้ คือ

- (1) ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง (motivation)
- (2) การมีความรู้ความเข้าใจในโรคของตนเอง (knowledge)
- (3) มีทักษะในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง (problem solving skill)
- (4) มีความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง (self efficacy)
- (5) ส่วนที่เป็นอุปสรรค หรือความขาดแคลนทรัพยากร ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน (identified barrier)

จากประสบการณ์ในเวชปฏิบัติ พบว่า ผู้ป่วยปัจจุบันได้รับรู้ และมีความเข้าใจใน เรื่องโรคมามากขึ้น แต่การปฏิบัติก็ยังจำกัด ด้วยหลายเหตุผล เช่น ผู้ป่วยที่ต้องดูแลคนในครอบครัวมักไม่ค่อย ใส่ใจเรื่องสุขภาพตัวเอง, ผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วนไม่สามารถออกกำลังกายได้ เพราะมีปัญหาปวดข้อ หรือเหนื่อยง่าย, ให้ผู้ป่วยเจาะวัดน้ำตาลในเลือดเองที่บ้าน แต่ผู้ป่วยกลัวแปลผลผิด ขอบมาเจาะที่ โรงพยาบาลดีกว่า ฯลฯ ดังนั้นหากทีมให้บริการสุขภาพได้ประเมินก็จะช่วยวางแผนรักษาได้ดีขึ้น พบว่าการให้ความรู้แบบทางเดียวจากวิทยากรให้ผู้ป่วย (knowledge based education) มีผลน้อยต่อการนำไปปฏิบัติ เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวยังขาดความมั่นใจ

2) การออกแบบระบบบริการ (delivery system design) ประกอบด้วยหลักการ 3 ประการ คือ

- (1) จัดทีมบริการ (Team based approach)
- (2) จัดทำแผนเยี่ยม (Planned care visit)
- (3) การจัดการรายกรณี (Case management)



หลักการที่ว่าแพทย์ในระบบบริการปฐมภูมิควรทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และป้องกันโรค รวมทั้งควรดูแลต่อเนื่องเป็นแพทย์ประจำตัว เป็นหลักการที่ดี แต่ไม่ได้หมายความว่าทุกอย่างแพทย์ควรเป็นผู้จัดการคนเดียวเท่านั้น ปัญหาที่พบจากการทำเช่นนั้นคือ สิ่งที่ Wagner เรียกว่า “Tyranny of urgent” นั่นคือ การที่แพทย์มีเวลาจำกัดในการดูแลผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เมื่อมาพบแพทย์มักมีอาการฉุกเฉินอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ปวดเข่า ปวดหลัง แพทย์ใช้เวลาไปกับการตรวจ และให้การรักษาอาการเหล่านั้นจนเหลือเวลาไม่มากให้กับเรื่องโรคประจำตัวผู้ป่วย หลายครั้งที่แพทย์ซึ่งทำงานในระดับปฐมภูมิรู้สึกเหน็ดเหนื่อยและเบื่อหน่ายกับการตรวจผู้ป่วยจำนวนมาก ด้วยการทำอะไรซ้ำๆ ประจำ ต้องจัดการกับยาต่าง ๆ มากมาย เป็นเหตุผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีคุณภาพไม่สม่ำเสมอ พบข้อผิดพลาดอยู่บ่อย ๆ แม้จะมีการสังเคราะห์เวชปฏิบัติอิงหลักฐาน มาเป็นแนวทางเวชปฏิบัติที่คุณภาพดีจำนวนมาก และหน่วยบริการมี Protocol ที่ดีเมื่อมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมาก ทำให้ความใส่ใจในรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละคนน้อยลง การตรวจรักษาอาจทำไปตาม protocol ที่จัดทำไว้กว้าง ๆ แต่ผู้ป่วยแต่ละคนมีความรุนแรงของโรค ปัญหาในการควบคุมโรคแตกต่างกัน เปรียบเหมือนการตัดเสื้อโหลจากโรงงานให้คนอ้วน คนผอมใส่จะไม่พอดีหลักการทั้ง 3 ข้างต้น แท้จริงเป็นเรื่องเดียวกัน การเชื่อมโยงบทบาทแพทย์กับบุคลากร เช่น พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ฯลฯ เป็นทีมสหวิชาชีพ เรื่อง case management มิใช่ถือเป็นหน้าที่ของพยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์เท่านั้น แต่ทุกคนในทีมถือเป็นภารกิจร่วมกัน อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนวิธีจากนัดติดตามผู้ป่วยแบบตามสะดวก มาเป็นตามแผนการ (planned care) ตัวอย่าง planned care เช่น ก่อนผู้ป่วยมาตามนัด ได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าเตรียมตัวตรวจอะไรบ้าง เตรียมข้อมูลอะไรบ้าง ขณะที่ทีมก็เตรียมว่าผู้ป่วยรายนี้ต้องการพบสหวิชาชีพใดบ้าง เมื่อผู้ป่วยมาถึงมีเจ้าหน้าที่รวบรวมทั้งข้อมูลห้องปฏิบัติการและข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เตรียมพร้อมไว้ให้แพทย์ แพทย์เมื่อตรวจผู้ป่วยแล้วมีการ ส่งต่อผู้ป่วยให้กับสหวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องดูแลให้เสร็จภายในวันนั้น ข้อดีของ planned care คือ สามารถจัดการภาวะเรื้อรังโดยเฉพาะ แยกจากปัญหาสุขภาพฉุกเฉินอื่น ๆ และยังสามารถวางรูปแบบการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ตามความแตกต่างของแต่ละกลุ่ม เช่น ตามความซับซ้อนของโรคเรื้อรัง) หรือตามเชื้อชาติ วัฒนธรรม ICIC ได้แนะนำ 4 ประเภทของ planned care ตามกลุ่มโรคและวิชาชีพที่ควรมีในทีม

3) การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support)

มีหลายวิธีที่ช่วยสนับสนุนให้แพทย์และ ทีมรักษาพยาบาลสามารถใช้ความรู้ที่ทันสมัยในการตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วย เช่น จัดประชุมวิชาการ เพื่อ continuous medical education (CME) หรือในต่างประเทศมีการเพิ่มความสะดวกให้กับแพทย์ที่ไม่ค่อยมีเวลาติดตามวิชาการ ด้วยการ มีผู้ช่วยให้คำแนะนำปรึกษาที่เรียกว่า academic detailer ไปเยือนตามหน่วยบริการต่างๆ แต่พบว่า วิธีที่ดีที่สุดคือ ให้ evidence-based guidelines ผสมผสานอยู่ในระบบการให้บริการประจำวันตัวอย่างเช่น ในระบบสั่งยา อาจมีระบบเตือนหากสั่งยาที่ผู้ป่วยได้รับแล้วเกิดผลเสียต่อการควบคุมโรคหรือมีผลข้างเคียงที่ควรนัดมาตรวจหลังจากรับยา เป็นต้น รวมทั้งมีระบบปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่เป็นการสื่อสารสองทาง นั่นคือ แพทย์ปฐมภูมิสามารถรับรู้ข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้วย



4) ระบบสารสนเทศเพื่อการบริการ (Clinical information system) คุณสมบัติของระบบฐานข้อมูลที่ดี คือ

(1) สามารถช่วยเตือนผู้ให้บริการและผู้ป่วยว่าถึงเวลาต้องทำอะไร เช่น ถึงเวลาตรวจตาประจำปี

(2) สามารถแยกแยะผู้ป่วยที่อยู่ในฐานข้อมูลเป็นกลุ่มย่อย ตามความเสี่ยงเพื่อวางแผนป้องกันได้

(3) สามารถช่วยให้วางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับแต่ละรายบุคคลได้

(4) ข้อมูลสามารถใช้ร่วมกันได้ระหว่างทีมผู้ให้บริการ และผู้ป่วยในส่วนที่จำเป็น

(5) สามารถวัดประเมินประสิทธิภาพการทำงานของทีม และระบบงานได้

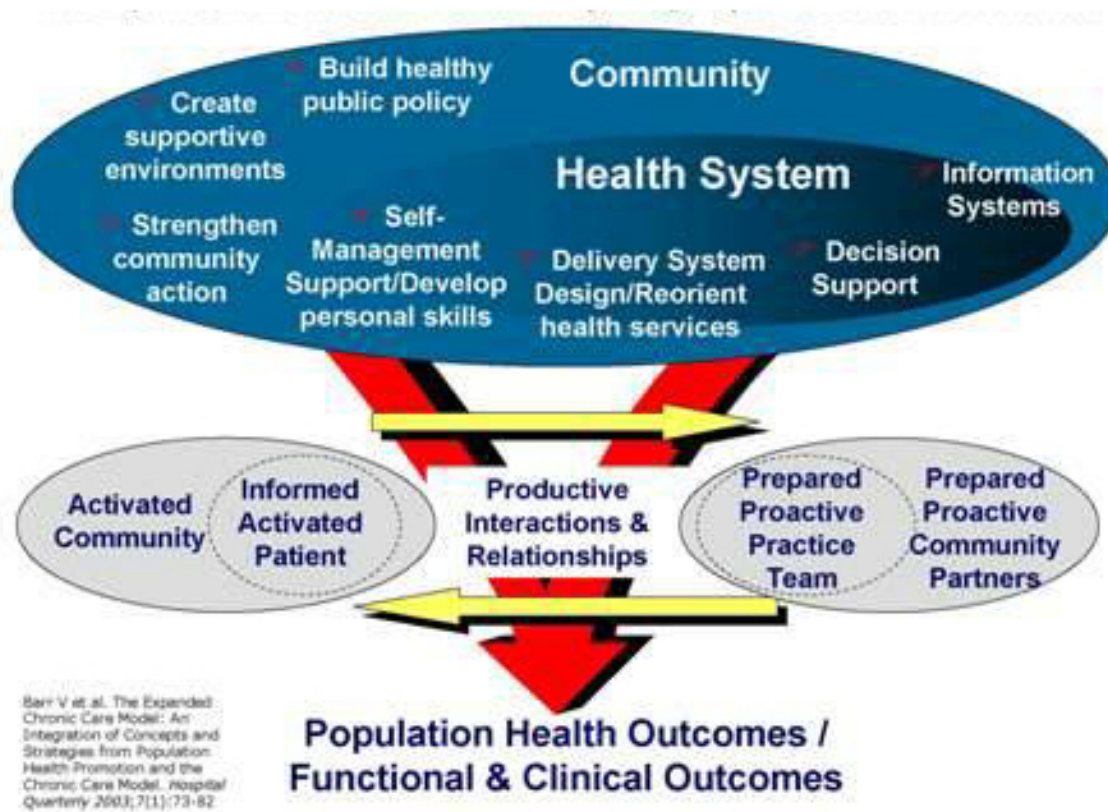
ระบบฐานข้อมูลไม่จำเป็นต้องใช้คอมพิวเตอร์ (electronic medical records) เสมอไป เช่น ในหน่วยบริการขนาดเล็ก อาจเป็นกระดาษที่จัดระบบการเก็บข้อมูล การแชร์ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ก็ถือเป็นระบบฐานข้อมูลที่ดีได้

5) ร่วมใช้ทรัพยากรจากชุมชน (Community resource linkages) นั่นคือการทำความตกลงให้มีการร่วมใช้ทรัพยากรขององค์กรต่าง ๆ ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งระหว่างหน่วยบริการสุขภาพขนาดเล็ก ขนาดใหญ่ และระหว่างหน่วยบริการกับส่วนบริการอื่น ๆ ในจากคนในพื้นที่มากขึ้น

6) จัดองค์กรที่เหมาะสมสำหรับระบบสุขภาพ (Health systems organization) จากภาพจะเห็นว่าเป็นส่วนหลังคาขององค์กร หมายถึง เป็นแนวทางที่ครอบคลุมและชี้นำการปฏิบัติงานภายในองค์กรโดยรวม สิ่งสำคัญคือความยั่งยืนของแผนงานพัฒนา แม้ขาดหลักฐานทางงานวิจัยเชิงปริมาณ แต่จากการศึกษาแบบสังเกตการณ์ ในองค์กรที่ทดลองนำ chronic care model ไปปฏิบัติพบว่า ในที่มีการเปลี่ยนผู้นำองค์กรบ่อย ๆ จะประสบความสำเร็จน้อยกว่า อย่างไรก็ตาม บางองค์กรจะมีผู้นำที่ไม่ได้แต่งตั้งเป็นทางการ แต่ได้รับความเชื่อถือ ที่เรียกว่า ผู้นำระดับสูง (senior leadership) ซึ่งสามารถเป็นแกนนำให้แผนการดำเนินต่อไปได้ หากองค์กรนั้นได้กำหนดการดูแลโรคเรื้อรัง อยู่ในวิสัยทัศน์ และพันธกิจขององค์กร หรือเป็นแผนระยะยาวไว้แล้ว นอกจากนี้การกระจายอำนาจให้มีผู้รับผิดชอบหลักของโครงการและผู้รับผิดชอบส่วนย่อยของโครงการ และกลไกการให้คำตอบแทนตามภาระ และคุณภาพงานเป็นการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน

สำหรับสถานการณ์การนำ chronic care model พัฒนา primary care ในประเทศต่างๆ นั้นแคนาดา เป็นประเทศแรกๆ ที่นำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน primary care ด้วย chronic care model โดยมี Calgary health region รัฐ Alberta เป็นแกนนำ มีการจัดประชุมวิชาการระบบดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยเฉพาะเป็นประจำทุก 2 ปี ในบางรัฐ มีการดัดแปลงเพิ่มเติม model บางส่วน เช่น Extended Chronic Care Model (ECCDM) ของ British Columbia health network แคนาดา ซึ่งเพิ่มรายละเอียดในส่วน community resource ดังแสดงในภาพประกอบที่ 2.3





ภาพประกอบที่ 2.3 British Columbia's expanded chronic care model

Chronic care model นี้ได้นำไปใช้ในทวีปอื่นๆ ได้แก่ ออสเตรเลีย สหราชอาณาจักร เดนมาร์ก เยอรมันนี เป็นต้น ในเอเชีย น่าสนใจว่า ประเทศจีน ได้พัฒนา chronic care model ของตนเอง และประเทศเพื่อนบ้านเราอย่างสิงคโปร์ รัฐบาลกำลังให้ความสนใจในการสร้าง model เช่นกัน

ในระยะเวลา 10 ปีนับแต่การตีพิมพ์เผยแพร่ของ Chronic care model มีการทดสอบสมมติฐานดังกล่าว จาก Meta-analysis หนึ่ง (Tsai, Morton, Mangione & Keeler, 2005) พบว่า องค์ประกอบของ CCM สามารถให้ผลลัพธ์ทางคลินิก, เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน อย่างน้อยใน 4 โรค คือ เบาหวาน, ซึมเศร้า, หอบหืด และหัวใจล้มเหลว โดยการมีองค์ประกอบใด CCM อันใดอันหนึ่งก็มีผลบวก และยังมีหลายองค์ประกอบก็ยังมีผลบวกมากขึ้น อย่างไรก็ตามไม่สามารถสรุปได้ว่า CCM ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้หรือไม่ และองค์ประกอบใดสำคัญยิ่งกว่าองค์ประกอบใด จากการทบทวนวรรณกรรมของคณะผู้ทำงาน CCM (Coleman, Austin, Brach & Wagner, 2009) สรุปว่า หลักฐานที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษในขณะนี้บ่งชี้ว่าการพัฒนาองค์กรตามกรอบแนวคิด Chronic care model เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อย่างไรก็ตามข้อสังเกตคือ หลักฐานที่ตีพิมพ์เกือบทั้งหมด มาจากสถานบริการในอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย ที่มีทรัพยากรค่อนข้างพร้อม ทีมดูแลที่กระตือรือร้น ในการสร้างความเป็นเลิศในการดูแลโรคเรื้อรังโรคใดโรคหนึ่ง ดังนั้นจึงไม่อาจสรุปถึงผลลัพธ์หากนำไปใช้ในสถานบริการที่มีบริบทต่างไป



ต่อมาองค์การอนามัยโลกองค์การอนามัยโลกด้านดูแลโรคเรื้อรัง นำแนวคิด Wagner's Chronic Care Model มาวิเคราะห์ร่วมกับตัวอย่างการพัฒนาโรคเรื้อรังในประเทศทั้งพัฒนาแล้ว และกำลังพัฒนา และสร้างเป็น Innovative Care for Chronic Condition: ICCC (WHO, 2010) ได้ข้อสรุปสิ่งที่พัฒนาจาก Wagner's chronic care model มีดังนี้

1. เพิ่มองค์ประกอบของ Positive policy environment ซึ่งส่งอิทธิพลถึงระดับ Health care organization และ Community

2. เพิ่มรายละเอียดข้อเสนอแนะ ในเชิงนโยบายเพื่อให้ไปถึงเป้าหมาย เป็นข้อเสนอแนะถึง Policy maker ซึ่งได้จากตัวอย่างโครงการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ประสบความสำเร็จในประเทศต่างๆ ซึ่งตีพิมพ์ใน Global ICCC reports ICCC (WHO, 2002) และมีแบบสอบถามเพื่อประเมินตนเองตามแนวทาง ICCC (WHO, 2010) ด้วย

3. แสดงปฏิสัมพันธ์เชิงระบบ แบ่งเป็นสามระดับจากระดับบุคคล (Micro), องค์กรและชุมชน (Meso) และนโยบายระดับชาติ (Macro) สรุปหลักการโดยย่อคือ

3.1 Micro level (Patient interaction) ปฏิสัมพันธ์ในระดับนี้เป็นระดับตัวบุคคล ประกอบไปด้วยตัวผู้ป่วยและครอบครัว, บุคลากรที่รักษา และสมาชิกในชุมชน เป้าหมายคือ การที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมทักษะที่จำเป็น (Prepared) มีข้อมูลที่เพียงพอ (Informed) และมีแรงจูงใจ (Motivated) โดยกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง (Self management support)

3.2 Meso level (Health care organization and Community linkage) การบริหารจัดการภายในหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพ และการเชื่อมโยงกับทรัพยากรในชุมชน เป้าหมายคือ ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่อง (Continuity), มีความถูกต้องตามหลักการ (Consistency) และมีความเชื่อมโยง (Co-ordination) โดยกระบวนการจัดระบบ workflow การให้บริการที่มีประสิทธิภาพ (Delivery system design), การนำหลักฐานหรือบทเรียนมาใช้ในการพัฒนางานบริการ (Decision support), การใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ (Information system) การค้นหาบุคคลสำคัญของชุมชน (Community leadership), สร้างทัศนคติที่ถูกต้องต่อชุมชนต่อผู้ป่วยเรื้อรัง (Reduce stigma), การประสานทรัพยากรรวมถึงองค์ความรู้ร่วมกัน (Coordinate resource) และความร่วมมือกับองค์กรไม่แสวงกำไรต่างๆ ในชุมชน (Complementary service)

3.3 Macro level: ระดับรัฐบาลหรือผู้กำหนดแนวนโยบายระดับชาติ เนื่องจาก การพัฒนาในระดับ Meso level และ Micro level ได้รับอิทธิพลจากนโยบายระดับชาติ เป้าหมายคือ โครงสร้างพื้นฐาน ปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลโรคเรื้อรัง (Positive policy environment) โดยกระบวนการให้ผู้มีอำนาจออกนโยบายในหน่วยงานต่างๆ ไม่จำกัดแต่กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันวางแผนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตที่ดี (Integrate policies) เพื่อ ทั้งด้านการสร้างกำลังคน (Develop and allocate human resource) ความต่อเนื่องของนโยบายงบประมาณ (consistent financing), ใช้มาตรการทางกฎหมาย (Support legislative framework) รวมทั้ง ส่งเสริมให้องค์กรภาคประชาชน มีความเข้มแข็งรักษาสีทธิเพื่อสุขภาพของตนเอง (strengthen partnerships)

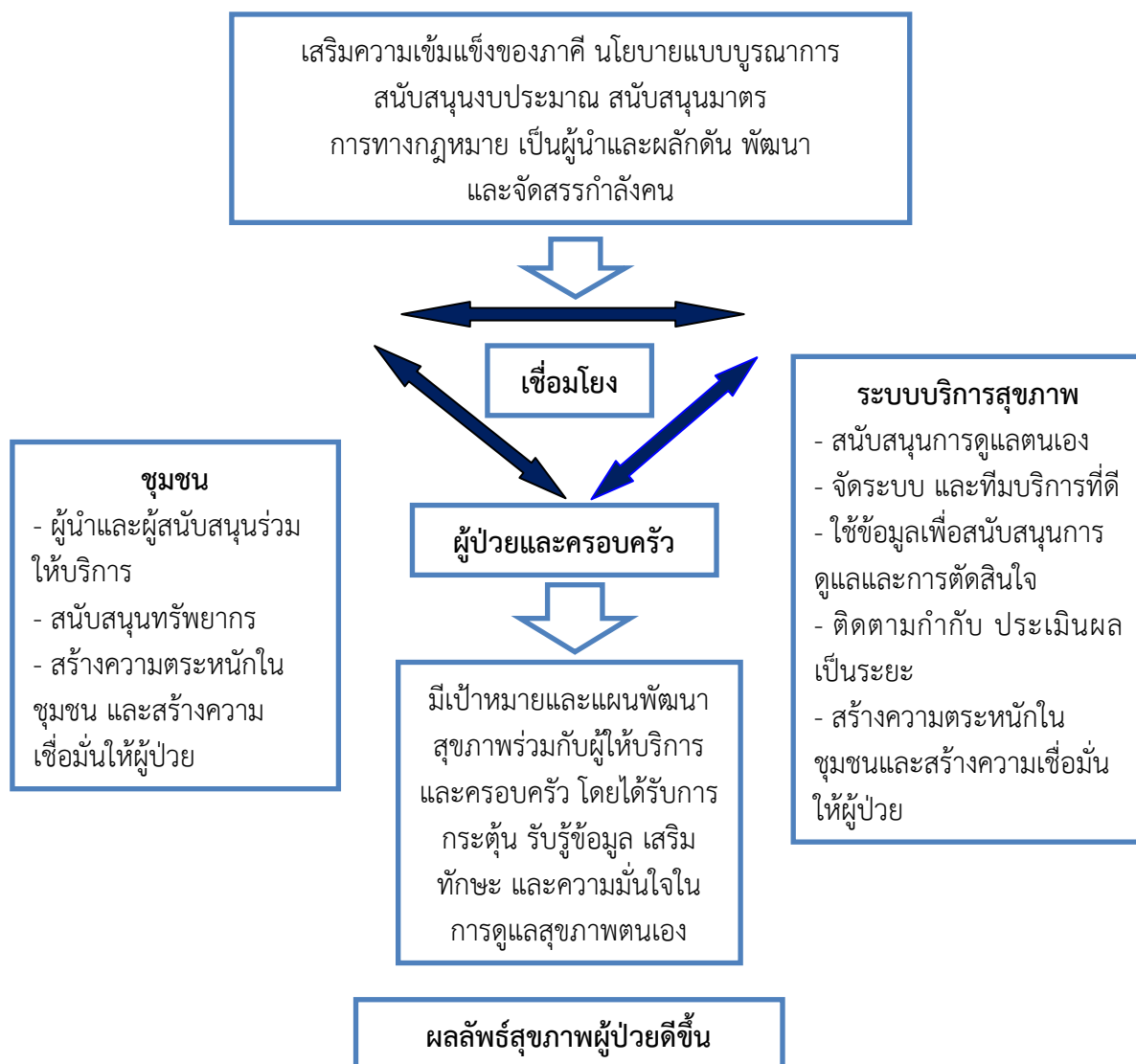


2.3.4 การประยุกต์ Innovative Care for Chronic Condition ในประเทศไทย

เมื่อมามองสถานการณ์ในประเทศไทย โดยจากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทย ในปี พ.ศ. 2547 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 2-3 โรคขึ้นไป นอกจากนี้ ความชุกของโรค ความดันโลหิตสูงในผู้อายุ 15 ปีขึ้นไปยังมีถึงประมาณร้อยละ 20 โดยเฉพาะเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป มีความชุกถึงเกือบร้อยละ 50 ยิ่งไปกว่านั้นในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 5-10 เท่านั้นที่คุมระดับความดันได้ดี จะเห็นได้ว่าสภาวะโรคเรื้อรังในประเทศไทยมีแนวโน้มใกล้เคียงกับสหรัฐอเมริกา สำหรับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของประเทศไทย ได้ประยุกต์แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้พยายามกำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง โดยได้กำหนดองค์ประกอบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังเป็น 3 ส่วน หรือ 3 ทุนส่วนสำคัญประกอบด้วยผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ดังแสดงในแผนภาพต่อไปนี้



กรอบแนวคิด (Conceptual framework) ฐานส่วนและองค์ประกอบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง



ที่มา: ดัดแปลงจาก innovative care for chronic condition : building block for action, World Health organization 2002

ภาพประกอบที่ 2.4 กรอบแนวคิด (Conceptual framework) ฐานส่วนและองค์ประกอบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง



จากแผนภาพดังกล่าวหากพิจารณาตามกรอบแนวคิดดังกล่าวสามารถสรุปเป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยคือชุมชนต้องสร้างความร่วมมือระหว่างสถานบริการสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติผู้ป่วย และผู้ป่วย โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องเสริมความเข้มแข็งของภาคี นโยบายแบบบูรณาการ สนับสนุนงบประมาณ สนับสนุนมาตรการทางกฎหมาย เป็นผู้นำและผลักดัน พัฒนาและจัดสรรกำลังคน ผู้นำชุมชนจะต้องนำชุมชน เป็นผู้สนับสนุน ร่วมให้บริการ สนับสนุนทรัพยากร สร้างความตระหนักในชุมชน และสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้อง สนับสนุนการดูแลตนเอง จัดระบบ และทีมบริการที่ดี ใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดูแลและการตัดสินใจ ติดตามกำกับ ประเมินผลเป็นระยะ สร้างความตระหนักในชุมชนและสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยและญาติต้องมีเป้าหมายและแผนพัฒนาสุขภาพร่วมกับผู้ให้บริการและครอบครัว โดยได้รับการกระตุ้น รับรู้ข้อมูล เสริมทักษะ และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

อย่างไรก็ตามเนื่องจากโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 มีลักษณะเฉพาะกล่าวคือ เป็นโรคที่มีผู้ป่วยจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงประยุกต์ innovative care for chronic condition เฉพาะส่วนระดับระดับตัวบุคคล ประกอบไปด้วยตัวผู้ป่วยและครอบครัว, บุคลากรทีมรักษา และสมาชิกในชุมชน (Micro level) และระดับการบริหารจัดการภายในหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพ และการเชื่อมโยงกับทรัพยากรในชุมชน (Meso level) โดยไม่มุ่งไปที่ระดับนโยบาย (Macro level) ประกอบกับการเป็นโรคที่มีการติดต่อทางกรรมพันธุ์ เมื่อปรากฏอาการแล้วผู้ป่วยจะมีสภาพเป็นผู้พิการ ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปที่ยากจะสู่คืนสภาพเดิม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจที่รุนแรง ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นให้มีการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีแนวคิดดังนี้

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา

เนื่องจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 เป็นผู้ป่วยที่ต้องเผชิญสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตจากสภาพคนปกติไปสู่ภาวะผู้พิการอย่างรวดเร็ว อาจส่งผลทำให้ปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่ได้ จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับคำปรึกษาที่เหมาะสม ซึ่งสาระสำคัญที่ควรคำนึงต่อการปฏิบัติการให้คำปรึกษามีดังนี้

2.4.1 ความหมายของการให้คำปรึกษา

จอร์จและคริสเตียน (George & Crisrani, 1995: 2) อธิบายว่าการให้การปรึกษาเป็นกระบวนการที่ผู้ให้การปรึกษาให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับการปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้รู้จักเข้าใจตนเอง สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเองได้

วัชร ทรัพย์มี (2551: 5) ได้สรุปความหมายของการให้การปรึกษาว่า เป็นกระบวนการของสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษาซึ่งเป็นนักวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมกับผู้รับการปรึกษาซึ่งต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และเข้าใจสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น ได้ปรับปรุงทักษะในการตัดสินใจและทักษะในการแก้ปัญหา ตลอดจนปรับปรุงความสามารถในการที่จะทำใหตนเองพัฒนาขึ้น



จากการนำเสนอความหมายของบริการให้การปรึกษาข้างต้น ผู้วิจัยสรุปความหมายของการให้การปรึกษาว่า เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง เข้าใจผู้อื่น และเข้าใจสิ่งแวดล้อม จนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ โดยมีกระบวนการที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งอาศัยการสื่อสารแบบสองทาง คนหนึ่งเป็นผู้ให้การปรึกษาซึ่งพร้อมที่จะเอื้อให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจ

2.4.2 จุดมุ่งหมายของบริการให้การปรึกษา

2.4.2.1 เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกว่าตนเองไม่โดดเดี่ยว กล่าวคือ เมื่อเกิดปัญหาความทุกข์ใจแล้วยังมีผู้รับฟังและเข้าใจตนเองอยู่ มีกำลังใจและเห็นคุณค่าในการดำเนินชีวิตต่อไป

2.4.2.2 เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษายอมรับว่าทุกคนล้วนมีปัญหา ดังนั้น การที่ตนเองประสบปัญหาจึงเป็นเรื่องปกติ ทั้งยอมรับว่าปัญหาได้เกิดขึ้นแล้วและสามารถแก้ไขได้

2.4.2.3 เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจและเข้าใจปัญหา เพื่อให้สามารถเผชิญปัญหาต่อไปได้

2.4.2.4 เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสพูดคุยกุญปลดปล่อยความรู้สึกต่างๆ อันได้แก่ ความน้อยใจ ความวิตกกังวล เป็นต้น ทำให้ลดความคับข้องใจ ความทุกข์ใจลงไปได้

2.4.2.5 เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ใช้กระบวนการให้การปรึกษา แก้ไขและลดความรุนแรงของปัญหา ทั้งพัฒนา ปรับปรุงตนเองได้อย่างเต็มตามศักยภาพ

2.4.2.6 เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีภูมิคุ้มกันทางจิตใจและความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหาอื่นๆ ต่อไป

2.4.2.7 เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีแนวทางการแก้ไขปัญหาที่หลากหลายและเหมาะสม

2.4.3 รูปแบบของการให้การปรึกษา

โดยทั่วไปนักจิตวิทยานิยมแบ่งรูปแบบของการให้การปรึกษาออกเป็น 2 รูปแบบคือการให้การปรึกษาเป็นรายบุคคลและการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งการให้การปรึกษาทั้ง 2 รูปแบบก็มีวัตถุประสงค์ต่างกัน ดังนี้

2.4.3.1 การให้การปรึกษาเป็นรายบุคคล

การให้การปรึกษาเป็นรายบุคคล (individual counseling) หมายถึง กระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายใต้สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน อาศัยการสื่อสารแบบสองทาง ระหว่างบุคคลหนึ่งในฐานะผู้ให้การปรึกษา ซึ่งทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้อีกฝ่ายหนึ่งซึ่งเป็นผู้รับการปรึกษาได้ใช้ศักยภาพในการสำรวจ รับรู้และทำความเข้าใจตนเอง สิ่งแวดล้อม ปัญหา สาเหตุของปัญหาและความต้องการของคน ตลอดจนแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้น และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมได้ด้วยตนเอง

การให้การปรึกษารายบุคคลมีวัตถุประสงค์มุ่งที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการเรียนรู้ เข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างฉลาดและเหมาะสมกับตนเอง สามารถรับผิดชอบต่อตนเอง พึ่งตนเองได้ ซึ่งแสดงถึงความเป็นอิสระ ตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ มีความสุขในชีวิต และได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ในการแก้ปัญหาของตนเอง



2.4.3.2 การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม (group counseling) คือ กระบวนการการให้บริการปรึกษาแก่ผู้มารับการปรึกษาดั้งเดิม 2 คนขึ้นไป โดยทั่วไปกลุ่มจะมีสมาชิกประมาณ 6-10 คน โดยสมาชิกกลุ่มนอกจะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้การปรึกษาแล้ว จะต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่มด้วย ฉะนั้นจึงเป็นทั้งผู้รับและผู้ให้ความช่วยเหลือกลุ่ม โดยผู้ให้การปรึกษาจะมีหน้าที่พัฒนาปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ซึ่งแจกบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มและสมาชิก รับฟังอย่างสนใจ เข้าใจ กระตุ้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกภายในกลุ่ม สมาชิกกลุ่มมีหน้าที่สร้างสัมพันธภาพ ปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่นๆ ในแนวทางที่เกื้อกูลต่อภาวะจิตใจที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล

การแบ่งประเภทของกลุ่มจำแนกโดยคำนึงถึงทฤษฎี และวิธีการที่กลุ่มใช้ บางครั้งอาจจำแนกตามลักษณะของสมาชิก เช่น วัยหรือลักษณะปัญหา โดยข้อดีของกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกัน คือ สมาชิกมักสร้างสัมพันธภาพได้รวดเร็วมีความสนใจที่จะเรียนรู้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และกลุ่มที่มีสติปัญญาใกล้เคียงกันมักไม่ค่อยมีความขัดแย้งและความเบื่อหน่าย ส่วนกลุ่มที่มีลักษณะแตกต่างกัน สมาชิกจะเรียนรู้วิธีการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกที่ภูมิหลังแตกต่างจากตนโดยหลักการสำคัญที่ต้องพิจารณาในการเริ่มต้นคือ ความเหมาะสมของเวลาในการให้การปรึกษาและความเหมาะสมของผู้รับบริการเป็นกลุ่ม

2.4.4 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษามีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์ ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความอบอุ่น สบายใจ และไว้วางใจ

ขั้นตอนที่ 2 สืบหาปัญหา ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจปัญหา และปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดปัญหาด้วยตัวของเขาเอง

ขั้นตอนที่ 3 เข้าใจปัญหา สาเหตุ ความต้องการ ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจปัญหา สาเหตุ ความต้องการ ของตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 วางแผนแก้ปัญหา ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา พิจารณาแก้ปัญหา และตัดสินใจเลือกสิ่งที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 5 ยุติการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาย้ำความเข้าใจที่เกิดขึ้นระหว่างที่ให้คำปรึกษา และช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีแรงจูงใจและกำลังใจที่จะแก้ปัญหาและพัฒนาตนเอง

เมื่อเทียบเคียงกับบริบทของสังคมไทยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2552: 25) อธิบายว่า หุ่นส่วนสำคัญ 3 ส่วน คือผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชนและระบบบริการสุขภาพ เป้าประสงค์การจัดคลินิกบริการอยู่ที่การให้โอกาสผู้ป่วย ครอบครัวได้ร่วมประเมินความเจ็บป่วยปัญหาสุขภาพร่วมกัน และเรียนรู้การจัดการโรคเบาหวาน รวมทั้งเรื่องอื่นเพื่อสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล มีศักยภาพและสามารถจัดการปัญหาสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ยั่งยืนโดยแต่ละหุ่นส่วนมีความเชื่อมโยง เกื้อหนุนซึ่งกันและกันแม้จะมีบทบาทและศักยภาพที่ต่างกัน ในส่วนขององค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ระบบการจัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื่องจริงดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ



1) การจัดโครงสร้างการทำงานบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Health Care Organization) โครงสร้าง เป้าหมาย และค่านิยมของ รพ.สต. ควรมีการกำหนดและให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้มีปัญหาเรื้อรัง มีการจัดโครงสร้างบริหารจัดการที่ชัดเจน รวมทั้งการจัดความสัมพันธ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับผู้ป่วย ผู้ประกันสุขภาพ และหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2) การออกแบบระบบให้บริการ (Delivery System Design) การออกแบบและปรับโครงสร้างของการบริการ และสร้างทีมงานที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างชัดเจน ที่ไม่เหมือนกับระบบการดูแลโรคเฉียบพลัน การออกแบบควรเอื้อให้ทำงานเป็นทีม มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวได้พอสมควร สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้คัดกรองผู้ที่มีปัญหามากให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ทันท่วงทีซึ่งการออกแบบระบบการให้บริการดังกล่าวเป็นบทบาทของทีม ที่มีใช้แพทย์คนเดียว โดยแพทย์จะเน้นการดูแลภาวะเฉียบพลันที่เกิดขึ้นเป็นช่วง ๆ ของระยะโรคเรื้อรังที่ยากแก่การรักษา ทีมงานที่มีใช้แพทย์ (พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ) จะสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น การกินอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การกินยา และนัดกิจกรรมที่ต้องกระทำเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ (เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจตา การตรวจเท้า) และการนัดตรวจติดตามอย่างเหมาะสมรวมทั้งการวางแผนล่วงหน้าในการดูแล

3) การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) คู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิก ที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ถือเป็นมาตรฐานอันเหมาะสมของการดูแลโรคเรื้อรัง และจะต้องผสมผสานเข้าไปในกระบวนการดูแลผู้ป่วยประจำวันในรูปของการย้าเตือนหรือกระตุ้นเตือน โดยมีหัวหน้าทีมบริการคอยควบคุมกำกับให้มีการปฏิบัติตามคู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิกนี้โดยผ่านกระบวนการฝึกอบรมในรูปแบบต่าง ๆ นอกจากนี้ในทางอุดมคติควรมีผู้เชี่ยวชาญที่พร้อมให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์โดยไม่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ

4) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self Management Support) สำหรับโรคเรื้อรังนั้น ผู้ป่วยจะเป็นผู้ดูแลสุขภาพที่สำคัญที่สุดของตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องมีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังเป็นเวลานาน การจัดการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจติดตามด้วยตนเอง การตรวจวัดน้ำตาลในเลือด การชั่งน้ำหนัก และการใช้ยา เป็นต้น จึงเป็นสิ่งที่อยู่ภายใต้การควบคุมโดยตรงของผู้ป่วย ซึ่งสามารถสอนให้ผู้ป่วยได้เกือบทุกคน ดังนั้นการสนับสนุนการดูแลตนเองจึงหมายถึง ความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีทักษะและความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วยของตนเอง จัดหาอุปกรณ์เครื่องมือหรือวิธีการที่ใช้ในการดูแลตนเอง เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหาร การส่งต่อไปยังบริการที่มีอยู่ในชุมชน และการประเมินปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ

5) การจัดระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information System) เป็นเครื่องมือที่บันทึกการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวที่เตือนความจำให้แก่แพทย์และทีมบริการ ใช้ประกอบในการพิจารณาวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้ง บันทึกกระบวนการให้บริการในเครือข่ายหน่วยบริการ (โรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

6) การเชื่อมโยงเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment) ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำเป็นจะต้องมีการเชื่อมโยงกับทรัพยากรและทุนที่มีอยู่ในชุมชน การเชื่อมโยงกับชุมชนนี้จะมีความสำคัญมากสำหรับ โรงพยาบาล



ส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีทรัพยากรจำกัดและไม่สามารถจัดโปรแกรมต่าง ๆ ได้เองทั้งหมดรวมทั้งการทำงานสนับสนุนให้ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทอย่างมาก ในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ดี และจำเป็นต้องสร้างให้เกิดนโยบายสาธารณะในระดับท้องถิ่น รวมทั้งทำให้เกิดแนวปฏิบัติในระดับชุมชนที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพชุมชน เป้าหมายที่ต้องการระดับชุมชน คือ ชุมชนมีความพร้อมและมีศักยภาพในการร่วมมือ สนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรัง ทั้งส่วนที่เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การป้องกันความเสี่ยง การจัดการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค

จากแนวคิดวิธีการดูแลใหม่สำหรับภาวะเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Condition) ขององค์การอนามัยโลกซึ่งแสดงปฏิสัมพันธ์เชิงระบบ แบ่งเป็นสามระดับจากระดับบุคคล (Micro), องค์กรและชุมชน (Meso) และนโยบายระดับชาติ (Macro) มีลักษณะคล้ายกับสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาในสังคมไทย สามารถที่จะสรุปเป็นแผนภาพในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนดังนี้



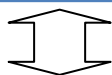
ผู้ทำงานด้านสุขภาพ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- มีการสำรวจข้อมูลและใช้ข้อมูลสำหรับการดูแลผู้ป่วย
- ให้คำปรึกษาเรื่องโรคและแนวทางการดูแลแก่ผู้ป่วยและญาติ
- จัดระบบการรักษาผู้ป่วยตามความจำเป็น
- จัด อสม.ติดตามการรักษาและรวบรวมข้อมูล
- ประสานงานกับสถานบริการสุขภาพอื่นๆ เพื่อสนับสนุนการดูแลรักษา
- ติดตาม กำกับ และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ
- กระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- ตั้งทีมงานที่เน้นการทำงานแบบจิตอาสา
- มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่
- มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- ให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือผู้ป่วยตามความจำเป็น
- รายงานผลต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข



ผู้ป่วยและผู้ดูแล/ผู้ใกล้ชิด

ผู้ป่วย

- เน้นการดูแลตนเอง
- มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการดูแลสุขภาพ
- เชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นได้
- รับประทานอาหารที่มีประโยชน์
- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- ร่วมกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ
- ให้ความร่วมมือในกระบวนการรักษา

ผู้ดูแล/เครือญาติ

- ขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
- สนับสนุนเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- ให้ข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วย
- สนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองตามความเหมาะสม



ผู้ทำหน้าที่ด้านการเองการปกครอง

เทศบาล (จนท./สท.)

- มีการประชุมร่วมกับกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และประชาชน เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย
- จัดงบประมาณสำหรับซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วย
- จัดงบประมาณสนับสนุนผู้ป่วยที่ทำงานไม่ได้
- ส่งเสริมจัดหาคนสำหรับช่วยดูแลผู้ป่วย
- ให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือผู้ป่วยตามความจำเป็น

ผู้นำชุมชน

- หางบประมาณสนับสนุนด้านอาหาร ค่าสาธารณสุขโรค
- จัดสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสม
- จัดหาแรงงานสำหรับสนับสนุนการพัฒนาที่พักอาศัย
- จัดหาจักรยานสำหรับผู้ป่วย
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี/ช่วยเหลือตนเอง

ที่มา : การบูรณาการ chronic care model กับสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาสำหรับการดูแลผู้ป่วย

ภาพประกอบที่ 2.5 การดำเนินการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน



จากกรอบแนวคิดดังกล่าวฉะนั้นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยภาวะเรื้อรังที่เน้นกระบวนการทำงานแบบบูรณาการทุกภาคส่วนของชุมชนควรมีกิจกรรมดังนี้

1. มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน
2. มีการวางแผนการทำงาน
3. ส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วม
4. ทำงานแบบจิตอาสา
5. ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ
6. สนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก
7. สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามสิทธิ
8. ระบบดูแลต่อเนื่อง
9. ให้คำปรึกษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
10. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านสุขภาพ
11. ส่งเสริมความภูมิใจในตนเอง
12. ส่งเสริมกิจกรรมการพัฒนาจิต เช่น กิจกรรมทางศาสนา
13. ส่งเสริมการทำกิจกรรมระหว่างคนปกติกับผู้ป่วย
14. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้
15. ติดตามประเมินผล
16. มีการรายงานผลการทำงาน

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลัง ชนิดที่ 1 มิติทางสังคมวัฒนธรรมยังมีงานวิจัยน้อย ผู้วิจัยได้ศึกษาการวิจัยที่ประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยเรื้อรังดังนี้

2.5.1 งานวิจัยต่างประเทศ

เชตเตอร์จี และคณะ (Chatterjee, et al, 2003) ได้ทำการประเมินรูปแบบการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนชนบทของอินเดีย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based rehabilitation : CBR) กับการดูแลผู้ป่วยโดยแผนกผู้ป่วยนอกของสถานบริการสุขภาพ (Out-patient care ; OPC) ในผู้ป่วยยากจนในชนบทของประเทศอินเดีย โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการดูแลผู้ป่วยโดยชุมชนจำนวน 80 คน และการดูแลผู้ป่วยนอกของสถานบริการสุขภาพจำนวน 117 คน เป็นระยะนาน 1 ปี แล้วประเมินผลโดยใช้แบบประเมินอาการทั้งทางบวกและทางลบขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization ; WHO) ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสามารถลดความพิการได้มีประสิทธิภาพมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ากระบวนการดูแลจากชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยชายจะเห็นผลได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังพบว่าแม้ผู้ป่วยที่สู่กระบวนการดูแลโดยชุมชนเป็นฐานจะด้อยโอกาสทางสังคม แต่ผู้ป่วยก็มีความต่อเนื่องในกระบวนการดูแลมากกว่า



สมิธ และคณะ (Smidth, et al, 2013) ได้ทำการวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานกิจกรรมที่เหมาะสมที่จะใช้ในรูปแบบของสถาบันการวิจัยทางการแพทย์ในกรณีเหตุการณ์ที่สลับซับซ้อนและเหตุการณ์ที่จัดขึ้นตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic care model) โดยผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยของสถาบันการวิจัยทางการแพทย์ในการออกแบบกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดตันเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease : COPD) โดยขั้นตอนที่ 1 เป็นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับหลักการทั่วไปในการจัดกิจกรรมดูแลผู้ป่วย แล้วสังเคราะห์รูปแบบในการดูแลผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 2-3 ทำการทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง และขั้นตอนที่ 4 การประเมินความเป็นไปได้ที่จะใช้รูปแบบในบริบทอื่นๆ ผลการวิจัยยืนยันองค์ประกอบตาม Chronic care model มีประสิทธิภาพที่นำมาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ซึ่งองค์ประกอบเหล่านั้นช่วยในการเผชิญกับสถานการณ์หลากหลายรูปแบบ โดยได้รับการยืนยันจากการศึกษาในพาทีพลอต (PaTplot) ซึ่งได้ดำเนินการตามกิจกรรมและห้วงเวลาที่กำหนด เมื่อดำเนินการแล้วการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ชามิลา (Sharmila, 2014) ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เรื่อง การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมในบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วยเพื่อดูแลดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic care model) ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ป่วยความดันสูงโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ทำการศึกษาในสถานบริการระดับปฐมภูมิในรัฐเซลลังกา และกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซียจำนวน 10 สถานบริการ แล้วแบ่งสถานบริการสุขภาพด้วยการสุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม โดย 5 สถานบริการแรกใช้กระบวนการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมโดยการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (EMPOWER-PAR intervention) ซึ่งประกอบด้วยทีมจัดการสุขภาพที่เข้มแข็งและสร้างสรรค์ และผ่านกระบวนการเตรียมความพร้อมที่มีประสิทธิภาพทั้งภาคทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ (HbA1c of <6.5%) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติคือต่ำกว่า 140/90 mmHg

เดวี และคณะ (Davy, et al, 2014) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic care model) : การปรับปรุงการดูแลสุขภาพและผลลัพธ์ของการดูแล โดยการทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อระบุและสังเคราะห์ความสัมพันธ์ของหลักฐานนานาชาติเกี่ยวกับประสิทธิผลขององค์ประกอบต่างๆ ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ใช้ในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลตามองค์ประกอบที่ศึกษา ผลการคัดกรองเอกสารจาก 4,721 รายการสามารถนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ได้ 77 รายการ ผลการวิเคราะห์พบองค์ประกอบที่นำไปสู่การปฏิบัติเรียงตามลำดับดังนี้ การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) จำนวน 50 เรื่อง การออกแบบระบบบริการ (delivery system design) จำนวน 39 เรื่อง ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร (Clinical information system) จำนวน 37 เรื่อง การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) จำนวน 36 เรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) จำนวน 19 เรื่อง ระบบสุขภาพ (Health system) จำนวน 13 เรื่อง การสนับสนุนของชุมชน (Community support) จำนวน 13 เรื่อง การสนับสนุนของครอบครัว (Family support) จำนวน 2 เรื่อง



อาร์ยานี และคณะ (Aryani, et al, 2015) ได้ทำการศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic care model) ในการดูแลระดับปฐมภูมิว่าจะช่วยให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้นหรือไม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic care model) ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลโดยทีมวิชาชีพได้แก่เภสัชกร พยาบาล โภชนากร และบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ ตามกระบวนการ Chronic care model ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามโปรแกรมการบริการปกติ เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตตามแบบวัดคุณภาพชีวิต 5 ด้านที่เรียกว่า (EuroQoL-five dimension, health-related quality of life questionnaire: EQ-5D) ภายหลังการทดลอง 6 เดือน ผลการทดลองพบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าหลังทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองกับหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

2.5.2 งานวิจัยในประเทศ

สัมฤทธิ์ ศรีธรรมรงค์สวัสดิ์ และคณะ (2552) ได้ทำการศึกษาใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนตัวอย่าง และพัฒนาข้อเสนอในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว โดยชุมชนเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เลือกพื้นที่ที่มีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ 4 แห่ง คือ จังหวัดพะเยา จังหวัดยโสธร จังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดนครราชสีมา ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้นำชุมชน ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พัฒนาสังคมจังหวัด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า รอบครัวยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ทุกพื้นที่ที่มีการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุทั้งสุขภาพและสังคมแต่ความครอบคลุมของบริการและความเข้มข้นต่างกัน บริบทของชุมชน ศักยภาพของท้องถิ่นและชุมชน รวมถึงการเข้าถึงแหล่งทุนมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนา ขณะเดียวกันนโยบายการกระจายอำนาจด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเอื้อต่อการดำเนินงานของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ

อนัญญา บำรุงพันธุ์ และคณะ (2554) ได้ทำการศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการตนเองต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นโรงพยาบาลพระปกเกล้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สองที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 จำนวน 16 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2553 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แผนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น 2) คู่มือการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น 3) สมุดบันทึกการติดตามตนเอง 4) สื่อประกอบการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนในการควบคุมโรค และ 5) แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น หลังได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการจัดการตนเอง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนใช้



รูปแบบการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้โรงพยาบาลควรมีการวางระบบการให้บริการผู้ป่วยในลักษณะเฉพาะโรคโดยเฉพาะกลุ่มโรคที่พบบ่อยหรือโรคเรื้อรังในสาขาอายุรกรรมและผู้ป่วยที่มีการเสียค่าใช้จ่ายสูง ส่วนด้านการบริการควรมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลที่มุ่งเน้นการดูแลเชิงคุณภาพ การสร้างเครือข่ายการสื่อสารความรู้ให้กับผู้ป่วย ลักษณะกลุ่มมิตรภาพบำบัดซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลตนเองของประชาชนเพิ่มขึ้น

เรวดี เพชรศิราสัณห์ (2554) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุกแบบพหุองค์ประกอบโดยประยุกต์ใช้โมเดลการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อการควบคุมความดันโลหิตและความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยทำการพัฒนาโปรแกรมภายใต้กรอบแนวคิดของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Wegner (1988) ใช้เวลาในการทดลองเป็นเวลา 3 เดือน ในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 100 ราย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับการพยาบาลเชิงรุกแบบพหุองค์ประกอบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล มีการตรวจสอบความเที่ยงโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคมีค่าเท่ากับ .87 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ Repeated measure ANOVA and Chi-square test ผลการศึกษาพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุก ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกภายหลังการทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน ต่ำกว่าและมีความแตกต่างระหว่างทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สัดส่วนของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ ($p < 0.005$)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2557) ได้ทำการวิจัยเอกสารโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic care model) ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่าองค์ประกอบของดูแลผู้ป่วยเรื้อรังภายใต้บริบทของสังคมไทยพบว่ามี 6 องค์ประกอบดังนี้

1. นโยบายและทรัพยากรของชุมชน (Community resources and policy) หน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีการประสานงานเพื่อเชื่อมโยงชุมชนและองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ตระหนักและสนับสนุนทรัพยากรเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. หน่วยงานบริการสุขภาพ (Health systems organization of health care) ระบบสุขภาพที่สนับสนุนจากผู้บริหาร โดยผู้บริหารมีการกำหนดนโยบายและสนับสนุนให้สถานบริการทุกระดับ ให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีโครงสร้างการเบิกจ่ายหรือตอบแทนการดูแลรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วย จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือ หรือวิธีที่ใช้ในการดูแลตนเองสามารถประเมินปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จในการดูแลตนเองเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ



4. การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery system design) ระบบบริการที่เชื่อมโยงตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วย มีการปรับระบบบริการ ที่สามารถเชื่อมโยงกันในสถานบริการทุกระดับอย่างมีคุณภาพมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรเพื่อการวางแผนดูแลผู้ป่วยระยะยาว รวมทั้งระบบการดูแลภาวะเฉียบพลัน

5. การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) มีแนวทางเวชปฏิบัติที่มีหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับสถานบริการทุกระดับ รวมทั้งการจัดให้มีระบบให้คำปรึกษาเมื่อมีความพร้อมเพียงพอ

6. ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information system) มีระบบสารสนเทศทางคลินิก ที่ช่วยสนับสนุนและส่งผ่านข้อมูลถึงกันเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เป็นไปตามแนวทาง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะเป็นภาระพึ่งพิงของสังคมโดยชุมชน จะทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในส่วนของกระบวนการดูแลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง(Chronic care model) จะต้องอาศัยองค์ประกอบหลักคือ การออกแบบระบบบริการ (Delivery system design) ระบบสารสนเทศเพื่อการบริการ (Clinical information system) การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) จำนวน 36 เรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) ระบบสุขภาพ (Health system) การสนับสนุนของชุมชน (Community support) การสนับสนุนของครอบครัว (Family support) และเมื่อได้รับการยืนยันจากการวิจัยว่า Chronic care model จะทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยจึงได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบที่ 2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณกับเชิงคุณภาพ (Mixed Methods) ในรูปแบบคู่ขนาน (Qualitative and quantitative methods used equally and parallel) เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์และบริบทของการเกิดโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ

3.1 ระยะที่ 1 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ บริบทของการเกิดโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา

3.2 ระยะที่ 2 เป็นการสังเคราะห์รูปแบบการเกิดโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังของชุมชนในจังหวัดพะเยา

3.3 ระยะที่ 3 เป็นการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา

ซึ่งการดำเนินการในแต่ละระยะผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการดำเนินการวิจัยในแต่ละระยะดังต่อไปนี้

3.1 ระยะที่ 1 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ บริบทของการเกิดโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา

ระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์ และบริบทของการเกิดโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยามีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

3.1.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา จำนวน 11 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 1 คน ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย จำนวน 2 คน และผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 จำนวน 2 คน

3.1.2 เครื่องมือในการวิจัย ประเด็นการสัมภาษณ์ โครงสร้างชุมชน ผังเครือข่ายของผู้ป่วยระบบสุขภาพชุมชน

3.1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ลึก (In-dept Interviews) จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

3.1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)



3.2 ระยะที่ 2 การสังเคราะห์รูปแบบการเกิดโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังของจังหวัดพะเยา

การวิจัยระยะนี้แบ่งการดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอนย่อย โดยขั้นตอนแรกเป็นการศึกษาเชิงปริมาณเพื่อสังเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบโดยวิธีการทางสถิติ และขั้นตอนที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อพิจารณารายละเอียดของรูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

3.2.1 การสังเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการเกิดโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังของจังหวัดพะเยามีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

(1) การนิยามประชากร ประชากรในขั้นตอนนี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังรายละเอียดในตารางต่อไปนี้

ตาราง 3.1 กลุ่มประชากร และจำนวนประชากรที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 2

กลุ่มประชากรตามบทบาทหน้าที่	จำนวนประชากร
ผู้ทำงานด้านสุขภาพของชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	178
ผู้ทำหน้าที่ด้านการเมืองการปกครองของชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำหมู่บ้าน (ผู้ใหญ่บ้าน และกำนัน)	38
ผู้ใกล้ชิดหรือเครือญาติผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยผู้ดูแลผู้ป่วย และเครือญาติ	168
รวม	384

(2) การกำหนดขนาดและการสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของทาโร ยามาเน (Yamane Taro, 1973) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$\text{แทนค่า } n = \frac{384}{1 + (384 \times (0.05 \times 0.05))}$$

$$= 195.92$$

$$= 196 \text{ คน}$$

ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 196 คน และเพื่อป้องกันปัญหาการตอบแบบสอบถามที่ไม่มีคุณภาพ เช่น ตอบไม่ครบถ้วน หรือตอบไม่สอดคล้องกันของข้อคำถาม ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนตัวอย่าง



ร้อยละ 10 เป็น 207 ชุด แล้วดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยใช้กลุ่มประชากรตามบทบาทหน้าที่เป็นกลุ่มประชากรตามบทบาทหน้าที่เกณฑ์ในการแบ่งชั้น ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดของกลุ่มตัวอย่างของแต่ละชั้นโดยกำหนดสัดส่วนโดยใช้สูตรดังต่อไปนี้

$$\text{ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้น} = \frac{(\text{ขนาดของประชากรในชั้นนั้น} \times \text{ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้})}{\text{ขนาดของประชากรทั้งหมด}}$$

ได้ขนาดตัวอย่างในแต่ละชั้นดังนี้

ตาราง 3.2 กลุ่มประชากร จำนวนประชากร และขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 2

กลุ่มประชากรตามบทบาทหน้าที่	จำนวน ประชากร	ขนาด ตัวอย่าง
ผู้ทำงานด้านสุขภาพของชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	178	96
ผู้ทำหน้าที่ด้านการเมืองการปกครองของชุมชน ได้แก่ ตัวแทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำหมู่บ้าน (ผู้ใหญ่บ้าน และกำนัน)	38	20
ผู้ดูแลหรือเครือญาติผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือเครือญาติ	168	91
รวม	384	207

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จนได้กลุ่มตัวอย่างตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณมาได้

(3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสภาพการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ในชุมชน เป็นแบบสอบถามชนิดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

- 5 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยในระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยในระดับมาก
- 3 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยในระดับน้อย
- 1 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยในระดับน้อยที่สุด



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปลายเปิดสำหรับผู้ตอบเสนอแนวทางในการดูแลผู้ป่วย สำหรับกาหาคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านคือนายแพทย์สมนึก เกียรติชีวาอึ้งยง แพทย์ประจำฝ่ายเวชกรรม โรงพยาบาลพะเยา อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอกคำใต้ ซึ่งคุ้นเคยกับบริบทของชุมชนเป็นอย่างดี ดร.ปณณธร ชัชวรัตน์ รองผู้อำนวยการด้านวิชาการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา และ ดร.อนุกุล มะโนทน อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยพะเยา หลังจากนั้นหาค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence : IOC) เพื่อประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ซึ่งจะต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ขั้นต่ำ คือ 0.5 (ประภัสรา โคตะขุน, 2559) ผลการวิเคราะห์พบว่าค่า IOC มีค่า 0.5 ขึ้นไปทุกข้อดังรายละเอียดในภาคผนวก ง.

ขั้นตอนที่ 2 นำแบบสอบถามกลุ่มประชากรที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าความเที่ยงมาตรฐานที่ยอมรับได้มีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป (Cronbach, 1970) ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามองค์ประกอบย่อยของการดูแลผู้ป่วยพบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.821 ดังรายละเอียดในภาคผนวก ง.

ขั้นตอนที่ 3 ปรับปรุงแบบสุดท้ายแล้วนำไปใช้จริง

(3) การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการตอบแบบสอบถามอาจเกิดความลำเอียงในการตอบได้เนื่องจากผู้ตอบเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากผลการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจนได้แบบสอบถามครบตามจำนวนที่คำนวณมาได้คือ 207 ชุด

(4) วิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

(4.1) สถิติพรรณนา สำหรับการพรรณนาข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการพรรณนาสภาพการดูแลผู้ป่วย และสภาพการได้รับการดูแลผู้ป่วยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำค่าเฉลี่ยไปเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ สำหรับเกณฑ์ในการแปลผลแบ่งตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1997: 190) มีรายละเอียดดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ระดับการดูแล/ผลการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ระดับการดูแล/ผลการดูแลผู้ป่วยมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ระดับการดูแล/ผลการดูแลผู้ป่วยปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ระดับการดูแล/ผลการดูแลผู้ป่วยน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ระดับการดูแล/ผลการดูแลผู้ป่วยน้อยที่สุด

(4.2) วิเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา โดยสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)

3.2.2 การพิจารณารายละเอียดของรูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน เป็นการศึกษาคุณภาพเพื่อพิจารณารายละเอียดของรูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน มีขั้นตอนดำเนินการวิจัยต่อไปนี้



(1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา จำนวน 11 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 1 คน ตัวแทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 2 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วย จำนวน 2 คน และตัวแทนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 จำนวน 2 คน

(2) เครื่องมือในการวิจัย ประเด็นการสนทนากลุ่ม

(3) การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

(4) การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

3.3 ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 2 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา

ขั้นตอนนี้แบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 4 ส่วน คือ

3.3.1 การศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสังเกตกิจกรรมการดำเนินการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินการ

(1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยาจำนวน 11 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 1 คน ตัวแทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 2 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วย จำนวน 2 คน และตัวแทนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 จำนวน 2 คน

(2) เครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือคือแบบบันทึกพฤติกรรมเป็นรายสัปดาห์

(3) การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

(4) การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

3.3.2 การศึกษาเชิงปริมาณเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการได้รับการดูแลโดยใช้แบบสอบถามเดียวกันกับแบบสอบถามในระยะที่ 1

(1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือผู้ป่วยที่เข้าร่วมกระบวนการ จำนวน 12 คน

(2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสภาพการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ในชุมชน เป็นแบบสอบถามชนิดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้



- 5 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยในระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยในระดับมาก
- 3 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยในระดับน้อย
- 1 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปลายเปิดสำหรับผู้ตอบเสนอแนวทางในการดูแลผู้ป่วย สำหรับกาหาคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านคือนายแพทย์สมนึก เกียรติชีวาธิยัง แพทย์ประจำฝ่ายเวชกรรม โรงพยาบาลพะเยา อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอกคำใต้ ซึ่งคุ้นเคยกับบริบทของชุมชนเป็นอย่างดี ดร.ปณณธร ชัชรรัตน์ รองผู้อำนวยการด้านวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา และ ดร.อนุกุล มะโนทน อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยพะเยา หลังจากนั้นมาหาค่า IOC เพื่อประเมินความสอดคล้องของแบบสอบถาม ผลการวิเคราะห์พบว่าค่า IOC ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคือ 0.5 ขึ้นไปทุกข้อ

ขั้นตอนที่ 2 ปรับปรุงแบบสุดท้ายแล้วนำไปใช้จริง

(3) การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์จากผู้ป่วย

(4) วิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

(4.1) สถิติพรรณนา สำหรับการพรรณนาข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการพรรณนาสภาพการดูแลผู้ป่วย และสภาพการได้รับการดูแลผู้ป่วยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำค่าเฉลี่ยไปเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ สำหรับเกณฑ์ในการแปลผลแบ่งตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1997: 190) มีรายละเอียดดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ระดับการดูแล/ผลการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ระดับการดูแล/ผลการดูแลผู้ป่วยมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ระดับการดูแล/ผลการดูแลผู้ป่วยปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ระดับการดูแล/ผลการดูแลผู้ป่วยน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ระดับการดูแล/ผลการดูแลผู้ป่วยน้อยที่สุด

(4.2) สถิติวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างการดูแลก่อนการทดลองกับการดูแลหลังการทดลองกรณีคะแนน องค์กรประกอบโดย Wilcoxon sign rank test

3.3.3 การศึกษาเชิงปริมาณเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา

การวิจัยขั้นตอนนี้เป็นการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

(1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันกับกลุ่มที่ศึกษาในระยะที่ 2 ของการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างดังนี้



ตาราง 3.3 กลุ่มประชากร จำนวนประชากร และขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 3

กลุ่มประชากรตามบทบาทหน้าที่	จำนวนประชากร	ขนาดตัวอย่าง
ผู้ทำงานด้านสุขภาพของชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	178	96
ผู้ทำหน้าที่ด้านการเมืองการปกครองของชุมชน ได้แก่ ตัวแทนของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำหมู่บ้าน (ผู้ใหญ่บ้าน และกำนัน)	38	20
ผู้ดูแลหรือเครือญาติผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือเครือญาติ	168	91
รวม	384	207

(3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ในชุมชน เป็นแบบสอบถามชนิดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

- 5 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยในระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยในระดับมาก
- 3 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยในระดับน้อย
- 1 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ตอบเสนอแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสำหรับกาหาคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน คือ นายแพทย์สมนึก เกียรติชีวายังยง แพทย์ประจำฝ่ายเวชกรรม โรงพยาบาลพะเยา อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอกคำใต้ ซึ่งคุ้นเคยกับบริบทของชุมชนเป็นอย่างดี ดร.ปณณธร ชัยวรรัตน์ รองผู้อำนวยการด้านวิชาการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา และ ดร.อนุกุล มะโนทน อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยพะเยา หลังจากนั้นมาหาค่า IOC เพื่อประเมินความสอดคล้องของแบบสอบถาม ผลการวิเคราะห์พบว่าค่า IOC ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคือ 0.5 ขึ้นไปทุกข้อ

ขั้นตอนที่ 2 นำแบบสอบถามกลุ่มประชากรที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนแล้วนำมาคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.893

ขั้นตอนที่ 3 ปรับปรุงแบบสุดท้ายแล้วนำไปใช้จริง

(4) การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการตอบแบบสอบถามอาจเกิดความลำเอียงในการตอบได้เนื่องจากผู้ตอบเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากผลการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง



(5) วิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

(5.1) สถิติพรรณนา สำหรับการพรรณนาข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการพรรณนาสภาพการดูแลผู้ป่วย และสภาพการได้รับการดูแลผู้ป่วยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำค่าเฉลี่ยไปเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ สำหรับเกณฑ์ในการแปลผลแบ่งตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1997: 190) มีรายละเอียดดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ระดับการดูแล/ผลการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ระดับการดูแล/ผลการดูแลผู้ป่วยมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ระดับการดูแล/ผลการดูแลผู้ป่วยปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ระดับการดูแล/ผลการดูแลผู้ป่วยน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ระดับการดูแล/ผลการดูแลผู้ป่วยน้อยที่สุด

3.3.4 การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อหาข้อสรุปของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา

วิธีดำเนินการวิจัยสามารถสรุปเป็นวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ตาราง 3.4 สรุปขั้นตอน/วัตถุประสงค์ ผู้ให้ข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือและการวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอน/ วัตถุประสงค์	ผู้ให้ข้อมูล	วิธีการเก็บ รวบรวมข้อมูล	เครื่องมือ	การวิเคราะห์ ข้อมูล
ระยะที่ 1				
การศึกษา สถานการณ์และ บริบทที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อเสีย การประสานงาน จากสมองน้อยและ ไขสันหลังประเภท ที่ 1	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการ ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ เสียการประสานงานจาก สมองน้อยและไขสันหลัง ประเภทที่ 1 ของจังหวัด พะเยา ได้แก่ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่รับผิดชอบ งานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบ งานสาธารณสุขหรือ สมาชิกเทศบาล จำนวน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 2 คน ประธานอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน ญาติผู้ป่วย	การสัมภาษณ์ เชิงลึก	ประเด็นการ สัมภาษณ์	การวิเคราะห์ เนื้อหา (Content analysis)



ตาราง 3.4 (ต่อ)

ขั้นตอน/ วัตถุประสงค์	ผู้ให้ข้อมูล	วิธีการเก็บ รวบรวมข้อมูล	เครื่องมือ	การวิเคราะห์ ข้อมูล
	จำนวน 2 คน และผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อเสียการ ประสานงานจากสมอง น้อยและไขสันหลัง ประเภทที่ 1 จำนวน 2 คน			
ระยะที่ 2	ผู้ทำงานด้านสุขภาพของ			
1.การสังเคราะห์ รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ เสียการ ประสานงานจาก สมองน้อยและไข สันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนใน จังหวัดพะเยา	ชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข, อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 96 คน เจ้าหน้าที่ ของเทศบาลและผู้นำ หมู่บ้าน จำนวน 20 คน และผู้ใกล้ชิดหรือเครือ ญาติผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และเครือ ญาติ จำนวน 91 คน	การสัมภาษณ์ ตาม แบบสอบถามที่ พัฒนาขึ้น	แบบสอบถาม	ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน และ Factor Analysis
2.การพิจารณา รายละเอียดของ รูปแบบที่ สอดคล้องกับ บริบทของชุมชน	กลุ่มเดียวกับระยะที่ 1	การสนทนากลุ่ม	ประเด็นการ สนทนากลุ่ม	การวิเคราะห์ เนื้อหา (Content analysis)
ระยะที่ 3 การ ประเมินรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อเสียการ ประสานงานจาก สมองน้อยและไข สันหลังของจังหวัด พะเยา	1.การสังเกตพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยของผู้ส่วน ได้ส่วนเสียในการ ดำเนินการทั้งในส่วนของผู้ ที่ทำงานด้านสุขภาพของ ชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข, อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	การสังเกต	แบบบันทึก การสังเกต	การวิเคราะห์ เนื้อหา (Content analysis)
3.1 การสังเกตการ ปฏิบัติตามรูปแบบ	ผู้ทำหน้าที่ด้านการเมือง การปกครองของชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของ			



ตาราง 3.4 (ต่อ)

ขั้นตอน วัตถุประสงค์	ผู้ให้ข้อมูล	วิธีการเก็บ รวบรวมข้อมูล	เครื่องมือ	การวิเคราะห์ ข้อมูล
	องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น ผู้นำหมู่บ้าน และผู้ใกล้ชิดหรือเครือ ญาติผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และเครือญาติ			
3.2 การศึกษาเชิง ปริมาณเพื่อประเมิน ความก้าวหน้าของ การดูแลผู้ป่วย 1).การเปรียบเทียบ ก่อนหลังการเข้าร่วม กระบวนการ	ผู้ป่วย	สัมภาษณ์ตาม แบบสอบถาม	แบบสอบถาม ตามระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 1	การวิเคราะห์ด้วย โปรแกรม สำเร็จรูปโดยใช้ สถิติ 1.พรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานแล้ว เทียบกับเกณฑ์ ที่ตั้งไว้ 2. Wilcoxon Signed Ranks Test
2) การศึกษาเชิง ปริมาณเพื่อประเมิน ความพึงพอใจ ต่อรูปแบบ	กลุ่มเดียวกันกับ ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1.2	สัมภาษณ์ตาม แบบสอบถาม	แบบสอบถาม ตามข้อ 1.2	การวิเคราะห์ด้วย โปรแกรม สำเร็จรูปโดยใช้ สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานแล้ว เทียบกับเกณฑ์ ที่ตั้งไว้
3) การศึกษาเชิง คุณภาพเพื่อสรุป รูปแบบการดูแล ผู้ป่วย	กลุ่มเดียวกับระยะที่ 1	การสนทนากลุ่ม	ประเด็นการ สนทนากลุ่ม	การวิเคราะห์ เนื้อหา (Content analysis)



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปราย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณกับเชิงคุณภาพ (Mixed Method) ในรูปแบบคู่ขนาน (Qualitative and quantitative methods used equally and parallel) เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์และบริบทของการเกิดโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์และบริบทของการเกิดโรคโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา ระยะที่ 2 การสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา และระยะที่ 3 การประเมินผลการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

4.1 สถานการณ์และบริบทของการเกิดโรคโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา

4.2 การสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา

4.3 การประเมินผลการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยาซึ่งเนื้อหาในแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 บริบทชุมชนและสถานการณ์ของการเกิดโรคโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา

4.1.1 บริบทของชุมชนทั่วไป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 โดยชุมชนในจังหวัดพะเยา ซึ่งเป็นโรคที่เกิดขึ้นในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งที่จะการศึกษาบริบทชุมชนในเขตพื้นที่ดังกล่าว โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ประวัติชุมชน

บ้านถ้ำแต่เดิมอยู่ในอำเภอยะยา จังหวัดเชียงราย ประมาณ พ.ศ. 2000 มีชาวบ้านอาศัยอยู่ก่อนแล้วและมีความเจริญรุ่งเรืองมากจะเห็นได้จาก จัดสร้างหรือก่อเกำซึ่งมีถึง 16 แห่งช่วง พ.ศ. 2101-2347 พระเจ้าบุเรงนองพม่าทรงทำสงครามขยายอาณาเขตยกทัพตีอาณาจักรล้านนาแตกผู้คนจึงอพยพไปอยู่ จังหวัดลำปาง จังหวัดสระบุรี จังหวัดราชบุรี ที่บ้านเรือนและเก็บซ่อนทรัพย์สมบัติหรือ



หลบซ่อนอยู่ในถ้ำต่างๆ ซึ่งถูกค้นพบในปัจจุบันมีอายุกว่าพันปี ทำให้เมืองร้างไปกว่า 56 ปี จากลักษณะทางภูมิศาสตร์มีถ้ำอยู่หลายแห่ง เช่น ถ้ำหอ ถ้ำตุ๊ก ถ้ำอิด ถ้ำผาแต่น ถ้ำกลางห้วย ถ้ำตาแสง จึงถูกเรียกติดปากว่า “ชาวบ้านถ้ำ” หรือ “คนบ้านถ้ำ” จนปัจจุบัน ใน พ.ศ. 2400 มีชาวบ้านนางเงาะ นางเหลียว อำเภอกะเคา จังหวัดลำปาง ได้เดินทางมาหาที่ทำกิน (นับว่าเป็นรุ่นที่สอง) ในพื้นที่นี้ ซึ่งมีความอุดมสมบูรณ์มาก ครั้งนั้นได้เดินทางมาด้วยกัน 7 ครอบครัว คือ พ่อหนานปัญญา แม่คำน้อย ปัญญา, พ่อแสนใจ แม่คำปัน มากสุข, ท้าววัน แม่จุ่ม มูลเทพ, พ่อคำแสน แม่จันทร์สม เมืองมูล, พ่อมนต์ แม่จันทร์แก้ว อินต๊ะสาร, ท้าวบุญแก่น แม่เตี้ยง ไชยวุฒิและพ่อคำอ้าย แม่บัวเขียว อินต๊ะสาร มาตั้งรกรากบริเวณด้านทิศตะวันออกและทิศใต้ของวัดสุวรรณคูหาในปัจจุบัน พ.ศ. 2402 พระเตปิน พ่ออินตา พ่อแก้ว พ่อติะ พ่อหนานคำ ได้พาครอบครัวย้ายมาจากบ้านท่าตะกอน ต. คือ เวียง มาสมทบอีก และได้ร่วมกับชาวบ้านบูรณะวัดบ้านถ้ำ (วัดสุวรรณคูหา) พระเตปิน เป็นเจ้าอาวาส พ.ศ. 2404-2405 ชาวลำปาง (บ้านเกาะคา บ้านจูด บ้านจำ) พากันอพยพเข้ามาอาศัยอีกในเวลาเพียง 4-5 ปี มีบ้านถึง 101 หลังคา ปลูกล้อมรอบวัดสุวรรณคูหาทั้ง 4 ทิศ (พระธาตุจอมศีลสร้างขึ้นสมัยพระเจ้าอโศกมหาราช) และในปี พ.ศ. 2452 ได้มีการสร้างวิหารวัดพระธาตุจอมศีลและพระพุทธรูป ประมาณปี พ.ศ. 2468 มีการสร้างทางรถไฟจากบ้านป็น – จำไก่ออกไปยัง อ.ปง เพื่อลำเลียงไม้ส่งไปลงลำน้ำยม สู่ปากน้ำโพ และ พ.ศ. 2580 ได้รื้อรางรถไฟออกไป ต่อมา พ.ศ. 2482 มีการสร้างโรงเรียนถ้ำประชานุเคราะห์ ถ้ำประชาบารุง สถานีอนามัย ในสมัยพ่อกำนันเมืองใจ อัมพุธ ได้ร่วมกับเจ้าหน้าที่อำเภอพะเยาและชาวบ้านถ้ำสำรวจทำถนนในหมู่บ้านจนปัจจุบันถึง 3 แยก 169 แยก และ 4 แยก 69 แยก ต่อมา พ.ศ. 2500 ได้มีการขุดเหมืองใหม่จนเป็นจุดเริ่มของโครงการเขื่อนแม่ผางเป็นแหล่งเก็บน้ำเพื่อทำการเกษตรมาจนถึงปัจจุบัน พ.ศ. 2517 ได้แยกออกมาเป็นตำบลจากตำบลป็น และในปี พ.ศ. 2520 อำเภอพะเยาได้แยกจากเชียงรายเป็นจังหวัด ใน พ.ศ. 2524 พ่อกำนันมี อินต๊ะสาร ได้ส่งหมู่บ้านหมู่ที่ 1 เข้าประกวดจนได้รับรางวัลที่ 1 แล้วนำเงินรางวัลมาสร้างประปาตำบลบ้านถ้ำและโรงเรียนถ้ำป็นวิทยาคม จนใน พ.ศ. 2525 ได้มีน้ำประปาและไฟฟ้าใช้เป็นครั้งแรก ต่อมา พ.ศ. 2537ได้ยกฐานะเป็นสุขาภิบาลตำบลบ้านถ้ำ และในปี พ.ศ. 2540 กำนันบุญผาง อัมพุธ ส่งโครงการจัดหาน้ำเพื่ออุปโภคบริโภคประกวดจนได้รับรางวัลชนิดเลิศระดับจังหวัด ชมเชยในระดับเขต นำเงินรางวัล 20000 บาท มาวางท่อประปาขยายเขตในหมู่ที่ 10, 12 ได้อีก 30 หลังคา พ.ศ. 2542 ยกฐานะมาเป็นเทศบาลตำบลบ้านถ้ำ ทำให้มีความเจริญและพัฒนามาถึงปัจจุบัน จากประวัติหมู่บ้านแสดงให้เห็นถึงตำบลบ้านถ้ำมีวิวัฒนาการมายาวนาน มีการรวมกลุ่ม ผ่านการฝ่าฟันอุปสรรคหลายประการ มีความกระตือรือร้นที่จะให้ได้มาซึ่งชัยชนะ จึงอาจกล่าวได้ว่าชุมชนตำบลบ้านถ้ำมีความเข้มแข็งพอที่จะต่อสู้เพื่อชัยชนะอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชุมชน

2) สภาพภูมิศาสตร์

ตำบลบ้านถ้ำ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา มีลักษณะภูมิประเทศในพื้นที่เขตฝั่งเมืองรวมเป็นที่ราบเอียงต่ำเชิงเขาไปทางทิศเหนือ มีแนวภูเขาอยู่ทางทิศใต้และตะวันออกของพื้นที่ มีลำน้ำธรรมชาติไหลผ่านคือลำน้ำร่องช้าง มีต้นกำเนิดจากทิศใต้ของพื้นที่ไหลสู่แม่น้ำอิงและแม่น้ำโขง อยู่ห่างจากตัวจังหวัดพะเยาไปทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ระยะทาง 25 กิโลเมตร การเดินทางสะดวกโดยมีถนน 4 เลนจากตัวจังหวัดไปจนถึงตัวอำเภอดอกคำใต้ ถนนแยกจากตัวอำเภอดอกคำใต้ไปถึงบ้านถ้ำเป็นถนนลาดยางระยะทาง 13 กิโลเมตร ครอบคลุมพื้นที่ 12 หมู่บ้าน มีอาณาเขตติดต่อดังนี้



ทิศเหนือ	ติดตำบลสันโค้ง อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา
ทิศใต้	ติดตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา
ทิศตะวันออก	ติดตำบลปง อำเภอปง จังหวัดพะเยา
ทิศตะวันตก	ติดตำบลบุญเกิด ตำบลคือเวียง อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

จะเห็นว่าตำบลบ้านถ้ามีสภาพภูมิศาสตร์ที่อยู่ใกล้เมือง การเดินทางจากชุมชนสู่สถานที่ราชการระดับอำเภอ และระดับจังหวัดทำได้โดยง่าย เอื้อต่อการประสานการดำเนินการระหว่างพื้นที่กับหน่วยงานในระดับจังหวัด เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัดพะเยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา โรงพยาบาลจังหวัดพะเยา เป็นต้น

3) โครงสร้างทางประชากร

ตำบลบ้านถ้าจำนวนครัวเรือน 2814 หลังคาเรือน ประชากรชาย 4318 คน หญิง 4143 คน รวม 8461 คน ซึ่งจำแนกตามหมู่บ้านได้ดังนี้

ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกรายหมู่บ้านและเพศ

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	จำนวน หลังคา เรือน	จำนวนประชากร					
			ชาย	ร้อยละ	หญิง	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
1	ถ้า	165	247	5.72	225	5.44	472	5.58
2	สันหัวหม่น	209	312	7.23	333	8.05	645	7.63
3	ถ้านามัย	154	223	5.17	231	5.58	454	5.37
4	ถ้ำราษฎร์บำรุง	338	505	11.70	442	10.68	947	11.20
5	สันทราย	363	488	11.31	451	10.90	939	11.11
6	ถ้ำเจริญราษฎร์	317	450	10.42	388	9.38	838	9.91
7	ถ้ำมงคล	268	415	9.62	403	9.74	818	9.68
8	สันทรายทอง	139	195	4.52	172	4.16	367	4.34
9	ถ้ำจอมศีล	263	420	9.73	398	9.62	818	9.68
10	สันตันศรี	219	362	8.39	375	9.06	737	8.72
11	สันตันเปา	328	422	9.78	429	10.37	851	10.07
12	สันทรายเงิน	172	277	6.42	290	7.01	567	6.71
รวม		2935	4316	100.00	4137	100.00	8453	100.00

ที่มา: ท้องถิ่นเทศบาลตำบลบ้านถ้า ประจำปีเดือนกันยายน 2558



4) โครงสร้างทางการปกครอง

ตำบลบ้านฉำได้รับการยกฐานะเป็นเทศบาลตำบลตั้งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 มีหมู่บ้านทั้งหมด 12 หมู่บ้าน อยู่ในเขตเทศบาลตำบลบ้านฉำปัจจุบันมีนายกฤตเมษ พุทธสอน เป็นกำนันตำบลบ้านฉำ มีรายชื่อหมู่บ้านและผู้นำหมู่บ้าน ดังนี้

หมู่ที่ 1	บ้านฉำโน	นายเขียนทอง	คำนวล	ผู้ใหญ่บ้าน
หมู่ที่ 2	บ้านสันหัวหม่น	นายพียา	พุทธสอน	ผู้ใหญ่บ้าน
หมู่ที่ 3	บ้านฉำอามัย	นายสมบัติ	ไชยวุฒิ	ผู้ใหญ่บ้าน
หมู่ที่ 4	บ้านฉำราษฎร์บำรุง	นายยวน	นันทะเสน	ผู้ใหญ่บ้าน
หมู่ที่ 5	บ้านฉำสันทราย	นายสุรินทร์	ราชเนตร	ผู้ใหญ่บ้าน
หมู่ที่ 6	บ้านฉำเจริญราษฎร์	นายเข้มชาติ	เกศามา	ผู้ใหญ่บ้าน
หมู่ที่ 7	บ้านฉำมงคล	นายเป็ง	ไชยวุฒิ	ผู้ใหญ่บ้าน
หมู่ที่ 8	บ้านสันทรายทอง	นายอินคำ	พุทธสอน	ผู้ใหญ่บ้าน
หมู่ที่ 9	บ้านฉำจอมศีล	นายสุเทพ	ใสศรี	ผู้ใหญ่บ้าน
หมู่ที่ 10	บ้านสันตันศรี	นายอารีย์	เมืองมูล	ผู้ใหญ่บ้าน
หมู่ที่ 11	บ้านสันตันเปา	นายกฤตเมษ	พุทธสอน	กำนัน
หมู่ที่ 12	บ้านสันทรายเงิน	นายศราวดี	ไชยวุฒิ	ผู้ใหญ่บ้าน

5) โครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคม

ตำบลบ้านฉำมีพื้นที่เหมาะสมสำหรับการเกษตรกรรม เนื่องจากมีแหล่งน้ำเพื่อการเกษตรหลายแห่งที่สำคัญ ได้แก่ เขื่อนแม่ผาง ตั้งอยู่หมู่ที่ 4 บ้านฉำราษฎร์บำรุง อ่างเก็บน้ำกาญจนาภิเษก ตั้งอยู่หมู่ที่ 5 บ้านฉำสันทราย ประชาชนส่วนใหญ่จึงประกอบอาชีพด้านการเกษตรเป็นหลัก พืชเศรษฐกิจของ ตำบลบ้านฉำ คือ ข้าว ข้าวโพด ถั่ว กระเทียม มันสำปะหลัง เมียง และลำไยผลไม้ตามฤดูต่างๆ ด้านปศุสัตว์ มีการเลี้ยงโค สุกร ไก่ และเลี้ยงปลาตก กับกบในบ่อซีเมนต์ นอกจากนี้มีอาชีพอื่นๆ ได้แก่ ค้าขาย รับจ้าง รับราชการ

รายได้ของหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ประชากรจะมีรายได้จากการทำเกษตรกรรม นอกจากนั้น มีรายได้ จากการค้าขาย โดยมีแหล่งเงินกู้สนับสนุนจากธนาคาร เพื่อการเกษตรและสหกรณ์ (ธ.ก.ส.) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด ธนาคารกรุงไทย และธนาคารออมสิน

กลุ่มเกษตรกรทฤษฎีใหม่ กลุ่มเกษตรกรทำสวนบ้านฉำ การเกษตรให้ครอบคลุมการพัฒนาทักษะการเกษตรที่หลากหลายตลอดจนกลุ่มปลูกพืชผักสวนครัวที่เน้นการดำเนินงานตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯซึ่งสร้างความเป็นอยู่ที่ดีให้แก่ เกษตรซึ่งได้เน้นย้ำการทำเกษตรตามแนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงรวมทั้งการลดใช้สารเคมีในการเกษตรเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานรวมทั้งนโยบายเกษตรปลอดภัย ดำเนินงานตามแนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

6) โครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม

ด้านการศึกษาในพื้นที่มีสถานศึกษาหลายระดับ ได้แก่ ระดับประถมศึกษา 3 แห่ง คือโรงเรียนบ้านฉำประชาบำรุง โรงเรียนบ้านฉำประชานุเคราะห์ และโรงเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลบ้านฉำ ระดับมัธยมศึกษา 1 แห่ง คือ โรงเรียนฉำปิ่นวิทยาคม ผ่านการประเมินมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ระดับทอง ในปีงบประมาณ 2552 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียน จำนวน 4 แห่ง



ผ่านการประเมินตามมาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และผ่านมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ได้แก่ ศูนย์เด็กเล็กวัดสุวรรณคูหา ตั้งพื้นที่หมู่ที่ 2 ศูนย์เด็กเล็กวัดรัตนาราม ตั้งอยู่พื้นที่หมู่ที่ 9 และศูนย์เด็กเล็กบ้านถ้ำสนทราย ตั้งอยู่พื้นที่หมู่ที่ 5 และศูนย์เด็กเล็กโบสถ์ถ้ำมงคล ตั้งอยู่พื้นที่หมู่ที่ 7

ด้านศาสนาประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีนับถือศาสนาคริสต์ ศาสนาอิสลามบางส่วน มีสถานที่ปฏิบัติศาสนกิจ คือ วัด 4 แห่ง วัดสุวรรณคูหา หมู่ที่ 1, วัดรัตนคูหา หมู่ที่ 4 และวัดพระธาตุจอมศีล หมู่ที่ 9 และวัดเทพรัตนาราม หมู่ที่ 11 ตำบลบ้านถ้ำ มีโบสถ์ 1 แห่ง คือ โบสถ์ถ้ำมงคล หมู่ที่ 7

ด้านวัฒนธรรม ประเพณี ชาวบ้านยังคงมีการปฏิบัติและให้ความสำคัญในวันสำคัญต่างๆ เช่น งานลอยกระทง งานเข้าพรรษา วันปีใหม่ วันสงกรานต์ การทำบุญในงานศพ งานแต่งงาน งานบวช ซึ่งชาวบ้านจะมีการช่วยเหลือกันเป็นอย่างดีในหมู่บ้าน และทุก ๆ ปี ในช่วงเดือนเมษายน จะมีประเพณีสงกรานต์พระธาตุจอมศีล ซึ่งชาวบ้านจะไปทำบุญร่วมกับชาวบ้านหมู่บ้านอื่นอีกด้วย

ชาวบ้านจะมีความเชื่อในศาลเจ้าพ่อล้านช้าง ซึ่งเป็นศาลที่เก่าแก่ อยู่ในสวนรุกขชาติ บริเวณปากถ้ำของตำบลบ้านถ้ำ และทุกปีในวันที่ 17 เมษายน ของทุกปีจะมีประเพณีดำหัวเจ้าพ่อล้านช้าง

พิธีกรรมและความเชื่อบางอย่างยังคงกระทำกันอย่างต่อเนื่อง เช่น พิธีสืบชะตา พิธีสังเคราะห์ ตานต้อ พิธีตานตุงเหล็กตุงตอง พิธีตานขันข้าวแล้ง พิธีตานหัวพระเจ้า พิธีบูชาข้าวปุ่น พิธีฮ้องขวัญ สู่ขวัญ เอียกขวัญ พิธีขึ้นดาวตุงสี่ พิธีบูชาพระเวียงแก้ว พิธีลงฝ้ายหม้อหนึ่ง พิธีเลี้ยงฝ้าย ฝ้าย พิธีเลี้ยงผีเสื้อบ้าน เสือเมือง พิธีสูตรถอนขีด พิธีสวดเบิก พิธีสระสงฆ์น้ำพระ พิธีเทศน์ธรรมปลาช่อน พิธีเทศน์ธรรมมหาชาติ 2 พิธีเก็บกระดูก พิธีบอยลูกแก้ว พิธีดำหัวคนเฒ่า พิธีตักบาตรปุดเป้ง แต่งบางอย่างหายไป เช่น พิธีสู่ขวัญวัวควาย พิธีฮ้องขวัญข้าว

7) โครงสร้างทางระบบสุขภาพ

ตำบลบ้านถ้ำมีสถานบริการสุขภาพ จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำเจริญราษฎร์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำ แต่กลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 อยู่ในเขตรับผิดชอบและการดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำ ซึ่งมีบริบทดังนี้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำ สร้างขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2503 โดยได้เปิดเป็นสำนักงานผดุงครรภ์ ต่อมาได้รับการยกฐานะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำ พ.ศ. 2543 ได้รับงบกระตุ้นเศรษฐกิจ (มียาฆ่า) จำนวน 1,980,000 บาท เพื่อสร้างอาคารทดแทน พ.ศ. 2545 ได้รับงบประมาณจากเทศบาลตำบลบ้านถ้ำ จำนวน 188,000 บาท ในการต่อเติมอาคารชั้นล่าง เปิดให้บริการกับประชาชนตั้งแต่ 14 ตุลาคม 2546 เป็นต้นมา จนถึงปี 2553 ได้ยกระดับมาตรฐานบริการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำ และทำการปรับปรุงภายในและภายนอกอาคารให้มีความทันสมัยมากยิ่งขึ้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำ มีพื้นที่ในความรับผิดชอบ 6 หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ 3 บ้านถ้ำอนามัย หมู่ที่ 5 บ้านสนทราย หมู่ที่ 7 บ้านถ้ำมงคล หมู่ที่ 8 บ้านสนทรายทอง หมู่ที่ 11 บ้านสันตันเปา หมู่ที่ 12 บ้านสนทรายเงินตำบลบ้านถ้ำ ประกอบด้วย 12 หมู่บ้าน



ระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำ มีการจัดบริการ 5 ประเภทคือ

1) การรักษาพยาบาล ได้แก่ บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป บริการคลินิกเฉพาะโรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน บริการทันตกรรมทั่วไป บริการส่งต่อผู้ป่วยที่เกินขีดความสามารถ และเพื่อรับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง

2) การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ บริการอนามัยแม่และเด็ก บริการให้คำปรึกษาและวางแผนครอบครัว บริการให้คำปรึกษาและส่งเสริมสุขภาพจิต บริการอนามัยโรงเรียน บริการเฝ้าระวังทางโภชนาการ บริการส่งเสริมทันตสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ

3) การป้องกันและควบคุมโรค ได้แก่ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

4) การฟื้นฟูสุขภาพ ได้แก่ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและการเยี่ยมบ้าน บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ บริการนวดแผนไทยและการอบตัวด้วยไอน้ำสมุนไพร

5) การคุ้มครองผู้บริโภค ได้แก่ การเฝ้าระวังและตรวจสอบปนเปื้อนในอาหารสด งานสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนและชุมชน การดำเนินงานโครงการอาหารปลอดภัย การดำเนินงานโครงการ อย.น้อย

6) งานบริการอื่น ๆ ได้แก่ งานบริการแพทย์แผนไทย สืบหาข้อมูลและจัดทำบัตรสุขภาพถ้วนหน้า บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำมีการจัดระบบให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับภาคีเครือข่าย เช่น รถฉุกเฉินเทศบาลตำบล รถฉุกเฉินกู้ภัย กาวีระ รถฉุกเฉินโรงพยาบาลดอกคำใต้ และมีคลินิกโรคเรื้อรังที่ให้บริการตามเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 2 คน และทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลดอกคำใต้เป็นที่เลี้ยงให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ โดยให้บริการดูแลผู้ป่วย 5 กลุ่มโรคที่เป็นปัญหา คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง) กลุ่มประชากรที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก กลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อ และปัจจุบันมีคลินิกดูแลโรคกล้ามเนื้อเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1

4.1.2 บริบทด้านการดูแลผู้ป่วย

ในการศึกษาบริบทด้านการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน คือ ประวัติการค้นพบผู้ป่วย และบริบทด้านการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ประวัติการค้นพบผู้ป่วย

ท้องที่บ้านถ้ำ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ได้ค้นพบโรคกล้ามเนื้อเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 จากการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ดำเนินการสำรวจคนพิการในพื้นที่เพื่อให้การสนับสนุนสวัสดิการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545 มาตรา 47 ที่กำหนดหลักเกณฑ์การบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพพระดับจังหวัด ซึ่งครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายผู้ที่สมควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็น คือ คนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2556 และผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทุกประเภท ในปี 2556



จากการคัดกรองได้พบกลุ่มผู้พิการที่มีลักษณะความพิการพิเศษ คือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เสียการทรงตัว และเกิดในครอบครัวเดียวกัน จึงได้ประสานกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ศูนย์โรคสมองภาคเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยกับไขสันหลังประเภท 1 จำนวน 16 ราย เสียชีวิตแล้ว 4 ราย และมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงที่รอเวลาเกิดความพิการหรือเดินไม่ได้ในอนาคตอีกจำนวน 5 ราย

2) ระบบการดูแลผู้ป่วย

เนื่องจากเป็นโรคกล้ามเนื้อเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยกับไขสันหลังประเภท 1 เป็นโรคที่ค้นพบใหม่ คนในชุมชนหรือแม้กระทั่งตัวผู้ป่วยเองยังขาดความเข้าใจโรค จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีความรู้เรื่องโรค จึงมองทิศทางการดูแลได้ไม่ชัดเจน ประกอบกับผู้ป่วยเป็นเพียงกลุ่มคนเล็ก ๆ ชุมชนยังมองเห็นความสำคัญที่จะจัดระบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้น้อย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบไม่เพียงแต่ผลกระทบทางกายที่เข้าสู่ภาวะความพิการ และผลกระทบทางจิตใจที่ยังยอมรับกับความเปลี่ยนแปลงสถานภาพจากคนปกติไปสู่คนพิการไม่ได้เท่าที่ควร ยังได้รับผลกระทบจากปัญหาการขอรับสวัสดิการ กล่าวคือ สภาพความพิการที่เกิดมาภายหลังยังไม่ได้รับการยืนยันที่ชัดเจนว่าเข้าสู่ภาวะความพิการ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการได้รับการสนับสนุนตามเกณฑ์ที่กำหนด ทำให้ขาดการดูแลหรือแก้ไขปัญหาความพิการที่ต้องตามพยาธิสภาพของโรค รวมถึงญาติและเครือญาติที่มีสายโลหิตเดียวกันยังขาดความรู้ ความเข้าใจจากปัญหาโรคจากปัญหาความพิการที่จะเกิดขึ้นกับคนในตระกูลตนเอง

จากการศึกษาสถานการณ์และบริบทของการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา พบจุดแข็ง และจุดอ่อนของการดูแลผู้ป่วยดังนี้

1. จุดแข็งของการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา ประกอบด้วย

1.1 เป็นชุมชนชนบทหรือชุมชนปทุมภูมิ ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีความผูกพันกันสูง เอื้อต่อการรวมกลุ่ม

1.2 ชุมชนอยู่ห่างจากตัวจังหวัดพะเยาเพียง 30 กิโลเมตร ง่ายต่อการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัด เช่น ศาลากลางจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด เอื้อต่อการประสานงาน

1.3 มีโครงสร้างการบริหารของหมู่บ้านชัดเจน มีกลุ่มทางสังคมที่ค่อนข้างเข้มแข็ง เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มผู้พิการ เป็นต้น ซึ่งกลุ่มเหล่านี้พร้อมให้การสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชน

1.4 มีสถานศึกษาในพื้นที่ทั้งระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ส่งเสริมให้คนในชุมชนได้รับการศึกษาตามเกณฑ์

1.5 มีสถาบันทางศาสนาทั้งศาสนาพุทธ และศาสนาคริสต์ ที่จะช่วยพัฒนาจิตใจของผู้ป่วย ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณีดั้งเดิมที่เอื้อให้คนในชุมชนมาทำกิจกรรมร่วมกัน



1.6 บุคลากรทางสุขภาพทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถเข้าถึงชุมชนได้เป็นอย่างดี ประชาชนในพื้นที่มีความศรัทธาให้การยอมรับ

2. จุดอ่อนของการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา ประกอบด้วย

2.1 โรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 เป็นโรคที่ค้นพบใหม่ในชุมชน ประชาชนยังมีความรู้เรื่องโรคน้อย ประกอบกับเป็นโรคที่เกิดขึ้นน้อย (Rare case) เมื่อเกิดขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อชุมชนโดยรวมน้อย ลักษณะดังกล่าวทำให้ชุมชนขาดความสนใจผู้ป่วย ไม่กระตือรือร้นที่จะแก้ปัญหา ผู้ป่วยจึงขาดโอกาสที่จะได้รับการดูแล

2.2 ลักษณะอาการการแสดงของโรคเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ผู้ป่วยได้รับผลกระทบทางจิตใจที่รุนแรงเนื่องจากการเปลี่ยนสถานะจากคนปกติไปสู่คนพิการในเวลาอันสั้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดปัญหาการจัดสวัสดิการสำหรับการดูแล เนื่องจากขาดความชัดเจนในการตัดสินใจให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่ควรได้รับ

2.3 การวินิจฉัยโรคต้องอาศัยวิทยาการขั้นสูงจากสถาบันที่มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย ซึ่งต้องมีค่าใช้จ่ายสูง ทำให้ชุมชนเข้าถึงได้ยาก ต้องประสานงานหลายขั้นตอน เมื่อโรคไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ชัดเจนจะทำให้เกิดปัญหาในการสร้างความเข้าใจต่อชุมชน

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา ควรพิจารณาถึงโอกาสการเข้าถึงบริการ การปรับสภาพจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงการสนับสนุน โดยอาศัยจุดแข็งต่าง ๆ ของชุมชนที่มีอยู่

4.2 การสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา

ในการสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยาแบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ส่วนคือ การวิเคราะห์องค์ประกอบโดยการวิจัยเชิงปริมาณ และการยืนยันความเหมาะสมโดยการวิจัยเชิงคุณภาพดังนี้

4.2.1 การวิเคราะห์องค์ประกอบโดยการวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยในขั้นนี้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยทั้ง 5 กลุ่ม โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ผลการวิจัยประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน คือลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย และการวิเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้



1) ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 4.2 ความถี่ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินการดูแลผู้ป่วยจำแนกตามลักษณะทางประชากร ของกลุ่มตัวอย่าง (N=207)

ลักษณะทางประชากร	ความถี่	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	87	42.0
หญิง	120	58.0
รวม	207	100.0
อายุ		
ต่ำกว่า 45 ปี	42	20.3
45-59 ปี	114	55.1
60 ปีขึ้นไป	51	24.6
รวม	207	100.0
อายุเฉลี่ย = 52.26 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.57 ค่าต่ำสุด = 26 ค่าสูงสุด = 77		
สถานภาพสมรส		
โสด	15	7.2
สมรส	172	83.1
หม้าย หย่า แยก	20	9.7
รวม	207	100.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	127	61.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	27	13.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	39	18.8
อนุปริญญา	5	2.4
ปริญญาตรี	7	3.4
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.0
รวม	207	100.0



ตาราง 4.2 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	ความถี่	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	199	96.1
คริสต์	8	3.9
รวม	207	100.0
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	4	1.9
ตัวแทนจากเทศบาล	4	1.9
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	91	44.0
ญาติใกล้ชิด	66	31.9
ผู้ป่วย	6	2.9
ผู้นำชุมชน	36	17.4
รวม	207	100.0

จากตาราง 4.2 ลักษณะทางประชากรด้านเพศ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.0 ด้านอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.1 โดยมีอายุเฉลี่ย 52.26 ปี ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 83.1 ด้านระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.4 ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาร้อยละ 18.8 ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ด้านศาสนาส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.1 นับถือศาสนาพุทธ และด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยกลุ่มที่มากที่สุดเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 44.0 รองลงมาคือญาติใกล้ชิด คิดเป็นร้อยละ 31.9



2) ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อปัจจัยภายในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา

ตาราง 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อปัจจัยภายในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา (N=207)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย	ผลการประเมิน		
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน	4.62	0.52	สูง
มีการวางแผนการทำงาน	4.42	0.53	สูง
ส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วม	4.52	0.53	สูง
ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ	3.73	0.67	สูง
ทำงานแบบจิตอาสา	4.53	0.52	สูง
สนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก	3.46	0.56	ปานกลาง
สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามสิทธิ	3.38	0.63	ปานกลาง
ระบบดูแลต่อเนื่อง	4.40	0.53	สูง
ให้คำปรึกษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	4.09	0.68	สูง
ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านสุขภาพ	2.76	0.72	ปานกลาง
ส่งเสริมความภูมิใจในตนเอง	2.71	0.66	ปานกลาง
ส่งเสริมกิจกรรมการพัฒนาจิต เช่น กิจกรรมทางศาสนา	2.76	0.72	ปานกลาง
ส่งเสริมการทำกิจกรรมระหว่างคนปกติกับผู้ป่วย	2.88	0.90	ปานกลาง
มีการรายงานผลการทำงาน	2.94	0.45	ปานกลาง
จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	3.61	0.69	ปานกลาง
ติดตามประเมินผล	4.10	0.70	สูง
ภาพรวม	4.43	0.52	สูง

จากตาราง 4.3 ผลการศึกษาระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อปัจจัยภายในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง โดยความคิดเห็นต่อปัจจัยภายในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา ที่มีระดับสูงสุดสามอันดับแรกคือ 1) การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน 2) ทำงานแบบจิตอาสา และ 3) ส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.62, 3.53 และ 3.51 ตามลำดับ ส่วนการปฏิบัติด้านที่ต่ำที่สุดคือ ส่งเสริมความภูมิใจในตนเองส่งเสริมความภูมิใจในตนเอง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.71



3) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา

(1) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบในภาพรวม

การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา ซึ่งประกอบด้วยลำดับองค์ประกอบ จำนวนองค์ประกอบ จำนวนองค์ประกอบย่อย ค่าไอเกน และค่าร้อยละของความแปรปรวนรวมขององค์ประกอบ โดยใช้ข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยาซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ญาติใกล้ชิดผู้ป่วย และตัวผู้ป่วยเอง จำนวน 207 คน เพื่อวิเคราะห์ระดับความสำคัญขององค์ประกอบโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor extraction) ด้วยการสกัดองค์ประกอบแบบภาพพจน์ (Image factoring) หมุนแกนแบบออร์โธโกนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวนริแมกซ์ (Varimax) เพื่อหาจำนวนองค์ประกอบ โดยใช้เกณฑ์พิจารณาเลือกจำนวนองค์ประกอบจากองค์ประกอบที่มีค่าไอเกนมากกว่า 1 ขึ้นไป สำหรับการเลือกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในแต่ละองค์ประกอบ ได้เลือกจากกิจกรรมขององค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักมากกว่า 0.300 ขึ้นไป (อุทุมพร (ทองอุไร) จามรมาร, 2545: 96) ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.500 ขึ้นไปเป็นเกณฑ์ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา ดังปรากฏในตาราง 4.4

ตาราง 4.4 ลำดับ ชื่อองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย จำนวนองค์ประกอบย่อย ค่าไอเกน และร้อยละความแปรปรวน ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา (N=207)

ลำดับ	องค์ประกอบที่มี ความสำคัญต่อการดูแล ผู้ป่วย	จำนวน องค์ประกอบย่อย	ค่าไอเกน	ค่าร้อยละของ ความแปรปรวน
1	การจัดระบบการทำงาน	7	3.91	24.41
2	การส่งเสริมสุขภาพจิต	4	3.55	22.18
3	การสนับสนุน	3	1.39	8.66
4	ข้อมูลในการดูแล	2	1.18	7.39
ภาพรวมรูปแบบการดูแลผู้ป่วย		16	10.02	62.64

จากตาราง 4.4 พบว่าองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยาที่มีค่าไอเกน (Eigen value) มากกว่า 1.0 มีจำนวน 4 องค์ประกอบ มีองค์ประกอบย่อย จำนวน 16 องค์ประกอบ มีค่าความแปรปรวนรวม ร้อยละ 62.64 โดยผู้วิจัยได้ตั้งชื่อองค์ประกอบที่สอดคล้องกับองค์ประกอบย่อย คือ องค์ประกอบด้านการจัดระบบการทำงานมีจำนวน 7 องค์ประกอบย่อย องค์ประกอบส่งเสริม



สุขภาพจิต มีองค์ประกอบย่อย จำนวน 4 องค์ประกอบ องค์ประกอบด้านการสนับสนุน มีองค์ประกอบย่อย จำนวน 3 องค์ประกอบ และองค์ประกอบด้านข้อมูลในการดูแล มีองค์ประกอบย่อย จำนวน 2 องค์ประกอบ

(2) องค์ประกอบด้านการจัดระบบบริการ

ตาราง 4.5 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ระดับ และค่าน้ำหนักองค์ประกอบด้านการจัดระบบบริการ (N=207)

องค์ประกอบ ด้านการจัดระบบบริการ	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ
ทำงานแบบจิตอาสา	4.53	0.52	สูง	0.79
ติดตามประเมินผล	4.10	0.70	สูง	0.76
ส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วม	4.52	0.53	สูง	0.76
ระบบดูแลต่อเนื่อง	4.40	0.53	สูง	0.75
มีการวางแผนการทำงาน	4.42	0.53	สูง	0.73
การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน	4.62	0.52	สูง	0.68
ให้คำปรึกษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	4.09	0.68	สูง	0.68
รวม	4.37	0.42	สูง	

จากตาราง 4.5 พบว่า องค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสีย การประสานงานจากสมอ่งน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยาด้านการจัดระบบการ ทำงานมีองค์ประกอบย่อยทั้งหมด 7 องค์ประกอบ โดยภาพรวมมีความสำคัญในระดับสูง ($\bar{X} = 4.37$, $SD = 0.42$) และมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.68-0.74

เมื่อพิจารณาในรายองค์ประกอบย่อย พบว่า องค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมอ่งน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยามากที่สุด คือการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ($\bar{X} = 4.62$, $SD = 0.52$) ส่วนองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมอ่งน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา น้อยที่สุดคือให้คำปรึกษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X} = 4.09$, $SD = 0.68$)



(3) องค์ประกอบด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของชุมชน

ตาราง 4.6 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ระดับ และค่าน้ำหนักองค์ประกอบด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของชุมชน
(N=207)

องค์ประกอบ การส่งเสริมสุขภาพจิตของชุมชน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ
ส่งเสริมความภูมิใจในตนเอง	2.71	0.66	ปานกลาง	0.85
ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านสุขภาพ	2.76	0.72	ปานกลาง	0.82
ส่งเสริมกิจกรรมการพัฒนาจิต เช่น กิจกรรมทางศาสนา	2.76	0.72	ปานกลาง	0.79
ส่งเสริมการทำกิจกรรมระหว่างคนปกติ กับผู้ป่วย	2.88	0.90	ปานกลาง	0.64
รวม	2.78	0.60	ปานกลาง	

จากตาราง 4.6 พบว่า องค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยาด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของชุมชนมีองค์ประกอบย่อยทั้งหมด 4 องค์ประกอบ โดยภาพรวมมีความสำคัญในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.78$, $SD. = 0.60$) และมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.64-0.82

เมื่อพิจารณาในรายองค์ประกอบย่อย พบว่า องค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยามากที่สุดคือการส่งเสริมการทำกิจกรรมระหว่างคนปกติกับผู้ป่วย ($\bar{X} = 2.88$, $SD. = 0.90$) ส่วนองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยาน้อยที่สุดคือส่งเสริมความภูมิใจในตนเอง ($\bar{X} = 2.71$, $SD. = 0.66$)



(4) องค์ประกอบด้านแนวทางการสนับสนุนการดูแล

ตาราง 4.7 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ระดับ และค่าน้ำหนักองค์ประกอบด้านการสนับสนุนการดูแล (N=207)

องค์ประกอบ ด้านแนวทางการสนับสนุนการดูแล	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ
ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ	3.73	0.67	สูง	0.77
สนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก	3.46	0.56	ปานกลาง	0.77
สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการบริการตามสิทธิ	3.38	0.63	ปานกลาง	0.70
รวม	3.53	0.50	ปานกลาง	

จากตาราง 4.7 พบว่า องค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสีย การประสานงานจากสมอ่งน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยาด้านการสนับสนุน การดูแลมีองค์ประกอบย่อยทั้งหมด 3 องค์ประกอบ โดยภาพรวมมีความสำคัญในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.53$, SD.= 0.50) และมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.70-0.77

เมื่อพิจารณาในรายองค์ประกอบย่อย พบว่า องค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมอ่งน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยามากที่สุด คือการให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ ($\bar{X}=3.73$, SD.= 0.67) ส่วนองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อ การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมอ่งน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัด พะเยาน้อยที่สุดคือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการบริการตามสิทธิ ($\bar{X}=3.38$, SD.= 0.63)

(5) องค์ประกอบด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดำเนินงาน

ตาราง 4.8 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ระดับ และค่าน้ำหนักองค์ประกอบด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดำเนินงาน

องค์ประกอบ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลการ ดำเนินงาน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ
จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	3.61	0.69	ปานกลาง	0.75
มีการรายงานผลการทำงาน	2.94	0.45	ปานกลาง	0.73
รวม	3.27	0.47	ปานกลาง	

จากตาราง 4.8 พบว่า องค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสีย การประสานงานจากสมอ่งน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยาด้านการสนับสนุนการ ดำเนินงานมีองค์ประกอบย่อยทั้งหมด 3 องค์ประกอบ โดยภาพรวมมีความสำคัญในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.27$, SD.= 0.47) และมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.73-0.75



เมื่อพิจารณาในรายองค์ประกอบย่อย พบว่า องค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยามากที่สุด คือการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ($\bar{X}=3.61$, $SD.=0.69$) ส่วนองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา น้อยที่สุดคือมีการรายงานผลการทำงาน ($\bar{X}=2.94$, $SD.=0.45$)

4.2.2 การตรวจสอบรูปแบบโดยการสนทนากลุ่ม

ภายหลังจากได้องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา ซึ่งมี 4 องค์ประกอบหลัก และ 16 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ องค์ประกอบด้านการจัดระบบการทำงานมีจำนวน 7 องค์ประกอบย่อย องค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพจิต มีองค์ประกอบย่อย จำนวน 4 องค์ประกอบ องค์ประกอบด้านการสนับสนุน มีองค์ประกอบย่อย จำนวน 3 องค์ประกอบ และองค์ประกอบด้านข้อมูลในการดูแล มีองค์ประกอบย่อย จำนวน 2 องค์ประกอบ ผู้วิจัยได้จัดสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อนำองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม โดยผู้ร่วมสนทนากลุ่มประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย (Stakeholder) ซึ่งประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขหรือสมาชิกเทศบาล จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 2 คน ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยจำนวน 2 คน และและผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน มีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderator) ซึ่งเป็นไปตามหลักการ สนทนากลุ่ม (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2549) ผลการตรวจสอบสามารถสรุปเป็นสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1) กระบวนการทำงาน

ได้ข้อสรุปกระบวนการทำงานในการดูแลผู้ป่วยจากการสนทนากลุ่มดังนี้



ตาราง 4.9 กระบวนการทำงานที่ได้จากการสนทนากลุ่ม

องค์ประกอบของรูปแบบ	ข้อสรุปของกิจกรรม
1. องค์ประกอบด้านการจัดระบบ การทำงาน 1.1 การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน	ผู้เกี่ยวข้องทุกกลุ่มจะพยายามให้การสนับสนุนความต้องการของผู้ป่วยในประเด็นต่อไปนี้ 1.ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง 2.ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายเหมาะสม 3.ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ 4.ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการอย่างเหมาะสม 5.ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ 6.ผู้ป่วยมีเงินใช้จ่ายอย่างพอเพียง 7.ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง 8.ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสิทธิเท่าเทียมกับผู้ป่วยอื่น
1.2 มีการวางแผนการทำงาน	1.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทีม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสา ออกให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา 2.ผู้นำชุมชน, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสา จัดผู้ป่วยต้นแบบด้านการออกกำลังกาย และสนับสนุนสถานที่ออกกำลังกายที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลหรือญาติใกล้ชิด ดูแลด้านการรับประทานอาหาร 4.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสาผู้ป่วย ได้รับการรักษาตามอาการอย่างเหมาะสม 5.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทีม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสา ตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ



ตาราง 4.9 (ต่อ)

องค์ประกอบของรูปแบบ	ข้อสรุปของกิจกรรม
	6.เทศบาลตำบลบ้านฉ้าจัดสรรเงินสนับสนุนตามสิทธิผู้พิการ รวมทั้งงบประมาณสนับสนุนโครงการจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในส่วนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีเครือข่ายในองค์การบริหารส่วนจังหวัดจัดทำโครงการขอ งบประมาณสนับสนุน 7.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสาตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ ญาติใกล้ชิดดูแลอย่างต่อเนื่อง 8.ผู้นำชุมชน เทศบาลตำบลบ้านฉ้า และผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสิทธิที่พึงได้นัดพบปะกันที่ สภากาแฟยามเช้าซึ่งจัดที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฉ้ามีการแบ่งงานกันทำตามผลในข้อ 2
1.3 ส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วม	1.นัดพบปะกันที่สภากาแฟยามเช้าซึ่งจัดที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฉ้า 2.มีการแบ่งงานกันทำตามผลในข้อ 2
1.4 ระบบดูแลต่อเนื่อง	1.ทีมสุขภาพให้การดูแลรักษาต่อเนื่อง
1.5 ทำงานแบบจิตอาสา	ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสาประกอบด้วย 1.นายอานนท์ อินสม 2.นายดชนันท์ ทาจิณะ 3.นายเสริม นามวงศ์ 4.นางรุ่งนภา กัญทะวงศ์ 5.นางสายฝน เผ่าดี 6.นายรุ่งเรือง พรหมมินทร์ 7.นางจันสม อินตะสาร 8.นางนงค์ลักษณ์ เมืองขึ้น 9.นางสีไฉ่ ตุ่นนวล
1.6 ให้คำปรึกษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสาเยี่ยมทุกเดือน
1.7 ติดตามประเมินผล	สภากาแฟยามเช้าของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฉ้า



ตาราง 4.9 (ต่อ)

องค์ประกอบของรูปแบบ	ข้อสรุปของกิจกรรม
2. องค์ประกอบด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต	
2.1 ส่งเสริมความภูมิใจในตนเอง	ให้ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขหรือสมาชิกเทศบาล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และญาติใกล้ชิดผู้ป่วย โดยเฉพาะที่มีกิจกรรมต้องพบปะผู้ป่วยบ่อยครั้ง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสา ผู้ดูแลหรือญาติใกล้ชิด รวมถึงบุคคลนอกพื้นที่ที่สนใจเข้ามาศึกษาผู้ป่วยส่งเสริมผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ไม่ตีตราผู้ป่วย
2.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านสุขภาพ	ให้ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขหรือสมาชิกเทศบาล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลหรือญาติใกล้ชิดผู้ป่วย โดยเฉพาะที่มีกิจกรรมต้องพบปะผู้ป่วยบ่อยครั้ง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทีม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสา ญาติใกล้ชิด รวมถึงบุคคลนอกพื้นที่ที่สนใจเข้ามาศึกษาผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง ให้กำลังใจผู้ป่วยว่าสามารถดูแลตนเองได้
2.3 ส่งเสริมกิจกรรมการพัฒนาจิต	ผู้ดูแลหรือญาติใกล้ชิดผู้ป่วยพาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาจิตตามบริบทของตนเอง
2.4 ส่งเสริมการทำกิจกรรมระหว่างคนปกติกับผู้ป่วย	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ผู้รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลหรือญาติใกล้ชิดผู้ป่วยพาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย
3. แนวทางการสนับสนุน	
3.1 การสนับสนุนด้านงบประมาณ	1.เทศบาลจัดงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมดูแลผู้ป่วย 2.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีเครือข่ายกับกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดเขียนโครงการเพื่อของบประมาณสนับสนุน 3.ผู้นำชุมชนเขียนโครงการขอสนับสนุนงบประมาณจากเทศบาล
3.2 การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก	1.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ประสานหน่วยงานต่างๆ เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณสำหรับจัดสร้างสิ่งอำนวยความสะดวก 2.เทศบาลและผู้นำชุมชนสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก



ตาราง 4.9 (ต่อ)

องค์ประกอบของรูปแบบ	ข้อสรุปของกิจกรรม
3.3 สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามสิทธิ	1. ผู้นำชุมชนส่งเสริมการวินิจฉัยผู้ป่วยให้เป็นผู้พิการเพื่อขอรับสิทธิการดูแล 2. ชุมชนดูแลตามสิทธิผู้ป่วย
4. การแลกเปลี่ยนข้อมูล	
4.1 มีการรายงานผลการทำงาน	1. มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำ เป็นแกนกลางในการรวบรวมข้อมูล 2. ข้อมูลได้จากการเยี่ยมบ้าน และการประชุมสภา กาแฟ
4.2 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1. มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเป็น แกนกลางในการรวบรวมข้อมูล 2. มีการแลกเปลี่ยนระดับชุมชน 3. มีการแลกเปลี่ยนระดับชมรม ได้แก่ ชมรมสาธารณสุข ของจังหวัดพะเยา 4. แลกเปลี่ยนกับส่วนกลาง

4.3 การประเมินผลการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมอมน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา

หลังจากได้รูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนแล้ว ผู้วิจัยได้วิเคราะห์เห็นว่าบุคคลสำคัญที่จะทำให้รูปแบบดำเนินไปอย่างเหมาะสมคือ นายประจักษ์ กองตัน หรือหมอจักร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำ และ นางสาวณพัชรา หลักฐาน หรือหมอแหว เจ้าหน้าทีสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นผู้มีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความร่วมมือจากชุมชน เนื่องจากทั้งสองคนได้รับการยอมรับจากชุมชน นอกจากนี้ยังเป็นคนที่ใฝ่รู้ใฝ่เรียน และมีทักษะด้านการวิจัยในระดับดี ทั้งสองคนจึงเป็นผู้นำในการดำเนินงาน ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

4.3.1 การประเมินก่อนลงมือปฏิบัติการ

ก่อนที่จะลงมือปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ร่วมกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำการประเมินการดูแล ดังนี้



ตาราง 4.10 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ระดับ และอันดับ ของผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา (N=12)

ผลการดูแลผู้ป่วย	ผลการประเมิน			
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ	อันดับ
1.ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง	3.83	0.58	สูง	1
2.ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายเหมาะสม	2.83	0.84	ปานกลาง	5
3.ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ	2.67	0.49	ปานกลาง	7
4.ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการอย่างเหมาะสม	3.58	0.67	สูง	2
5.ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ	3.42	0.67	ปานกลาง	3
6.ผู้ป่วยมีเงินใช้จ่ายอย่างพอเพียง	2.33	0.65	ต่ำ	8
7.ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง	3.25	0.45	ปานกลาง	4
8.ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสิทธิเท่าเทียมกับผู้ป่วยอื่น	2.75	0.62	ปานกลาง	6
ภาพรวม	3.08	0.35	ปานกลาง	

จากตาราง 4.10 ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยก่อนการดำเนินการในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าการประเมินสองประเด็นที่อยู่ในระดับสูงคือ 1) ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง และ 2) ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการอย่างเหมาะสม และมีเพียงประเด็นเดียวที่อยู่ในระดับต่ำ คือ ผู้ป่วยมีเงินใช้จ่ายอย่างพอเพียง โดยผลการประเมินการดูแลผู้ป่วยสูงสุดสามอันดับแรกคือ 1) ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง 2) ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการอย่างเหมาะสม และ 3) ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ โดยมีค่าเฉลี่ย 4.01 3.37 และ 3.26 ตามลำดับ ส่วนผลลัพธ์ด้านที่ต่ำที่สุดคือ ผู้ป่วยมีเงินใช้จ่ายอย่างพอเพียง โดยมีค่าเฉลี่ย 2.33



4.3.2 การสังเกตการณ์ดำเนินการตามรูปแบบ

เมื่อดำเนินการตามรูปแบบตามองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ คือ การจัดระบบงาน การส่งเสริมสุขภาพจิต การให้การสนับสนุน และแลกเปลี่ยนข้อมูล ครบ 1 ปี ซึ่งผู้วิจัยและบุคคลสำคัญในกระบวนการวิจัยซึ่งได้แก่ นายประจักษ์ กองตัน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำ และ นางสาวณพัชรา หลักฐาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยเรื้อรัง ได้สรุปข้อสังเกตที่พบดังนี้

1) ข้อสังเกตต่อองค์ประกอบด้านการจัดระบบบริการ พบว่า ด้านการกำหนดเป้าหมายการจัดระบบบริการ พบว่า เป้าหมายยังคงเหมือนเดิมแต่มีการตอบสนองแตกต่างกันออกไป ด้านการวางแผนกระบวนการยังคงดำเนินการไปตามแผนที่วางไว้เดิม ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกฝ่าย ยังคงร่วมมือกันดีแต่ที่โดดเด่นคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งนายประจักษ์ กองตัน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำ และนางสาวณพัชรา หลักฐาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยเรื้อรัง ยังมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการ รองลงไปคือทีม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสา ชมรมผู้พิการ ผู้ป่วยและญาติที่มีความตื่นตัวมากขึ้น ตัวอย่างเช่นบุตรชายของผู้ป่วยรายหนึ่งประสบอุบัติเหตุ ผู้ป่วยรายนั้นรับนำเข้าสู่ระบบการดูแลตามแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 เนื่องจากเห็นตัวอย่างจากผู้ป่วยรายหนึ่งที่เริ่มแสดงอาการของโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ภายหลังจากการได้รับอุบัติเหตุได้ไม่นาน หรือมีเครือข่ายผู้ป่วยบางคนตัดสินใจที่จะไม่มีบุตร เมื่อเข้าใจว่าโรคนี้ติดต่อทางกรรมพันธุ์ และมีอาการที่รุนแรง เป็นต้น ด้านการทำงานด้วยจิตอาสาที่โดดเด่นคือทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสา แต่มีกลุ่มที่เพิ่มขึ้นมาคือทีมของผู้สูงอายุหมู่ที่ 8 ที่ได้ร่วมจัดสถานที่ออกกำลังกาย ด้านระบบดูแลต่อเนื่องมีการดูแลต่อเนื่อง แต่เป็นที่น่าสังเกตคือบุคคลสำคัญที่สุดที่มีส่วนต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องคือ นางสาวณพัชรา หลักฐาน เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำ กล่าวคือ เป็นผู้สร้างทีมงาน การพัฒนานวัตกรรมสำหรับดูแลผู้ป่วย การเฝ้าสังเกตผลการดำเนิน ทำให้ได้ข้อมูลสำหรับการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินการ เช่น ช่วงแรกมีการจัดสถานที่ออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยไว้ในบริเวณของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยมาใช้ร่วมกัน แต่มีปัญหาต่อการเดินทางของผู้ป่วย ต้องปรับเปลี่ยนให้ไปจัดสถานที่ออกกำลังกายใกล้บ้านผู้ป่วย เป็นต้น อย่างไรก็ตามการดูแลต่อเนื่องมีรูปแบบแตกต่างกันออกไปจากเดิมเมื่อมีนโยบายหมอบรรณของกระทรวงสาธารณสุขลงปฏิบัติถึงระดับพื้นที่ทางเครือข่ายสาธารณสุขระดับอำเภอจัดทีมงานติดตามผู้ป่วยถึงระดับพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมหมอบรรณอีกทางหนึ่ง ด้านการให้คำปรึกษามีรูปแบบที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ต้องไม่แสดงท่าทีสงสารต่อผู้ป่วย ต้องมีมุมมองต่อผู้ป่วยให้เสมือนคนปกติ ชื่นชมในความสามารถในการดูแลตนเอง ดังคำอธิบายของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยเรื้อรังหลักฐาน ที่ว่า

“เราต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนกับคนปกติ ไม่ควรแสดงอาการสงสาร ไม่ควรถามว่าต้องการความช่วยเหลือจากใคร”

(เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยเรื้อรัง, 26 กันยายน 2559: สัมภาษณ์)



สำหรับการติดตามประเมินผล จะมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้าเป็นผู้รวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลส่วนใหญ่มีกระบวนการได้มาในลักษณะที่ไม่เป็นทางการ ได้จากการสนทนากับผู้เกี่ยวข้องในสภาาแพตออนเข้า การสนทนากับผู้ป่วย และมีการติดตามความก้าวหน้าเป็นระยะ

2) ข้อเสนอแนะต่อองค์ประกอบด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต มีการแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้ดำเนินการไปในทิศทางเดียวกันคือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านสุขภาพ ด้านส่งเสริมกิจกรรมการพัฒนาจิต เช่น กิจกรรมทางศาสนา พบว่า ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาทั้งศาสนาคริสต์ และศาสนาพุทธ ด้านส่งเสริมการทำกิจกรรมระหว่างคนปกติ พบว่า ผู้ป่วยมีโอกาสออกกำลังกายร่วมกันกับคนปกติอย่างไรก็ตามมีข้อเสนอแนะว่า กลุ่มที่มีบทบาทในการใช้องค์ประกอบด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตส่วนใหญ่จะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และญาติใกล้ชิด ส่วนกลุ่มผู้นำชุมชน ตัวแทนจากเทศบาลมีโอกาสดูแลบทบาทนี้ค่อนข้างน้อย เพราะฉะนั้นมุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อเทศบาล และผู้นำชุมชนจึงไม่ค่อยดี เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งพูดว่า

“ไม่ค่อยได้รับการสนับสนุนจากเทศบาลเลย มีแต่หมอเท่านั้นที่มาดูแล”

(ผู้ป่วยชายรายที่ 1, 27 กันยายน 2558: สัมภาษณ์)

3) ข้อเสนอแนะต่อองค์ประกอบด้านแนวทางการสนับสนุนด้านงบประมาณ พบว่า ระยะแรกผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้า ตัวแทนเทศบาลตำบลบ้านถ้า และผู้นำชุมชน พยายามที่จะจัดสรรงบประมาณสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อย และไขสันหลังประเภทที่ 1 เป็นการเฉพาะเจาะจง แต่ได้รับการต่อต้านจากกลุ่มผู้พิการทั่วไป ดังนั้นการจัดสรรงบประมาณจึงมีรูปแบบที่ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 และผู้พิการทั่วไป สำหรับการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก สิ่งที่มีการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม คือ การปรับปรุงห้องสุขาให้สะดวกต่อการใช้ของผู้ป่วย การจัดการโยกที่ทำให้ผู้ป่วยเดินทางไปไหนด้วยตนเองได้ และช่วยให้ผู้ป่วยได้พบปะเพื่อนบ้าน รวมทั้งเป็นการออกกำลังกายไปด้วย ส่วนการสนับสนุนด้านสิทธิของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับการยืนยัน และได้รับสิทธิตามคุณสมบัติของผู้พิการ

4) ข้อเสนอแนะต่อองค์ประกอบด้านแนวทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการรายงานผลการดำเนินการ พบว่า มีการรายงานความก้าวหน้าประจำเดือนทุกเดือน ผู้มีบทบาทสำคัญคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้าจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูล ประกอบกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้าเป็นผู้ที่มีความสนใจในการทำวิจัย จึงมีเครือข่ายในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ค่อนข้างกว้างขวาง โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลใน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับชุมชน ระดับเครือข่ายงานในจังหวัด และระดับนโยบายคือกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยระดับชุมชนมีการสนทนากับผู้ป่วยและเครือญาติที่บ้านของผู้ป่วย การสนทนาในสภาาแพตออนเข้าซึ่งจัดในบริเวณของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นประจำทุกเดือน ส่งผลทำให้ทำให้ผู้ป่วย เครือญาติ หรือชุมชนเกิดความเข้าใจตระหนักต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และสามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้ป่วยได้อย่างกลมกลืน หน่วยงานภายในจังหวัด เช่น เครือข่ายหมออนามัย ซึ่งมีตัวแทนเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากอำเภอต่างๆ ของ



จังหวัดพะเยา เช่น ได้แลกเปลี่ยนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากห้องที่อำเภอบึงซึ่งมีผู้ป่วยหนึ่งราย หรือ การนำเสนอในเวทีระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยแพทย์หญิงอารีย์ ต้นบรรจง นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดพะเยาขณะนั้น ก็ให้ความสำคัญต่อโรคนี้มากพอสมควร นอกจากนี้มีการแลกเปลี่ยน ระดับนโยบายของชาติ กล่าวคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้าได้มีโอกาส แลกเปลี่ยนระดับกระทรวงคือกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

“ผมมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล 3 ระดับ คือการแลกเปลี่ยนในชุมชนคือแลกเปลี่ยนกับญาติผู้ป่วย และสภากาแฟยามเช้าที่ รพ.สต. การแลกเปลี่ยนระดับหน่วยงานในจังหวัด ได้แก่อำเภอที่มีผู้ป่วย เหมือนกัน เช่น อำเภอบึงและแลกเปลี่ยนที่ สสจ. บางครั้งต้องไปนำเสนอที่กรมควบคุมโรคครับ”
(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้า, 27 กันยายน 2558: สัมภาษณ์)

4.3.3 การประเมินหลังลงมือปฏิบัติการ

หลังการปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินการดูแล ดังนี้

ตาราง 4.11 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ระดับ และอันดับ ของผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสีย การรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลัง ประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา (N=12)

ผลการดูแลผู้ป่วย	ผลการประเมิน			
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ	อันดับ
1.ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษา อย่างถูกต้อง	4.50	0.52	สูง	1
2.ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายเหมาะสม	3.92	0.67	สูง	6
3.ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ	3.75	0.62	สูง	7
4.ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการอย่างเหมาะสม	4.25	0.62	สูง	2
5.ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ	4.00	0.60	สูง	5
6.ผู้ป่วยมีเงินใช้จ่ายอย่างพอเพียง	3.50	0.50	สูง	8
7.ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง	4.25	0.45	สูง	2
8.ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสิทธิเท่าเทียมกับ ผู้ป่วยอื่น	4.17	0.39	สูง	4
ภาพรวม	3.08	0.35	สูง	

จากตาราง 4.11 ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยก่อนการดำเนินการในภาพรวม พบว่า อยู่ใน ระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าการประเมินระดับสูงทุกข้อ โดยผลการประเมินการดูแลผู้ป่วย สูงสุดสามอันดับแรกคือ 1) ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ระดับสองมี 2 ประเด็น คือ 2) ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการอย่างเหมาะสม และผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมี



ค่าเฉลี่ย 4.50, 4.25 และ 4.25 ตามลำดับ ส่วนผลลัพธ์ด้านที่ต่ำที่สุดคือ ผู้ป่วยมีเงินใช้จ่ายอย่างพอเพียง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.50

4.3.4 การเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยระหว่างก่อนกับหลังการดำเนินการตามรูปแบบ

หลังการดำเนินการ ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยระหว่างก่อน และหลังดำเนินการตามรูปแบบได้ผลดังนี้

ตาราง 4.12 การเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยระหว่างก่อน และหลังดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 โดยชุมชนในจังหวัดพะเยา

คู่เปรียบเทียบ	N	Z	P-Value
หลังดำเนินการ-ก่อนดำเนินการ	12	-3.078 ^a	0.002

จากตาราง 4.12 ผลการทดสอบความแตกต่างของการได้รับการดูแลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ด้วยวิธี Wilcoxon Signed Ranks test พบว่า หลังการดำเนินการตามรูปแบบผู้ป่วยได้รับการดูแลสูงกว่าก่อนการดำเนินการตามรูปแบบ ซึ่งเป็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ซึ่งสามารถสรุปได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น

4.3.4 ความพึงพอใจต่อรูปแบบ

เพื่อยืนยันต่อความเหมาะสมต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา ผู้วิจัยได้ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตาราง 4.13 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ระดับ และอันดับ ของความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา (N=207)

ประเด็นการประเมิน	ผลการประเมิน			
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ	อันดับ
บริบทชุมชน				
1.มีความสอดคล้องกับ ความต้องการของชุมชน	3.75	0.49	สูง	18
2.มีนโยบายสนับสนุนของรัฐบาลสนับสนุน	2.93	0.42	ปานกลาง	27



ตาราง 4.13 (ต่อ)

ประเด็นการประเมิน	ผลการประเมิน			
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ	อันดับ
บริบทปัจจัยนำเข้า				
1.ผู้เกี่ยวข้องกับกระบวนการ 5 กลุ่ม	3.46	0.60	ปานกลาง	20
2.งบประมาณ	4.10	0.70	สูง	14
3.วัสดุ อุปกรณ์ที่สนับสนุน	3.32	0.54	ปานกลาง	23
กระบวนการ				
ระบบการทำงาน				
1.การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน	4.63	0.50	สูงที่สุด	1
2.มีการวางแผนการทำงาน	4.43	0.52	สูง	8
3.ส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วม	4.52	0.50	สูงที่สุด	5
4.ให้คำปรึกษาผู้เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง	4.42	0.52	สูง	9
5.ทำงานแบบจิตอาสา	4.55	0.52	สูงที่สุด	4
6.ระบบดูแลต่อเนื่อง	4.13	0.71	สูง	12
7.การติดตามผล	4.11	0.67	สูง	13
การส่งเสริมสุขภาพจิต				
1.ส่งเสริมให้ผู้เกี่ยวข้องดูแลตนเองด้านสุขภาพ	3.88	0.57	สูง	17
2.ส่งเสริมความภูมิใจในตนเอง	4.09	0.68	สูง	15
3.ส่งเสริมกิจกรรมการพัฒนาจิต เช่น กิจกรรมทางศาสนา	4.45	0.54	สูง	7
4.ส่งเสริมการทำกิจกรรมระหว่างคนปกติกับผู้เกี่ยวข้อง	4.40	0.54	สูง	10
แนวทางการสนับสนุน				
1.สนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก	4.52	0.52	สูงที่สุด	5
2.ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ	3.26	0.67	สูง	24
3.สนับสนุนให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับการบริการตามสิทธิ	3.81	0.67	สูง	18
การแลกเปลี่ยนข้อมูล				
4.จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	3.06	0.69	ปานกลาง	26
5.มีการรายงานผลการทำงาน	3.41	0.70	ปานกลาง	22



ตาราง 4.13 (ต่อ)

ประเด็นการประเมิน	ผลการประเมิน			
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ	อันดับ
ผลลัพธ์				
1.ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง	3.81	0.67	สูง	18
2.ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายเหมาะสม	4.09	0.70	สูง	15
3.ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ	3.46	0.56	ปานกลาง	20
4.ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการอย่างเหมาะสม	3.22	0.51	ปานกลาง	25
5.ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ	4.57	0.52	สูง	3
6.ผู้ป่วยมีเงินใช้จ่ายอย่างพอเพียง	3.37	0.63	ปานกลาง	23
7.ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง	4.59	0.52	สูงที่สุด	2
8.ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสิทธิเท่าเทียมกับผู้ป่วยอื่น	4.40	0.54	สูง	10
รวม	3.95	0.28	สูง	

จากตาราง 4.13 ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยก่อนการดำเนินการในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ามีการประเมินระดับปานกลางถึงสูงที่สุด โดยผลการประเมินการดูแลผู้ป่วยสูงสุดสามอันดับแรกคือ การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ระดับสอง คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และอันดับสามคือ ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ โดยมีค่าเฉลี่ย 4.63, 4.59 และ 4.57 ตามลำดับ ส่วนผลลัพธ์ด้านที่ต่ำที่สุดคือ มินิโอบายสนับสนุนของรัฐบาลสนับสนุนโดยมีค่าเฉลี่ย 2.93



4.3.5 บทสรุปของรูปแบบ

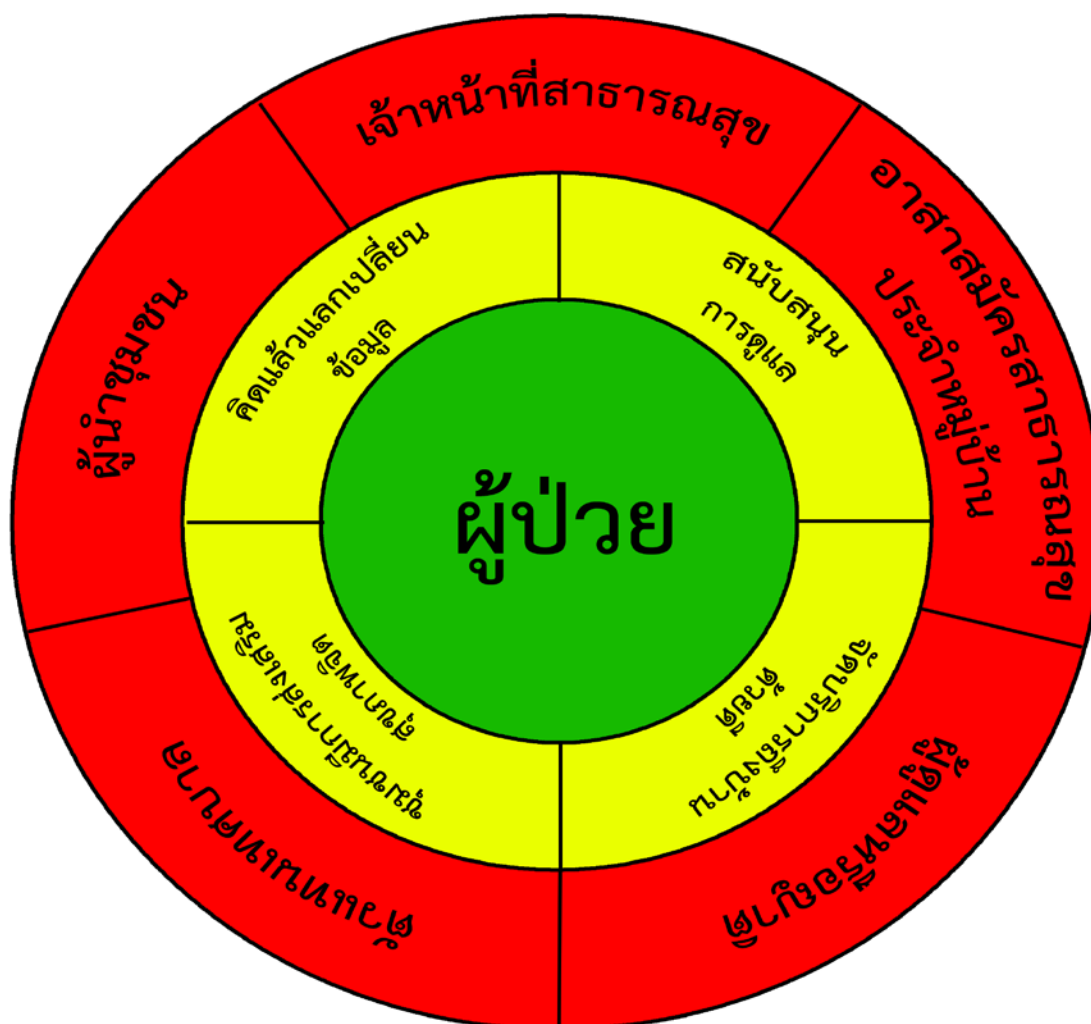
ภายหลังจากการดำเนินการตามรูปแบบ ผู้วิจัยได้ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องหาข้อสรุปของรูปแบบดังนี้

ตาราง 4.14 สรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 โดยชุมชนของจังหวัดพะเยา

ผลสรุปของรูปแบบ	ความแตกต่างจากรูปแบบที่มีอยู่เดิม
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 โดยชุมชนของจังหวัดพะเยา มี 4 องค์ประกอบคือ 1.การจัดระบบบริการถึงที่ ซึ่งต้องมี - การกำหนดเป้าหมายเป็นแกน - วางแผนให้เหมาะสม - ชื่นชมการมีส่วนร่วม - รวมทีมจิตอาสา - ให้คำปรึกษาเพื่อสวดใส - ตั้งใจให้ต่อเนื่องและยั่งยืน - สดชื่นแล้วติดตามประเมิน 2.ชุมชนมีการส่งเสริมสุขภาพจิต ซึ่งต้อง - ชื่นชมตัวเราว่าเก่ง - ดูแลตัวเองได้ - ตั้งใจทำบุญให้มาก - อยากร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น 3.คิดและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล - รวบรวมรายงาน - ประสานแลกเปลี่ยน 4.ให้การสนับสนุนการดูแล - สิ่งอำนวยความสะดวก - บวกงบประมาณให้เพียงพอ - ขอให้สิทธิที่สมดุล	1.เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 พึ่งค้นพบในเมืองไทยเป็นครั้งแรก ทำให้เมืองไทยยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคนี้ อย่างไรก็ตามเมื่อเทียบเคียงกับโรคเรื้อรังอื่นๆ อาจจะมีการดูแลคล้ายคลึงกัน กล่าวคือต้องมีระบบบริการถึงที่ ชุมชนมีการส่งเสริมสุขภาพจิต คิดและแลกเปลี่ยนข้อมูล และให้การสนับสนุนการดูแล แต่โรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 มีลักษณะพิเศษคือเป็นการเปลี่ยนแปลงสถานะจากคนปกติไปสู่ผู้พิการในระยะเวลาอันสั้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาการปรับตัว รับสภาพของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปไม่ได้ มีปัญหาสุขภาพจิตตามมา เพราะฉะนั้นปัจจัยที่สำคัญที่สุดของรูปแบบก็คือการส่งเสริมสุขภาพจิต ทำอย่างไรที่จะทำให้เขาปรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปได้ มองตนเองอย่างมีคุณค่า และดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข 2.เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 เป็นโรคที่ค้นพบใหม่และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยรุนแรง การแลกเปลี่ยนข้อมูลทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการแลกเปลี่ยนที่ไม่เป็นทางการจะมีลักษณะกาสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสา กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลส่วนที่เป็นทางจะดำเนินการโดยผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีเครือข่ายทางสังคมกว้างขวางเพื่อให้เกิดผลทางการดูแล การสนับสนุน และการเปลี่ยนแปลงนโยบายในการทำงาน



และสามารถสรุปเป็นแผนภาพของรูปแบบได้ดังนี้



เจ้าหน้าที่สาธารณสุข วางแผน ทำโครงการของงบประมาณ ดูแลอาหาร การออกกำลังกาย การรักษา พัฒนานวัตกรรมสิ่งอำนวยความสะดวก การเยี่ยมบ้าน เสริมสุขภาพจิต ส่งรวบรวมข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วางแผน ทำงานแบบจิตอาสา พัฒนานวัตกรรมสิ่งอำนวยความสะดวก เยี่ยมบ้าน เสริมสุขภาพจิต แลกเปลี่ยนข้อมูล

ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วย ดูแลต่อเนื่อง เสริมสุขภาพจิต พาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม แลกเปลี่ยนข้อมูล

ตัวแทนเทศบาล : สนับสนุนงบประมาณ สนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก แลกเปลี่ยนข้อมูล

ผู้นำชุมชน วางแผน เขียนโครงการงบประมาณ สนับสนุนการออกกำลังกาย สนับสนุนงบประมาณ รับรองสิทธิ แลกเปลี่ยนข้อมูล

ผู้ป่วย ปรับกระบวนการคิด ปรับพฤติกรรมสุขภาพ แลกเปลี่ยนข้อมูล

ภาพประกอบที่ 4.1 แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1



จากผลการวิจัย แม้ผลการดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะแสดงให้เห็นว่ารูปแบบทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้นแต่มีเงื่อนไขบางประการที่มีส่วนสนับสนุนความสำเร็จดังนี้

1. บุคลากร การดำเนินการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ ต้องอาศัยผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นคนที่สนใจในงานวิจัย ช่างสังเกต สามารถเข้าถึงชุมชนและโน้มน้าวชุมชนได้เป็นอย่างดี และต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีความรักและทุ่มเทเวลาให้กับงาน สารททำงานร่วมกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้าได้เป็นอย่างดี จากการบทสัมภาษณ์ตอนหนึ่งว่า

“เงินเดือนหนูไม่มากหรอก แต่ชอบการทำงานที่นี่ หัวหน้าที่ ชาวบ้านให้ความร่วมมือ และอยากถ่ายทอดความรู้ด้านแพทย์แผนไทยให้กับชาวบ้าน”

(เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยเรื้อรัง, 2 ตุลาคม 2559: สัมภาษณ์)

2. มีทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสาที่เข้มแข็ง ซึ่งคนกลุ่มนี้สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และการพัฒนานวัตกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วย

3. มีประธานชมรมผู้พิการที่เข้มแข็ง กล้าพูด กล้าแสดงออก และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์

4. สร้างผู้ป่วยต้นแบบด้านสุขภาพ ในชุมชนแห่งนี้มีผู้ป่วยต้นแบบคนหนึ่งที่มีความเข้าใจในการดำเนินโรค และพยายามหาวิธีส่งเสริมสุขภาพ เขาได้จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เอื้อต่อการออกกำลังกาย จนได้รับเลือกให้เป็นกรณีศึกษาของทีมวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เกี่ยวกับผลของการออกกำลังกายต่อการชะลออาการของโรค มีการทดลองรับประทานอาหารสูตรต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยรายนี้ไม่พัฒนาเข้าสู่ภาวะคนพิการ ซึ่งภาพลักษณ์ดังกล่าวเป็นต้นแบบให้ผู้ป่วยรายอื่นสนใจพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของตนเองมากขึ้น



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และบริบทของการเกิดโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา และเพื่อศึกษาผลการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของชุมชนในจังหวัดพะเยา แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากตัวแทนผู้เกี่ยวข้อง 5 กลุ่ม คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลหรือญาติใกล้ชิด และผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ บริบทของการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ระยะที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 รวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้อง 5 กลุ่ม ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ Factor Analysis รวมถึงการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มเพื่อหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลการใช้รูปแบบที่สังเคราะห์ขึ้นผลการวิจัยเก็บข้อมูลโดยเปรียบเทียบการดูแลก่อนหลังการใช้รูปแบบ และประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ หลังดำเนินการวิจัยแล้วผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

5.1 สรุปผล

5.2 อภิปรายผล

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

5.1.1 บริบทของชุมชนทั่วไป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา ซึ่งเป็นโรคที่เกิดขึ้นในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ซึ่งพื้นที่ดังกล่าวเป็นชุมชนเกษตรกรรมที่มีประวัติการพัฒนามาเป็นเวลายาวนาน ด้วยความที่เป็นชุมชนชนบทหรือชุมชนปทุมภูมิ มีโครงสร้างการบริหารที่ชัดเจนทุกหมู่บ้าน มีขนบธรรมเนียมประเพณีดั้งเดิมที่เอื้อให้คนในชุมชนมาทำกิจกรรมร่วมกัน มีสถานศึกษาในพื้นที่ทั้งระดับประถมศึกษา และมีมัธยมศึกษา มีสถานบริการสุขภาพคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตั้งอยู่ในพื้นที่ และที่สำคัญบุคลากรทางสุขภาพทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถเข้าถึงชุมชนได้เป็นอย่างดี ประชาชนในพื้นที่มีความศรัทธา ให้การยอมรับ มีทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มี



จิตอาสาสูง ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าชุมชนมีความเข้มแข็ง เอื้อต่อการพัฒนาด้านต่างๆ รวมถึงการพัฒนาด้านสุขภาพ

5.1.2 บริบทด้านการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1

ห้องที่ตำบลบ้านถ้ำ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ได้ค้นพบโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 จากการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ดำเนินการสำรวจคนพิการในพื้นที่เพื่อให้การสนับสนุนสวัสดิการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545 มาตรา 47 ที่กำหนดหลักเกณฑ์การบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด ซึ่งครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายผู้ที่สมควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็น คือ คนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2556 และผู้สูงอายุผู้ที่อยู่ในระยะจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทุกประเภท ในปี 2556 จากการคัดกรองได้พบกลุ่มผู้พิการที่มีลักษณะความพิการพิเศษคือกล้ามเนื้ออ่อนแรง เสียการทรงตัว และเกิดในครอบครัวเดียวกัน จึงได้ประสานกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ศูนย์โรคสมองภาคเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยกับไขสันหลังประเภท 1 จำนวน 16 ราย เสียชีวิตแล้ว 4 ราย และมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงที่รบกวนเวลาเกิดความพิการหรือเดินไม่ได้ในอนาคตก็นจำนวน 5 ราย

เนื่องจากเป็นโรคกล้ามเนื้อเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยกับไขสันหลังประเภท 1 เป็นโรคที่ค้นพบใหม่ คนในชุมชนหรือแม้กระทั่งตัวผู้ป่วยเองยังขาดความเข้าใจโรค จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีความรู้เรื่องโรค จึงมองทิศทางการดูแลได้ไม่ชัดเจน ประกอบกับผู้ป่วยเป็นเพียงกลุ่มคนเล็กๆ ชุมชนยังมองเห็นความสำคัญที่จะจัดระบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ค่อนข้างน้อย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบไม่เพียงแต่ผลกระทบทางกายที่เข้าสู่ภาวะความพิการ และผลกระทบทางจิตใจที่ยังยอมรับกับความเปลี่ยนแปลงสภาพจากคนปกติไปสู่คนพิการไม่ได้เท่า นั้น ยังได้รับผลกระทบจากปัญหาการขอรับสวัสดิการ กล่าวคือ สภาพความพิการที่เกิดมาภายหลังยังไม่ได้รับการยืนยันที่ชัดเจนว่าเข้าสู่ภาวะความพิการ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการได้รับการสนับสนุนตามเกณฑ์ที่กำหนด ทำให้ขาดการดูแลหรือแก้ไขปัญหาคความพิการที่ถูกต้องตามพยาธิสภาพของโรค รวมถึงญาติและเครือญาติที่มีสายโลหิตเดียวกันยังขาดความรู้ ความเข้าใจจากปัญหาโรคจากปัญหาคความพิการที่จะเกิดขึ้นกับคนในตระกูลตนเอง

5.1.3 การสังเคราะห์รูปแบบ

การวิจัยครั้งนี้ทำการสังเคราะห์รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 โดยอาศัยข้อมูลจากการศึกษาเชิงคุณภาพ และจากการทบทวนวรรณกรรม จนได้ข้อสรุปเป็นประเด็นที่จะนำไปสร้างแบบสอบถาม เมื่อได้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และผ่านการทดลองใช้จากกลุ่มประชากรที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จนได้เครื่องมือที่มาตรฐานจึงนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ด้วยการสกัดองค์ประกอบแบบภาพพจน์ (Image factoring) หมุนแกนแบบออร์โธโกนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ (Varimax) เพื่อหาจำนวนองค์ประกอบ โดยใช้เกณฑ์พิจารณาเลือกจำนวนองค์ประกอบจากองค์ประกอบที่มีค่าไอเกนมากกว่า 1 ขึ้นไป สำหรับการเลือกองค์ประกอบย่อย



กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในแต่ละองค์ประกอบ ได้เลือกจากกิจกรรมขององค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักมากกว่า 0.300 ขึ้นไป (อุทุมพร (ทองอุไร) จามรมาร, 2545: 96) ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.500 ขึ้นไปเป็นเกณฑ์

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยาที่มีค่าไอเกน (Eigen value) มากกว่า 1.0 มีจำนวน 4 องค์ประกอบ มีองค์ประกอบย่อย จำนวน 16 องค์ประกอบ มีค่าความแปรปรวนรวมร้อยละ 62.636 โดยผู้วิจัยได้ตั้งชื่อองค์ประกอบที่สอดคล้องกับองค์ประกอบย่อย คือ

1) องค์ประกอบด้านการจัดระบบการบริการให้ถึงที่มีจำนวน 7 องค์ประกอบย่อย ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน มีการวางแผนการทำงาน ส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วม ทำงานแบบจิตอาสา ระบบดูแลต่อเนื่อง ให้คำปรึกษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และติดตามประเมินผล

2) องค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพจิตมีจำนวน 4 องค์ประกอบย่อยประกอบด้วย ส่งเสริมความภูมิใจในตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านสุขภาพ ส่งเสริมกิจกรรมการพัฒนาจิต เช่น กิจกรรมทางศาสนา และส่งเสริมการทำกิจกรรมระหว่างคนปกติกับผู้ป่วย

3) องค์ประกอบด้านแนวทางการสนับสนุน มีจำนวน 3 องค์ประกอบย่อย ประกอบด้วย ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ สนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามสิทธิ

4) องค์ประกอบด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลในการดูแล มีจำนวน 2 องค์ประกอบย่อย คือ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีการรายงานผลการทำงาน

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำรูปแบบที่สังเคราะห์ขึ้นไปจัดสนทนากลุ่มเพื่อหารูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน จนได้ข้อสรุปดังตารางต่อไปนี้



ตาราง 5.1 รูปแบบที่สังเคราะห์ขึ้นไปจัดสนทนากลุ่มเพื่อหารูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

องค์ประกอบของรูปแบบ	ข้อสรุปของกิจกรรม
1.องค์ประกอบด้านการจัดระบบการทำงาน	
1.1 การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน	ผู้เกี่ยวข้องทุกกลุ่มจะพยายามให้การสนับสนุนความต้องการของผู้ป่วยในประเด็นต่อไปนี้ 1.ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง 2.ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายเหมาะสม 3.ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ 4.ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการอย่างเหมาะสม 5.ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ 6.ผู้ป่วยมีเงินใช้จ่ายอย่างพอเพียง 7.ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง 8.ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสิทธิเท่าเทียมกับผู้ป่วยอื่น
1.2 มีการวางแผนการทำงาน	1.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทีม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสา ออกให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา 2.ผู้นำชุมชน, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสา จัดผู้ป่วยต้นแบบด้านการออกกำลังกาย และสนับสนุนสถานที่ออกกำลังกายที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลหรือญาติใกล้ชิด ดูแลด้านการรับประทานอาหาร 4.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสาผู้ป่วย ได้รับการรักษาตามอาการอย่างเหมาะสม 5.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทีม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสา ตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ



ตาราง 5.1 (ต่อ)

องค์ประกอบของรูปแบบ	ข้อสรุปของกิจกรรม
	6.เทศบาลตำบลบ้านฉ้าจัดสรรเงินสนับสนุนตามสิทธิผู้พิการ รวมทั้งงบประมาณสนับสนุนโครงการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในส่วน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีเครือข่ายในองค์การบริหารส่วนจังหวัดจัดทำโครงการของงบประมาณสนับสนุน 7.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรังและทีม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสาตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ ญาติใกล้ชิดดูแลอย่างต่อเนื่อง 8.ผู้นำชุมชน เทศบาลตำบลบ้านฉ้า และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสิทธิที่พึงได้นัดพบปะกันที่สภากาแฟซึ่งจัดที่ รพ.สต.บ้านฉ้ามีการแบ่งงานกันทำตามผลในข้อ 2
1.3 ส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วม	1.นัดพบปะกันที่สภากาแฟซึ่งจัดที่ รพ.สต.บ้านฉ้า 2.มีการแบ่งงานกันทำตามผลในข้อ 2
1.4 ระบบดูแลต่อเนื่อง	1.ทีมสุขภาพให้การดูแลรักษาต่อเนื่อง
1.5 ทำงานแบบจิตอาสา	ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสาประกอบด้วย 1.นายอานนท์ อินสม 2.นายเชนทร์ ทาจิณะ 3.นายเสริม นามวงศ์ 4.นางรุ่งนภา กันทะวงศ์ 5.นางสายฝน เผ่าดี 6.นายรุ่งเรือง พรหมมินทร์ 7.นางจันสม อินตะสาร 8.นางนงค์ลักษณ์ เมืองขึ้น 9.นางสีไฉ่ ตุ่นนวล
1.6 ให้คำปรึกษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรังและทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสาเยี่ยมทุกเดือน
1.7 ติดตามประเมินผล	สภากาแฟยามเช้าของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฉ้า



ตาราง 5.1 (ต่อ)

องค์ประกอบของรูปแบบ	ข้อสรุปของกิจกรรม
2. องค์ประกอบด้านการส่งเสริม	
สุขภาพจิต	ให้ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขหรือสมาชิกเทศบาล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และญาติใกล้ชิดผู้ป่วย โดยเฉพาะที่มีกิจกรรมต้องพบปะผู้ป่วยบ่อยครั้ง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสา ผู้ดูแลหรือญาติใกล้ชิด รวมถึงบุคคลนอกพื้นที่ที่สนใจเข้ามาศึกษาผู้ป่วย ส่งเสริมผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ไม่ตีตราผู้ป่วย
2.1 ส่งเสริมความภูมิใจในตนเอง	
2.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านสุขภาพ	ให้ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขหรือสมาชิกเทศบาล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลหรือญาติใกล้ชิดผู้ป่วย โดยเฉพาะที่มีกิจกรรมต้องพบปะผู้ป่วยบ่อยครั้ง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสา ญาติใกล้ชิด รวมถึงบุคคลนอกพื้นที่ที่สนใจเข้ามาศึกษาผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง ให้กำลังใจผู้ป่วยว่าสามารถดูแลตนเองได้
2.3 ส่งเสริมกิจกรรมการพัฒนาจิต	ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยพาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาจิตตามบริบทของตนเอง
2.4 ส่งเสริมการทำกิจกรรมระหว่างคนปกติกับผู้ป่วย	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ผู้รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลหรือญาติใกล้ชิดผู้ป่วยพาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย
3. แนวทางการสนับสนุน	
3.1 การสนับสนุนด้านงบประมาณ	1.เทศบาลจัดงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมดูแลผู้ป่วย 2.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีเครือข่ายกับกองการบริหารส่วนจังหวัดเขียนโครงการเพื่อของบประมาณสนับสนุน 3.ชุมชนเขียนโครงการขอสนับสนุนงบประมาณจากเทศบาล



ตาราง 5.1 (ต่อ)

องค์ประกอบของรูปแบบ	ข้อสรุปของกิจกรรม
3.2 การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก	1.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ประสานหน่วยงานต่างๆ เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณสำหรับจัดสร้างสิ่งอำนวยความสะดวก
3.3 สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามสิทธิ	1.มีการวินิจฉัยผู้ป่วยให้เป็นผู้พิการเพื่อขอรับสิทธิการดูแล 2.ผู้นำชุมชนดูแลตามสิทธิผู้ป่วย
4. การแลกเปลี่ยนข้อมูล	
4.1 มีการรายงานผลการทำงาน	1.มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นแกนกลางในการรวบรวมข้อมูล 2.ข้อมูลได้จากการเยี่ยมบ้าน และการประชุมสภาภาพ
4.2 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1.มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเป็นแกนกลางในการรวบรวมข้อมูล 2.มีการแลกเปลี่ยนระดับชุมชน 3.มีการแลกเปลี่ยนระดับชมรม ได้แก่ชมรมสาธารณสุขของจังหวัดพะเยา 4.แลกเปลี่ยนกับส่วนกลาง

จากนั้นผู้วิจัยได้นำรูปแบบไปสู่การปฏิบัติและได้การประเมินผลการดูแลก่อนการร่วมกระบวนการและประเมินหลังร่วมกระบวนการแล้วนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างกัน แล้วจัดสนทนากลุ่มเพื่อประเมินความสอดคล้องกับสภาพจริง รวมถึงการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบซึ่งสรุปผลได้ดังนี้

1) การประเมินผลการดำเนินการตามรูปแบบแบ่งออกเป็น 2 แนวทางคือการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1) ผลการประเมินการดูแลผู้ป่วยแบ่งเป็นการประเมินก่อนการดำเนินการ การประเมินหลังดำเนินการ และการเปรียบเทียบผลการดูแลระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการ สำหรับการประเมินก่อนการดำเนินการ พบว่า การดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าการประเมินสองประเด็นที่อยู่ในระดับสูงคือ 1) ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง และ 2) ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการอย่างเหมาะสม และมีเพียงประเด็นเดียวที่อยู่ในระดับต่ำ คือ ผู้ป่วยมีเงินใช้จ่ายอย่างพอเพียง โดยผลการประเมินการดูแลผู้ป่วยสูงสุดสามอันดับแรกคือ 1) ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง 2) ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการอย่างเหมาะสม และ 3) ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ โดยมีค่าเฉลี่ย 4.01 3.37 และ 3.26 ตามลำดับ ส่วนผลลัพธ์ด้านที่ต่ำที่สุดคือ ผู้ป่วยมีเงินใช้จ่ายอย่างพอเพียง โดยมีค่าเฉลี่ย 2.33 หลังจากดำเนินการตามกระบวนการของรูปแบบแล้วทำการประเมินการดูแลผู้ป่วย พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าการประเมินระดับสูงทุกประเด็นการประเมิน โดยผลการ



ประเมินการดูแลผู้ป่วยสูงสุดสามอันดับแรกคือ 1) ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ระดับสองมี 2 ประเด็นคือ 2) ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการอย่างเหมาะสม และผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีค่าเฉลี่ย 4.50, 4.25 และ 4.25 ตามลำดับ ส่วนผลลัพธ์ด้านที่ต่ำที่สุดคือ ผู้ป่วยมีเงินใช้จ่ายอย่างพอเพียง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.50 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการประเมินการดูแลผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

1.2) ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วย พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ามีการประเมินระดับปานกลางถึงสูงที่สุด โดยผลการประเมินการดูแลผู้ป่วยสูงสุดสามอันดับแรกคือ การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนระดับสอง คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และอันดับสามคือ ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ โดยมีค่าเฉลี่ย 4.63, 4.59 และ 4.57 ตามลำดับ ส่วนผลลัพธ์ด้านที่ต่ำที่สุดคือผู้ป่วยมีเงินใช้จ่ายอย่างพอเพียง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.50

2) การสนทนากลุ่มได้ข้อสรุปรูปแบบคือรูปแบบการการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 โดยชุมชนในจังหวัดพะเยามี 4 องค์ประกอบคือ (1) การจัดระบบบริการถึงบ้านด้วยดี (Service Delivery) ซึ่งต้องมีกิจกรรมย่อยที่ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายเป็นแกน วางแผนให้เหมาะสม ชื่นชมการมีส่วนร่วม รวมถึงจิตอาสา ให้คำปรึกษาเพื่อสดใส ตั้งใจให้ต่อเนื่องและยั่งยืน สดชื่นแล้วติดตามประเมิน (2) ชุมชนมีการส่งเสริมสุขภาพจิต (Community Mental Support) ซึ่งมีกิจกรรมย่อยคือ ต้องชมตัวเราว่าเก่ง ดูแลตัวเองได้ ตั้งใจทำบุญให้มาก อยากร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น (3) คิดและแลกเปลี่ยนข้อมูล (Arranging Information) ซึ่งมีกิจกรรมย่อยคือ ต้องมีการรวบรวมข้อมูลแล้วรายงาน และประสานแลกเปลี่ยน (4) สนับสนุนการดูแล (Resource Rehabilitation) ซึ่งมีกิจกรรมย่อยคือ สิ่งอำนวยความสะดวก บวกงบประมาณให้เพียงพอ และมีสิทธิที่สมดุล

5.2 อภิปรายผล

5.2.1 จากการศึกษาบริบทของชุมชน พบว่า พื้นที่ที่ทำการวิจัยครั้งนี้อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำ ตำบลบ้านถ้ำ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ซึ่งพื้นที่ดังกล่าวเป็นชุมชนเกษตรกรรมที่มีประวัติการพัฒนามาเป็นเวลายาวนาน ด้วยความเป็นชุมชนชนบทหรือชุมชนปฐมนิคม มีโครงสร้างการบริหารที่ชัดเจนทุกหมู่บ้าน มีขนบธรรมเนียมประเพณีดั้งเดิมที่เอื้อให้คนในชุมชนมาทำกิจกรรมร่วมกัน มีสถานศึกษาในพื้นที่ทั้งระดับประถมศึกษา และมีมัธยมศึกษา มีสถานบริการสุขภาพคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตั้งอยู่ในพื้นที่ และที่สำคัญบุคลากรทางสุขภาพที่ประจำอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถเข้าถึงชุมชนได้เป็นอย่างดี มีทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีจิตอาสาสูง และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสียสละ ส่งผลทำให้สมาชิกของชุมชนมีความผูกพันกันค่อนข้างสูง เอื้อต่อการพัฒนาด้านต่าง ๆ รวมถึงการพัฒนาด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามในส่วนของการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 นั้น ระยะแรกของการดำเนินการประชาชนยังให้ความร่วมมือน้อย เนื่องจากไม่เข้าใจโรค ประกอบกับในชุมชนมีกลุ่มผู้พิการ 2 ประเภท กลุ่มคือผู้พิการทั่วไป ซึ่งชุมชนมีคุ้นเคยและมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจนเป็นเหตุการณ์ปกติของชุมชน กับผู้พิการจากโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อย



และไขสันหลังประเภทที่ 1 ซึ่งเป็นกลุ่มคนพิการที่เกิดขึ้นใหม่ และยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน แต่ทั้งสองกลุ่มมีจุดร่วมที่เหมือนกันคือความต้องการการสนับสนุนด้านงบประมาณ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพ เมื่อชุมชนพิจารณาให้ความช่วยเหลือเฉพาะผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 จะเกิดความขัดแย้งขึ้นระหว่างผู้ป่วยสองกลุ่ม ดังนั้นการชี้แจง การให้ข้อมูลที่ให้ทุกฝ่ายเข้าใจตรงกันจึงเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาความขัดแย้งดังกล่าว

5.2.2 จากผลการสังเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 พบว่ามี 4 องค์ประกอบคือองค์ประกอบด้านการจัดระบบบริการถึงที่ องค์ประกอบด้านชุมชนมีการส่งเสริมสุขภาพจิต องค์ประกอบด้านคิดและแลกเปลี่ยนข้อมูล และองค์ประกอบด้านแนวทางการสนับสนุน การแลกเปลี่ยนข้อมูลในการดูแลสะท้อนให้เห็นว่าในการพิจารณาแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่งของชุมชนในปัจจุบัน ระดับชุมชนมีมุมมองเชิงการบริหารจัดการที่สอดคล้องกับหลักทางวิชาการ และเมื่อพิจารณารายละเอียดให้ลึกไปถึงการทำงานเชิงบูรณาการ จะพบว่ามีกรรวมกลุ่มจากหลายภาคส่วน ได้แก่ ภาควิชาการ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคการเมือง ได้แก่ เทศบาลตำบลบ้านฉ้า และภาคประชาชน ได้แก่ ประชาชนทั่วไป ผู้นำชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่ได้นำเสนอไว้ว่า การแก้ปัญหาสังคมยากๆ ภายใต้บริบทของสังคมไทยให้สำเร็จจะต้องมีการบูรณาการ 3 ส่วนที่สำคัญของชุมชน คือ ภาคประชาสังคมชุมชน องค์การภาคประชาชน NGOs ภาครัฐและการเมือง และภาควิชาการจัดการความรู้และข้อมูล (ประเวศ วะสี, 2559) อย่างไรก็ตามในการดำเนินการตามรูปแบบ ผู้มีบทบาทเด่นที่สุด คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับบริหารคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระดับปฏิบัติได้แก่ ผู้รับผิดชอบโรคเรื้อรังในพื้นที่ ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชมรมผู้พิการ รวมทั้งผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 มีจำนวนน้อยเพียง 12 ราย ประกอบกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ประจักษ์ กองตัน, 2556) ชุมชนจึงมองว่าการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 เป็นหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ ส่วนเทศบาลยังไม่มีบทบาทเด่นชัดที่จะสื่อความหมายในการเป็นผู้นำด้านการดูแลสุขภาพ มีบทบาทเพียงการจัดสรรงบประมาณตอบแทนผู้พิการ และการสนับสนุนงบประมาณสำหรับสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิตบางส่วน ทั้งนี้ปัญหาดังกล่าวสะท้อนจากประธานกลุ่มผู้พิการว่า

“ขึ้นอยู่กับนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นว่ามีนโยบายในการดูแลผู้พิการชัดเจนเพียงใด ถ้ามีนโยบายชัดเจน ผู้พิการก็จะได้รับการสนับสนุนดี ผมเคยไปดูงานที่เชียงใหม่ นายกเล่นด้วย กำหนดนโยบายชัดเจน ผู้พิการก็ได้รับการดูแลดี”

(ประธานชมรมผู้พิการตำบลบ้านฉ้า, 8 พฤศจิกายน 2558: สัมภาษณ์)

สถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2552) ที่ทำการศึกษาแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชนและได้กล่าวไว้ว่า องค์การปกครองท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนและมีภารกิจในการดูแลสุขภาพของประชาชน รวมทั้งผู้สูงอายุ ประกอบกับมีรายได้ทั้งจากงบประมาณอุดหนุนจากรัฐบาล ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและ



รายได้จากการจัดเก็บในชุมชน จึงมีความเหมาะสมที่ต้องพัฒนาบทบาทให้สามารถจัดบริการสุขภาวะผู้สูงอายุปัจจุบัน องค์กรปกครองท้องถิ่นมีบทบาทในการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาวะในท้องถิ่นระดับหนึ่งอยู่แล้ว ซึ่งขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ทั้งขนาดและศักยภาพขององค์กรในการสนับสนุนงบประมาณ ศักยภาพในการดึงทรัพยากรจากภายนอก วิสัยทัศน์ของผู้นำ องค์กรปกครองท้องถิ่นและความพร้อมของปัจจัยพื้นฐานในชุมชน พื้นที่ที่มีความพร้อมของปัจจัยพื้นฐานแล้วการพัฒนาในด้านสังคมและคุณภาพชีวิตย่อมมีความสำคัญมากขึ้น

5.2.3 เมื่อนำรูปแบบไปปฏิบัติปรากฏว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น จึงเป็นการยืนยันว่าการดำเนินการภายใต้การดำเนินการของชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ควรจะประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ คือ (1) การจัดระบบบริการถึงบ้านด้วยดี (Service Delivery) ซึ่งต้องมีกิจกรรมย่อยที่ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายเป็นแกน วางแผนให้เหมาะสม ชื่นชมการมีส่วนร่วม รวมถึงจิตอาสา ให้คำปรึกษาเพื่อลดไข้ ตั้งใจให้ต่อเนื่องและยั่งยืน สดชื่นแล้วติดตามประเมิน (2) ชุมชนมีการส่งเสริมสุขภาพจิต (Community Mental Support) ซึ่งมีกิจกรรมย่อยคือ ต้องชมตัวเราว่าเก่ง ดูแลตัวเองได้ ตั้งใจทำบุญให้มาก อยากร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น (3) คิดและแลกเปลี่ยนข้อมูล (Arranging Information) ซึ่งมีกิจกรรมย่อยคือ ต้องมีการรวบรวมข้อมูลแล้วรายงาน และประสานแลกเปลี่ยน และ (4) สนับสนุนการดูแล (Resource Rehabilitation) ซึ่งมีกิจกรรมย่อยคือ สิ่งอำนวยความสะดวก บวกงบประมาณให้เพียงพอ และมีสิทธิที่สมดุล ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบที่สังเคราะห์ขึ้นประยุกต์จากแนวคิด Chronic Care Model ซึ่งผ่านการทดสอบมาจากหลายประเทศ และหลายภูมิภาคของโรค และยืนยันว่าการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังให้ได้ผลจะต้องอาศัยองค์ประกอบหลักคือ การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) การออกแบบระบบบริการ (delivery system design) ระบบสารสนเทศเพื่อการบริการ (Clinical information system) สนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) ร่วมใช้ทรัพยากรจากชุมชน (Community resource linkages) และจัดองค์กรที่เหมาะสมสำหรับระบบสุขภาพ (Health systems organization) (Fiandt, 2006) แม้องค์ประกอบของรูปแบบจะแตกต่างกันไปบ้างแต่รูปแบบที่สังเคราะห์ขึ้นก็เป็นไปตามบริบทของสังคมไทย นอกจากนี้เป็นที่น่าสนใจว่าไม่จำเป็นที่กำหนดองค์ประกอบในการดูแลผู้ป่วยตามผลการวิจัย หรือตามแนวคิด Chronic Care Model ก็มุ่งดูแลครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นไปตามองค์การอนามัยโลกที่นิยามความหมายของสุขภาพว่า หมายถึง ภาวะความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่เพียงแต่ปราศจากความเจ็บป่วยและความพิการเท่านั้น “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (World Health Organization, 2003)



5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะต่อผลการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) จากผลการศึกษาสถานการณ์และบริบทของชุมชนพบว่า ชุมชนยังให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ค่อนข้างต่ำ เนื่องจากยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องโรค แต่หลังจากดำเนินการตามรูปแบบแล้วทั้งผู้ป่วย และเครือข่ายเกิดการตื่นตัวในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น รวมทั้งให้ความสำคัญต่อการเฝ้าระวังมากขึ้นทั้งการเฝ้าระวังการผันสภาพจากคนปกติไปสู่การเริ่มแรกของโรค และตระหนักถึงการเฝ้าระวังการแพร่กระจายของโรคทางกรรมพันธุ์ บางคนตัดสินใจไม่แต่งงาน บางคนตัดสินใจที่จะไม่มีบุตร อย่างไรก็ตามแม้การค้นพบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อนในอำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ก็อาจพบในจังหวัดอื่นๆ ได้เช่นกันดังนั้นผู้เกี่ยวข้องในระดับนโยบาย เช่น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หรือฝ่ายควบคุมโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรกำหนดนโยบายให้มีการคัดกรองผู้ป่วยให้ครอบคลุม และจัดระบบการดูแลให้เหมาะสมต่อไป

2) จากการสังเคราะห์รูปแบบและนำไปสู่การดำเนินการตามรูปแบบพบว่าในระบบการทำงานแม้จะมีความพยายามให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกัน ทำงานแบบจิตอาสา แต่ในภาพของความเป็นจริงผู้ที่มิบทบาทเด่นจริงๆ คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าเนื่องจากงานที่ปฏิบัติเป็นงานด้านสุขภาพ ชุมชนจะมองว่าเป็นงานของฝ่ายสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ประกอบกับบุคลิกในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในฐานะที่เป็นผู้ให้ สามารถเข้าถึงได้ง่าย ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทเด่น อย่างไรก็ตามความสำเร็จของงานต้องอาศัยทุกภาคฝ่ายเข้ามาเกี่ยวข้อง สนับสนุนซึ่งกันและกัน ดังนั้นแนวทางในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ควรมีแนวทางในการให้บริการดำเนินการดังนี้

2.1) การจัดระบบบริการถึงบ้านด้วยดี (Service Delivery) โดยมีจุดเริ่มต้นตั้งแต่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 เข้ามีส่วนร่วมร่วมในการกำหนดเป้าหมาย มีการวางแผนที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมตามหลักการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการประชุมการมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหา การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ขององค์กร การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมในการประเมินผลในกิจกรรมต่างๆ และการมีส่วนร่วมในการได้รับประโยชน์ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2559) ส่งเสริมการทำงานแบบจิตอาสา เมื่อถึงขั้นการดูแลผู้ป่วยต้องให้คำปรึกษาที่เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วย ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จนเกิดความยั่งยืนในการดูแล และมีการติดตามประเมินเป็นระยะ

2.2) ชุมชนมีการส่งเสริมสุขภาพจิต (Community Mental Support) โดยชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยและญาติ โดยมีการสื่อสารในลักษณะที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกภูมิใจในตัวเอง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ได้เป็นภาระของใคร นอกจากนี้ชุมชนควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา หรือทำกิจกรรมอื่นๆ ร่วมกับคนในชุมชนได้



2.3) ชุมชนมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Arranging Information) โดยชุมชนควรจัดระบบการรวบรวมข้อมูล และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้เห็นความเคลื่อนไหวของการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ

2.4) สนับสนุนการดูแล (Resource Rehabilitation) โดยชุมชนต้องจัดหาสิ่งสนับสนุนต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ตั้งแต่การได้รับสิทธิเกี่ยวกับสวัสดิการทางสังคมอย่างเท่าเทียม ตลอดจนการเข้าสู่ระบบสุขภาพอย่างเสมอภาค

3) หลังจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 แสดงอาการของโรคเข้าสู่ภาวะผู้พิการ ภาระด้านเศรษฐกิจจะตกเป็นภาระของผู้ดูแล ดังนั้นชุมชนต้องหาวิธีการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อแบ่งเบาภาระด้านต่างๆ ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างสมดุล

5.1.2 ข้อเสนอแนะต่อการวิจัยครั้งต่อไป

1) เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 พึ่งได้รับการยืนยันความเจ็บป่วยเป็นครั้งแรก ซึ่งอาจจะยังมีข้อมูลในการอธิบายเรื่องโรค และแนวทางการดูแลไม่ชัดเจน ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรเป็นการศึกษาตามหลักระบาดวิทยาโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาการกระจายของโรค สาเหตุหรือปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้เกิดโรค ธรรมชาติของการเกิดโรค (สุมัทนา กลางคร, 2559) ควบคู่กับการวิจัยเอกสารทั้งในและต่างประเทศเพื่อโรคให้ได้ความรู้เรื่องโรคที่ลึกซึ้งจนสามารถนำไปวางแผนควบคุมโรคอย่างเหมาะสมภายใต้บริบทของสังคมไทย ตลอดจนเป็นปัจจัยนำเข้าในการวิจัยที่ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

2) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ต้องอาศัยปัจจัยหลายประการร่วมกันในการดูแล ทั้งปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ ที่อยู่อาศัย อุปกรณ์สนับสนุนการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ คุณลักษณะของอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย กระบวนการใช้ยาประกอบการรักษา รูปแบบการพักผ่อนที่เหมาะสม รวมถึงกระบวนการสนับสนุนสุขภาพจิต เช่น การสื่อสาร เป็นต้น ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ยังขาดความชัดเจน ดังนั้นจึงมีประเด็นการวิจัยอีกมากมายที่จะดำเนินการต่อเนื่องเพื่อให้ชุมชนสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 รูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย อาหารสำหรับผู้ป่วย หรือสมุนไพรที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย เป็นต้น



เอกสารอ้างอิง



เอกสารอ้างอิง

- เครือข่ายแผนสุขภาพจังหวัดสงขลา. (2555). *แล้วอะไรคือ สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา*. [ออนไลน์]. ได้จาก: <http://happynetwork.org/paper/7> [สืบค้นเมื่อวันที่ 23 ตุลาคม 2555].
- จุฑามาศ วาริแสงทิพย์. (2553). *การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยธรรมปฏิบัติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.
- นพพร ชื่นกลิ่น. (2556). *คร.เผยยอดผู้ป่วยเบาหวาน-ความดันสูงรายใหม่พุ่งสูงหลักแสน*. ผู้จัดการออนไลน์. [ออนไลน์]. ได้จาก: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9560000033029> [สืบค้นเมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2556].
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2553). *การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง : มิติที่ท้าทายการพยาบาล*. ใน: *เอกสารประกอบการอบรมเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง : มิติที่ท้าทายการพยาบาล” ระหว่างวันที่ 25-27 สิงหาคม 2553 ณ ห้องแกรนด์บอลรูม ปี ชั้น 8 โรงแรมลีการ์เด็นท์พลาซ่า อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา*. หน้า 30-35. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- ประจักษ์ กองตัน. (2556). *เอกสารประกอบการบรรยายในการประชุมวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ณ โรงแรมเกทเวย์ วันที่ 26 สิงหาคม 2556*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- ประภัสรา โคตะขุน (2559). *IOC คิดอะไร*. [ออนไลน์]. ได้จาก: <https://sites.google.com/site/prapasara/2-6> [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2559].
- ประเวศ วะสี. (2559). *แนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา*. [ออนไลน์]. ได้จาก: <https://www.google.co.th/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=espv=UTF-> [สืบค้นเมื่อวันที่ 8 เมษายน 2559].
- ปัทมา โกมุกบุตร. (2551). *การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง*. [ออนไลน์]. ได้จาก: <http://www.doctor.or.th/clinic/detail/7036> [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2559].
- รัตนาวดี จุลยานนท์. (2545). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครชัยศรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
- เรวดี เพชรศิราสน์. (2554). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุกแบบพหุองค์ประกอบโดยประยุกต์ใช้โมเดลการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อการควบคุมความดันโลหิตและความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชรีย์ ทรัพย์มี. (2551). *ทฤษฎีให้บริการปรึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2547). *รูปแบบและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของบุคคลในองค์กร*. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2552). *การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง กรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2552). *รายงานการประชุมโครงการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ เรื่องการจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ*. กรุงเทพฯ: สหพัฒน์ไพศาล.



- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2557). *การทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ปัจจุบัน และรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: อาร์ต ควอลิไฟท์.
- สัมฤทธิ์ ศรีธรรมรงค์สวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธ์ สาสัตย์ และขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. (2552). *รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชน*. [ออนไลน์]. ได้จาก: http://www.academia.edu/1352085/Community_care_model_for_older_people_in_Thailand [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2559].
- สีลม แจ่มอุลิตรัตน์. (2554). *ระบาควิทยาพื้นฐาน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- สุมัทนา กลางคาร. (2559). *แนวคิดพื้นฐานทางวิทยาการระบาด*. [ออนไลน์]. ได้จาก: www.elearning.msu.ac.th/opencourse/0701502/Document/Unit_1/001.doc [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2559].
- อนัญญา บำรุงพันธ์, วันดี บุญเกิด และพัชรี ประภาสิต. (2554). ผลการใช้รูปแบบการจัดการตนเองต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นโรงพยาบาลพระปกเกล้า. *วารสารกองการพยาบาล*, 38(1), 42-51, มกราคม – เมษายน.
- อัมพรพรรณ จีรานุตร. (2552). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อารีย์ ต้นบรรจง. (2556). *เอกสารประกอบการบรรยายในการประชุมวิชาการสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพะเยา ณ โรงแรมเกตเวย์ วันที่ 26 สิงหาคม 2556*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- อุฑูพร (ทองอุไร) จามรมาร. (2545). *การเขียนโครงการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ฟีนี.
- Aryani FMY, Lee SWH, Cha SS, KoK LC, Efendie B and Paraidathathu T. (2015). *Chronic Care Model in Primary Care: can it Improve Health-related Quality of Life?*. [online] Available from: <https://www.dovepress.com/chronic-care-model-in-primary-care-can-it-improve-health-related-quali-peer-reviewed-fulltext-article-IPRP>. [accessed 2016 May 22].
- Best, John W. (1977). *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Bodenheimer T. (2003). Interventions to Improve Chronic Illness Care: Evaluating their Effectiveness. *Dis Manag*, 6, 63-71.
- Chaterjee S., Hatterjee, Vikram Patel V.H., Chaterjee A. and Weiss H.A., (2003). *Evaluation of a Community-based Rehabilitation Model for Chronic Schizophrenia in Rural India*. [online] Available from: <http://www.tulane.edu/~trmd700/spang.pdf>. [accessed 2015 August 23].
- Coleman K., Austin BT., Brach C. and Wagner EH. (2009). Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. *Health Affairs*, 28(1), 75-85.
- Cronbach, LJ. (1970). *Essentials of Psychological Testing*. New York: Harper and Row.



- Cretin S, Shortell SM. and Keller EB. (2004). An Evaluation of Collaborative Interventions to Improve Chronic Illness Care: Framework and Study Design. *Eval Rev.*, 28, 28-51.
- Davy C., Bleasel J., Liu H., Tchan M., Ponniah S. and Brown A. (2014). *Effectiveness of Chronic Care Models: Opportunities for Improving Healthcare Practice and Health Outcomes: A Systematic Review*. [online]. Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0854-8> [accessed 2015 August 23].
- Fiandt K. (2006). *The Chronic Care Model: Description and Application for Practice*. [online]. Available from: <https://nebraska.pure.elsevier.com/en/publications/the-chronic-care-model-description-and-application-for-practice> [accessed 2015 June 23].
- Genetics Home Reference. (2012). *Spinocerebellar Ataxia Type 1*. [online]. Available from: <https://ghr.nlm.nih.gov/condition/spinocerebellar-ataxia-type-1#Synonyms>. [accessed 2012 October 23].
- Genetics Home Reference. (2012). *Spinocerebellar Ataxia Type 3*. [online]. Available from: <http://ghr.nlm.nih.gov/condition/spinocerebellar-ataxia-type-3> [accessed 2012 October 23].
- Gorge, R L. and Chritiani, T S. (1995). *Counseling: Theory and Practice*. 4th rd. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- National Ataxia Foundation. (1014). *Frequently Asked Questions about Spinocerebellar Ataxia Type 1 (SCA1)*. [online]. Available from: <https://www.ataxia.org/pdf/NAF%20Web%20Content%20Publication%20SCA1.pdf>. [accessed 2016 May 9].
- Sharmila MKL. (2014). *Empowering Primary Care Providers and Patients to Improve Chronic Disease Outcomes: The EMPOWER Participatory Action Research (EMPOWER - PAR)*. [online]. Available from: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01545401> [accessed 2013 October 23].
- Shojania KG., Ranji SR., McDonald KM., Grimshaw JM., Sundaram V., Rushakoff RJ., And Owens D.K. (2006). *Effects of Quality Improvement Strategies for Type 2 Diabetes on Glycemic Control: A Meta-regression Analysis*. [online]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16868301> [accessed 2013 October 23].
- Sperl-Hillen JM., Solberg LI., Hroschikoski MC., Crain AL., Engebretson KI. and O'Connor PJ. (2004). Do All Components of the Chronic Care Model Contribute Equally to Quality Improvement? *Jt Comm J Qual Saf*, 30, 303-309.



- Smidth M., Christensen MB., Olesen F. and Vedsted P. (2013). *Developing an Active Implementation Model for A Chronic Disease Management Program*. [online] Available from: <http://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.994/> [accessed 2013 October 23].
- Tsai AC, Morton SC, Mangione CM and Keeler EB. (2005). A Meta-analysis of Interventions to Improve Care for Chronic Illnesses. *Am J Manag Care*, 11(8), 478–488.
- Wang A., Wolf M., Carlyle R., Wilkerson D. and Reaves J. (2004). The North Carolina Experience with the Diabetes Health Disparities Collaboratives. *Jt Comm J Qual Saf*, 30, 396-404.
- World Health Organization. (2002). *WHO Innovative Care for Chronic Condition: Building Block for Action*. [online]. Available from: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications /iccreport /en/> [accessed 2012 October 23].
- World Health Organization. (2003). *WHO Definition of Health*. [online] Available from: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> [accessed 2017 June 19].
- World Health Organization. (2010). *WHO The Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC)*. [online]. Available from: <http://www.who.int/diabetesactiononline/about/ ICCC/en/> [accessed 2010 Jun 20].
- Yamane, Taro. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. Third editio. New York: Harper and Row Publication.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
เครื่องมือการวิจัย



ประเด็นการสัมภาษณ์

สัมภาษณ์บริบททั่วไป (เฉพาะผู้นำชุมชน)

1. ชุมชนนี้มีความเป็นมาอย่างไร
2. สภาพภูมิศาสตร์เป็นอย่างไร
3. โครงสร้างทางประชากรเป็นอย่างไร
4. ระบบการเมืองการปกครองเป็นอย่างไร
5. โครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างไร ชาวบ้านส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอะไร มีฐานะทางเศรษฐกิจเป็นอย่างไร
6. โครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นอย่างไร คนในชุมชนนับถือศาสนาอะไร มีวัดกี่แห่ง มีบทบาทอย่างไรต่อชุมชน โรงเรียนในชุมชนมีกี่แห่ง คนในชุมชนส่วนใหญ่เรียนจบชั้นไหน
7. การดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนทำอย่างไร เวลาเจ็บป่วยไปไหน
8. โดยรวมแล้วคนในชุมชนมีความสุขดี

สัมภาษณ์บริบทด้านการดูแลสุขภาพ

1. ความเป็นมาของโรคเป็นอย่างไร
2. คนในชุมชนรู้จักโรคนี้มากน้อยเพียงใด
3. อาการเริ่มแรกของผู้ป่วยเป็นอย่างไร เมื่อป่วยแล้วใครดูแล
4. ผู้ป่วยมีปัญหาในการดำเนินชีวิตอย่างไร
5. เมื่อเกิดปัญหาจัดการตัวเองอย่างไร
6. เมื่อเกิดปัญหาขึ้นอยากให้ใครช่วยเหลือ และช่วยเหลืออย่างไร
 - 6.1 เทศบาล
 - 6.2 ผู้นำชุมชน
 - 6.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 - 6.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
 - 6.5 ญาติหรือผู้ใกล้ชิด
 - 6.6 ผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ
7. โดยรวมปัจจุบันการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเป็นอย่างไร เป็นบวกหรือเป็นลบ



แบบสอบถามการวิจัย
เรื่อง รูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1
โดยชุมชนจังหวัดพะเยา

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม
 - ส่วนที่ 2 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1
 - ส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมอื่นๆ
2. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะใช้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 โดยชุมชนในจังหวัดพะเยา และผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ จะไม่เกิดผลเสียต่อผู้ให้ข้อมูลแต่ประการใด



ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. อายุปี
3. สถานภาพสมรส ☐ 1. โสด ☐ 2. คู่ ☐ 3. หม้าย หย่า แยก
4. การศึกษาสูงสุด ☐ 1. ประถมศึกษา ☐ 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ 4. อนุปริญญา
☐ 5.ปริญญาตรี ☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี
☐ 7. อื่นๆ.....
5. ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์
6. ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ☐ 1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ☐ 2. เจ้าหน้าที่ของเทศบาล
☐ 3. อสม. ☐ 4. สามี/ภรรยา/
☐ 5.ญาติใกล้ชิด ☐ 6. ผู้ป่วย
☐ 7. อื่นๆ.....

ส่วนที่ 2 สภาพการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ในปัจจุบัน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในตารางเพื่อประเมินสภาพการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภท ที่ 1 โดยชุมชนในปัจจุบัน

ประเด็นการประเมิน	ระดับการประเมิน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน					
มีการวางแผนการทำงาน					
ส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วม					
ทำงานแบบจิตอาสา					
ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ					
สนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก					
สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการบริการตามสิทธิ					
ระบบดูแลต่อเนื่อง					
ให้คำปรึกษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง					
ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านสุขภาพ					
ส่งเสริมความภูมิใจในตนเอง					
ส่งเสริมกิจกรรมการพัฒนากิจ เช่น กิจกรรมทางศาสนา					
ส่งเสริมการทำกิจกรรมระหว่างคนปกติกับผู้ป่วย					
ติดตามประเมินผล					
มีการรายงานผลการทำงาน					
จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้					



ส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมอื่นๆ

.....

.....

.....

.....



แบบสอบถามการวิจัย
เรื่อง รูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1
โดยชุมชนจังหวัดพะเยา

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม
 - ส่วนที่ 2 สภาพการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1
 - ส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมอื่นๆ
2. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 โดยชุมชนในจังหวัดพะเยา และผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ จะไม่เกิดผลเสียต่อผู้ให้ข้อมูลแต่ประการใด



ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. อายุปี
3. สถานภาพสมรส ☐ 1. โสด ☐ 2. คู่ ☐ 3. หม้าย หย่า แยก
4. การศึกษาสูงสุด ☐ 1. ประถมศึกษา ☐ 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
- ☐ 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ 4. อนุปริญญา
- ☐ 5.ปริญญาตรี ☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี
- ☐ 7. อื่นๆ.....
5. ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์

ส่วนที่ 2 ผลการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ในปัจจุบัน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในตารางเพื่อประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภท ที่ 1 โดยชุมชนในปัจจุบัน

ประเด็นการประเมิน	ระดับการประเมิน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1.ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง					
2.ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายเหมาะสม					
3. ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ					
4. ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการอย่างเหมาะสม					
5. ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ					
6.ผู้ป่วยมีเงินใช้จ่ายอย่างพอเพียง					
7.ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง					
8.ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสิทธิเท่าเทียมกับผู้ป่วยอื่น					

ส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมอื่นๆ

.....



**ประเด็นการสนทนากลุ่มเพื่อสังเคราะห์รูปแบบ
การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภท ที่ 1**

.....

1. กระบวนการทำงานเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภท ที่ 1 ของตำบลบ้านถ้าต่อไปนี้ เหมาะสมหรือไม่ ถ้าไม่เหมาะสมจะปรับปรุงอย่างไร
2. เราจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภท ที่ 1 ของตำบลบ้านถ้ามีสุขภาพจิตที่ดีได้อย่างไร
3. เราจะสนับสนุนอะไรแก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภท ที่ 1 ของตำบลบ้านถ้า เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างไร
4. เราจะแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างไรเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภท ที่ 1 ของตำบลบ้านถ้าเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
5. ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมอื่นๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้



**แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ
การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภท ที่ 1**

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในตารางเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภท ที่ 1

ประเด็นการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
บริบท					
1.ความสอดคล้องกับ ความต้องการของชุมชน					
2.มีนโยบายสนับสนุนของรัฐบาลสนับสนุน					
ปัจจัยนำเข้า					
1.ผู้เกี่ยวข้องกับกระบวนการ					
2.งบประมาณ					
3.วัสดุ อุปกรณ์ที่สนับสนุน					
กระบวนการ					
ระบบการทำงาน					
1.การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน					
2.มีการวางแผนการทำงาน					
3.ส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วม					
4. ให้คำปรึกษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง					
5.ทำงานแบบจิตอาสา					
6.ระบบดูแลต่อเนื่อง					
7.การติดตามผล					
การส่งเสริมสุขภาพจิต					
1.ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านสุขภาพ					
2. ส่งเสริมความภูมิใจในตนเอง					
3. ส่งเสริมกิจกรรมการพัฒนาจิต เช่น กิจกรรมทางศาสนา					



ประเด็นการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
4. ส่งเสริมการทำกิจกรรมระหว่างคนปกติกับผู้ป่วย					
แนวทางการสนับสนุน					
1.สนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก					
2. ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ					
3.สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการบริการตามสิทธิ					
การแลกเปลี่ยนข้อมูล					
จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้					
มีการรายงานผลการทำงาน					
ผลลัพธ์					
1.ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง					
2.ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายเหมาะสม					
3. ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ					
4. ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการอย่างเหมาะสม					
5. ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ					
6.ผู้ป่วยมีเงินใช้จ่ายอย่างพอเพียง					
7.ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง					
8.ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสิทธิเท่าเทียมกับผู้ป่วยอื่น					

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมอื่นๆ

.....

.....

.....



ประเด็นการสนทนากลุ่มเพื่อสรุปรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภท ที่ 1

.....

1. กระบวนการทำงานเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภท ที่ 1 ของตำบลบ้านคำต่อไปนี้ เหมาะสมหรือไม่ ถ้าไม่เหมาะสมจะปรับปรุงอย่างไร
2. เราจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภท ที่ 1 ของตำบลบ้านคำมีสุขภาพจิตที่ดีได้อย่างไร
3. เราจะสนับสนุนอะไรแก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภท ที่ 1 ของตำบลบ้านคำ เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างไร
4. เราจะแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างไรเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภท ที่ 1 ของตำบลบ้านคำเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
5. ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมอื่นๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้



ภาคผนวก ข
การหาคุณภาพของเครื่องมือ



การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. กระบวนการหาคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้มีแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตรวัดระดับ ซึ่งจะต้องหาคุณภาพตามกระบวนการดังนี้

1.1 การคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence : IOC) ดำเนินการโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณา แล้วคำนวณหาค่า IOC โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- + 1 เมื่อเห็นว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับเนื้อหา
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับเนื้อหา
- 1 เมื่อเห็นว่าข้อคำถามนั้นไม่มีความสอดคล้องกับเนื้อหา

คะแนนที่ได้จากการตัดสิน นำมาคำนวณหาดัชนีความสอดคล้องด้วยสูตร

$$IOC = \sum R/N$$

IOC คือ ดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา

$\sum R$ คือ ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

เกณฑ์มาตรฐานของค่า IOC คือค่า IOC ที่คำนวณได้ต้องมีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไป จึงจะถือว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามเนื้อหา แต่ถ้าข้อคำถามใดต่ำกว่า 0.5 ให้ผู้วิจัยตัดข้อคำถามนั้นทิ้งหรือปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสม

1.2 หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนทั่วไปที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำแบบสอบถามที่ได้ไปหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากโปรแกรมสำเร็จรูป เมื่อคำนวณแล้วหาค่าความเที่ยงมากกว่า 0.7 ถือว่าชุดคำถามนั้นยอมรับ

2. ผลการประเมิน

2.1 แบบประเมินสภาพการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ในปัจจุบัน

2.1.1 การคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์

หัวข้อ	คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน	1	1	1	1
มีการวางแผนการทำงาน	1	1	1	1



หัวข้อ	คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
ส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วม	1	1	1	1
ทำงานแบบจิตอาสา	1	1	1	1
ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ	1	1	0	0.67
สนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก	1	1	0	0.67
สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการบริการตามสิทธิ	1	1	0	0.67
ระบบดูแลต่อเนื่อง	1	1	1	1
ให้คำปรึกษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	1	1	1	1
ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านสุขภาพ	1	1	1	1
ส่งเสริมความภูมิใจในตนเอง	1	1	1	1
ส่งเสริมกิจกรรมการพัฒนาจิต เช่น กิจกรรมทางศาสนา	1	1	0	0.67
ส่งเสริมการทำกิจกรรมระหว่างคนปกติกับผู้ป่วย	1	1	1	1
ติดตามประเมินผล	1	1	1	1
มีการรายงานผลการทำงาน	1	1	1	1
จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1	1	1	1

ข้อเสนอแนะ ควรชี้แจงกลุ่มตัวอย่างทุกคนเข้าใจว่ากลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะต้องตอบคำถามทุกข้อ โดยมองในภาพรวมว่าทุกคนที่เกี่ยวข้องต้องการข้อความดังกล่าวมาน้อยแตกต่างกันออกไป มิฉะนั้นผู้ตอบอาจจะมองว่าคำตอบเป็นหน้าที่ของตนเองตามตำแหน่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน



2.1.2 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

	N	%
Valid	30	100.0
Excluded ^a	0	.0
Cases Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.821	16

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
b1	4.40	.563	30
b2	4.43	.568	30
b3	4.43	.568	30
b8	4.23	.504	30
b5	4.33	.547	30
b16	3.87	.434	30
b9	3.70	.535	30
b14	3.17	.531	30
b15	4.07	.907	30
b4	3.87	.681	30
b6	3.47	.507	30
b7	3.43	.504	30
b10	2.63	.809	30
b11	2.47	.776	30
b12	2.53	.730	30
b13	2.97	.850	30



Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
58.00	28.621	5.350	16

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
b1	53.60	25.697	.457	.810
b2	53.57	24.737	.630	.800
b3	53.57	25.771	.438	.811
b8	53.77	25.771	.507	.808
b5	53.67	25.885	.438	.811
b16	54.13	25.568	.652	.803
b9	54.30	25.528	.519	.807
b14	54.83	26.902	.261	.820
b15	53.93	25.030	.305	.825
b4	54.13	26.120	.292	.820
b6	54.53	26.326	.391	.814
b7	54.57	26.944	.272	.820
b10	55.37	23.413	.582	.800
b11	55.53	23.775	.561	.802
b12	55.47	24.051	.564	.802
b13	55.03	25.757	.248	.828



2.3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงาน
จากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1

2.3.1 การคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์

หัวข้อ	คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
บริบท				
1.ความสอดคล้องกับ ความต้องการของชุมชน	1	1	1	1
2.มีนโยบายสนับสนุนของรัฐบาลสนับสนุน	1	1	1	1
ปัจจัยนำเข้า				
1.ผู้เกี่ยวข้องกับกระบวนการ	1	1	1	1
2.งบประมาณ	1	1	0	0.67
3.วัสดุ อุปกรณ์ที่สนับสนุน	1	1	0	0.67
กระบวนการ				
1.การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน	0	1	1	0.67
2.มีการวางแผนการทำงาน	1	1	1	1
3.ส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วม	1	1	1	1
4. ให้คำปรึกษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	1	1	1	1
5.ทำงานแบบจิตอาสา	1	1	0	0.67
6.ระบบดูแลต่อเนื่อง	1	1	1	1
7.การติดตามผล	1	1	1	1
มีการรายงานผลการทำงาน	1	1	1	1
จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1	1	1	1
การส่งเสริมสุขภาพจิต				
1.ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านสุขภาพ	1	1	1	1
2. ส่งเสริมความภูมิใจในตนเอง	1	1	1	1
3. ส่งเสริมกิจกรรมการพัฒนาจิต เช่น กิจกรรมทางศาสนา	1	1	1	1
4. ส่งเสริมการทำกิจกรรมระหว่างคนปกติกับผู้ป่วย	1	1	1	1
แนวทางการสนับสนุน				
1.สนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก	1	1	1	1
2. ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ	1	1	1	1
3.สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการบริการตามสิทธิ	1	1	1	1
การแลกเปลี่ยนข้อมูล				
จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1	1	1	1
มีการรายงานผลการทำงาน	1	1	1	1



หัวข้อ	คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
ผลลัพธ์				
1.ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง	1	1	1	1
2.ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายเหมาะสม	1	1	1	1
3. ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ	1	1	1	1
4. ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการอย่างเหมาะสม	1	1	1	1
5. ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ	1	1	1	1
6.ผู้ป่วยมีเงินใช้จ่ายอย่างพอเพียง	1	1	1	1
7.ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง	1	1	1	1
8.ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสิทธิเท่าเทียมกับผู้ป่วยอื่น	1	1	1	1

ข้อเสนอแนะ ควรชี้แจงกลุ่มตัวอย่างทุกคนเข้าใจว่ากลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะต้องตอบคำถามทุกข้อ โดยมองในภาพรวมว่าทุกคนที่เกี่ยวข้องต้องการข้อความดังกล่าวมากน้อยแตกต่างกันออกไป มิฉะนั้น ผู้ตอบอาจจะมองว่าคำตอบเป็นหน้าที่ของตนเองตามตำแหน่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน



2.3.2 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

Scale: ALL VARIABLES

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.893	29

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
b1	3.6667	.47946	30
b2	3.0667	.36515	30
b3	3.2333	.56832	30
b4	3.8667	.43417	30
b5	3.2333	.62606	30
b6	4.4000	.56324	30
b7	4.4667	.50742	30
b8	4.4667	.50742	30
b9	4.2333	.50401	30
b10	4.3333	.54667	30
b11	3.8667	.43417	30
b12	3.7000	.53498	30
b13	3.8000	.55086	30
b14	4.4333	.56832	30
b15	3.7000	.53498	30
b16	4.2333	.50401	30
b17	4.3333	.54667	30
b18	3.2333	.50401	30
b19	4.1333	.89955	30
b20	4.0667	.90719	30
b21	3.9333	.98027	30
b22	3.6000	1.16264	30
b23	3.8667	.43417	30
b24	3.8667	.68145	30
b25	3.4667	.50742	30



	Mean	Std. Deviation	N
b26	4.4000	.56324	30
b27	3.4333	.62606	30
b28	4.4000	.56324	30
b29	3.6333	.55605	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
b1	109.4000	77.972	.252	.893
b2	110.0000	78.552	.256	.893
b3	109.8333	77.385	.263	.893
b4	109.2000	76.303	.507	.890
b5	109.8333	75.040	.452	.890
b6	108.6667	73.402	.686	.886
b7	108.6000	76.593	.393	.891
b8	108.6000	76.179	.441	.890
b9	108.8333	75.040	.578	.888
b10	108.7333	73.444	.704	.885
b11	109.2000	76.303	.507	.890
b12	109.3667	75.206	.523	.889
b13	109.2667	78.409	.167	.895
b14	108.6333	73.620	.656	.886
b15	109.3667	75.206	.523	.889
b16	108.8333	75.040	.578	.888
b17	108.7333	73.444	.704	.885
b18	109.8333	76.833	.368	.891
b19	108.9333	71.237	.546	.888
b20	109.0000	70.345	.603	.886
b21	109.1333	69.844	.582	.887
b22	109.4667	70.809	.418	.895
b23	109.2000	76.303	.507	.890
b24	109.2000	77.131	.229	.895



	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
b25	109.6000	78.041	.228	.894
b26	108.6667	73.402	.686	.886
b27	109.6333	79.344	.054	.898
b28	108.6667	73.402	.686	.886
b29	109.4333	76.392	.374	.891

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
113.0667	80.340	8.96327	29



ภาคผนวก ข
คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อย
และไขสันหลังประเภทที่ 1 โดยชุมชนในจังหวัดพะเยา
(โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง)



คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อย
และไขสันหลังประเภทที่ 1 โดยชุมชนในจังหวัดพะเยา
(โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง)



ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อย และไขสันหลังประเภทที่ 1 (โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง)

ความหมายของโรค โรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลัง ชนิดที่ 1 (Spinocerebellar Ataxia type1:SCA1) เป็นโรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม ซึ่งทำให้สมองน้อย (cerebellum) ไขสันหลัง (spinal cord) และระบบประสาทนอกส่วนกลาง (peripheral nervous system) ซึ่งอยู่บริเวณไขสันหลังของผู้ป่วย ทำงานผิดปกติเนื่องจากการฝ่อลีบลง โรคนี้จะปรากฏโดยช้าและรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ อย่างไม่สามารถยับยั้งได้ สำหรับสมองน้อยของมนุษย์นั้นทำหน้าที่ร่วมกับระบบประสาททั้งส่วนกลาง (central nervous system) และส่วนปลาย (peripheral nervous system) ในการควบคุมการทรงตัวและการเคลื่อนไหวของมนุษย์ โดยอาศัยไขสันหลังในการส่งผ่านกระแสประสาท	 (รูปประกอบ ไม่ใช่ภาพจริง)
ความชุกของโรค โรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังพบได้น้อยมากในโลกนี้ โดยมีอัตราการเกิดโรคประมาณสิบหกคนต่อหนึ่งแสนคน	





(รูปประกอบ ไม่ใช่ภาพจริง)

อาการของโรค

อาการของโรคมักเริ่มปรากฏตั้งแต่ผู้ป่วยยังอยู่ในวัยก่อนวัยเริ่มเจริญพันธุ์ (puberty) อย่างไรก็ตามโรคนี้บางประเภทก็ปรากฏในวัยผู้ใหญ่ (adult) เลยก็ได้ ผู้ป่วยเป็นโรคนี้จะสูญเสียความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวทางกายภาพของตน โดยเกิดภาวะสูญเสียการประสานกันของท่าเดิน (unsteady gait) มีอาการพูดไม่เป็นความ (dysarthria) และอาการตากระตุก (nystagmus) นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังอาจมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วยนอกเหนือจากดังกล่าว เช่น อาการสั่น (tremor) ภาวะซึมเศร้า (depression) ภาวะหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (spasticity) และโรคนอนไม่หลับ (sleep disorders) อนึ่ง การค้นคว้าอื่น ๆ ยังระบุว่า อาจมีโรคดังต่อไปนี้แทรกซ้อนขึ้นมาในระหว่างการป่วยได้ เช่น ภาวะกระดูกสันหลังโก่งคด (kyphoscoliosis) ภาวะนิ้วเท้างุ้ม (hammer toe) ภาวะส่วนโค้งเท้าสูงชัน (high arches) หรือโรคหัวใจ (heart disease)

อาการแสดง

อายุของผู้ป่วยที่เริ่มเป็นโรค และลักษณะการถ่ายทอดทางพันธุกรรมจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของยีนบนโครโมโซมที่ได้รับผลกระทบของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม แม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวทางกายภาพของผู้ป่วยจะเสื่อมสภาพลงตามลำดับและสูญเสียไปในที่สุด แต่ระบบจิตใจและความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยยังคงปกติ



(รูปประกอบ ไม่ใช่ภาพจริง)

	สาเหตุของโรค โรคนี้เกิดขึ้นจากความผิดปกติในการผลิตซ้ำของ <u>โพลีกลูตาไมน์ ไตรนิวคลีโอไทด์</u> (Trinucleotide repeat disorders, trinucleotide repeat expansion disorders, triplet repeat expansion disorders หรือ codon reiteration disorders) อันเป็นความผิดปกติทางพันธุกรรมเพราะนิวคลีโอไทด์ผลิตตนเองซ้ำ ๆ มากกว่าปกติและเกินความต้องการของร่างกาย หากการผลิตดังกล่าวมีขึ้นเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดโรคดังกล่าวได้เร็วขึ้น และจะมีการ <u>ดำเนินโรคและอาการทางคลินิก</u> มากขึ้น
--	--



การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคนี้ต้องอาศัยความรู้ทางพันธุศาสตร์ และประสาทวิทยาอย่างมาก เพราะอาจสับสนกับโรคทางระบบประสาท (neurological condition) อื่น ๆ ได้ เป็นต้นว่า โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis) วิธีหนึ่งในการวินิจฉัยโรคนี้ได้แก่การใช้ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) หรือ เครื่องฉายภาพด้วยเรโซแนนซ์แม่เหล็ก (MRI) ในการตรวจวิเคราะห์สมอง หากป่วยเป็นโรคนี้จริงจะพบว่าสมองน้อยของผู้ป่วยฝ่อลงอย่างเห็นได้ชัด การวินิจฉัยที่แม่นยำที่สุดได้แก่การตรวจโครงสร้างทาง พันธุกรรม ของผู้ป่วย วิธีนี้ยังสามารถใช้ตรวจวิเคราะห์เด็กที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคทางพันธุกรรมนี้หรือไม่ด้วย



การบำบัดรักษาและการพยากรณ์โรค

ปัจจุบันยังไม่มีวิธีรักษาผู้ป่วยเป็นโรคนี้ และไม่มีวิธีฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วยให้กลับเป็นปกติเช่นเดิมได้ แต่ยังสามารถบรรเทาความรุนแรงของอาการได้ โดยอาศัยการทำกายภาพบำบัดและรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น การบรรเทาความรุนแรงของอาการต่าง ๆ นั้น ได้แก่ การใช้อุปกรณ์ภายนอกช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองมากที่สุดเท่าที่กระทำได้ เช่น ไม้เท้า (cane) ไม้ยันรักแร้ (crutch) เครื่องช่วยเดิน (walker) หรือ เก้าอี้รถเข็น (wheelchair) ช่วยในการเคลื่อนไหว กับทั้งอุปกรณ์ช่วยเขียน ช่วยป้อนอาหาร และช่วยดูแลผู้ป่วยในกรณีที่สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวของมือ ตลอดจนอุปกรณ์ช่วยติดต่อสื่อสารในกรณีที่สูญเสียความสามารถของขากรรไกรล่างด้วย

เป้าหมายสุดท้าย

1.ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง

2.ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายเหมาะสม

3. ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ

4. ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการอย่างเหมาะสม

5. ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ

6.ผู้ป่วยมีเงินใช้จ่ายอย่างพอเพียง

7.ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

8.ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสิทธิเท่าเทียมกับผู้ป่วยอื่น



การจัดบริการถึงที่

- ❖ การกำหนดเป้าหมายเป็นแกน
- ❖ วางแผนให้เหมาะสม (แบ่งงาน)
- ❖ ชื่นชมการมีส่วนร่วม
- ❖ รวบรวมจิตอาสา
- ❖ ให้คำปรึกษาเพื่อสวดใส
- ❖ ตั้งใจให้ต่อเนื่องและยั่งยืน
- ❖ สดชื่นแล้วติดตามประเมิน

ชุมชนมีการส่งเสริมสุขภาพจิต

- ❖ ชื่นชมตัวเราว่าเก่ง
- ❖ ดูแลตัวเองให้ดีขึ้นได้
- ❖ ตั้งใจทำบุญให้มาก
- ❖ อยากร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น

คิดและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล

- ❖ รวบรวมรายงาน
- ❖ ประสานแลกเปลี่ยน

ข้อมูลต้องแลกเปลี่ยน

- ❖ สิ่งอำนวยความสะดวก
- ❖ บวกงบประมาณให้เพียงพอ
- ❖ ขอให้มียุทธศาสตร์ที่สมดุล



ภาคผนวก ง
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและ
ไขสันหลังประเภทที่ 1 ของจังหวัดพะเยา



องค์ประกอบของรูปแบบ	ข้อสรุปของกิจกรรม
1 องค์ประกอบด้านการจัดระบบบริการถึงที่ 1.1 การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน	ผู้เกี่ยวข้องทุกกลุ่มจะพยายามให้การสนับสนุนความต้องการของผู้ป่วยในประเด็นต่อไปนี้ 1.ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง 2.ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายเหมาะสม 3.ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ 4.ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการอย่างเหมาะสม 5.ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ 6.ผู้ป่วยมีเงินใช้จ่ายอย่างพอเพียง 7.ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง 8.ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสิทธิเท่าเทียมกับผู้ป่วยอื่น
1.2 มีการวางแผนการทำงาน	1.ผู้ผอ.รพ.สต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทีม อสม.จิตอาสา ออกให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา 2.ผู้นำชุมชน, ผอ.รพ.สต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทีม อสม.จิตอาสา จัดผู้ป่วยต้นแบบด้านการออกกำลังกาย และสนับสนุนสถานที่ออกกำลังกายที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



องค์ประกอบของรูปแบบ	ข้อสรุปของกิจกรรม
	3.ผอ.รพ.สต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลหรือญาติใกล้ชิด ดูแลด้านการรับประทานอาหาร 4.ผอ.รพ.สต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทีม อสม.จิตอาสาผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการอย่างเหมาะสม 5.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทีม อสม.จิตอาสาตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ 6.เทศบาลตำบลบ้านถ้าจัดสรรเงินสนับสนุนตามสิทธิผู้พิการ งบประมาณสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิต รวมทั้งงบประมาณสนับสนุนโครงการจาก รพ.สต. ในส่วน ผอ.รพ.สต.มีเครือข่ายในองค์การบริหารส่วนจังหวัดจัดทำโครงการของงบประมาณสนับสนุน 7.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทีม อสม.จิตอาสาตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ ญาติใกล้ชิดดูแลอย่างต่อเนื่อง 8.ผู้นำชุมชน เทศบาลตำบลบ้านถ้า และผู้ผอ.รพ.สต.ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสิทธิที่พึงได้นัดพบปะกันที่สถานภาพยามเช้าซึ่งจัดที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ามีการแบ่งงานกันทำตามผลในข้อ 2



องค์ประกอบของรูปแบบ	ข้อสรุปของกิจกรรม
1.3 ส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วม	1.นัดพบปะกันที่สภากาแฟยามเช้าซึ่งจัดที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำ 2.มีการแบ่งงานกันทำตามผลในข้อ 2
1.4 ระบบดูแลต่อเนื่อง	1.ทีมสุขภาพให้การดูแลรักษาต่อเนื่อง
1.5 ทำงานแบบจิตอาสา	ทีมอสม.จิตอาสาประกอบด้วย 1.นายอานนท์ อินสม 2.นายดชนันท์ ทาจิณะ 3.นายเสริม นามวงศ์ 4.นางรุ่งนภา กัณทะวงศ์ 5.นางสายฝน เผ่าดี 6.นายรุ่งเรือง พรหมมินทร์ 7.นางจันสม อินทะสาร 8.นางนงค์ลักษณ์ เมืองชื่น 9.นางสีไฉ่ ตุ่นนวล
1.6 ให้คำปรึกษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรค เรื้อรัง และทีมอสม.จิตอาสาเยี่ยมทุกเดือน
1.7 ติดตามประเมินผล	สภากาแฟยามเช้าของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านถ้ำ



องค์ประกอบของรูปแบบ	ข้อสรุปของกิจกรรม
2. องค์ประกอบด้านชุมชนมีการส่งเสริมสุขภาพจิต 2.1 ส่งเสริมความภูมิใจในตนเอง	ให้ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผอ.รพ.สต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขหรือสมาชิกเทศบาล ผู้นำชุมชน อสม.และญาติใกล้ชิดผู้ป่วย โดยเฉพาะที่มีกิจกรรมต้องพบปะผู้ป่วยบ่อยครั้ง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทีม อสม.จิตอาสา ผู้ดูแลหรือญาติใกล้ชิด รวมถึงบุคคลนอกพื้นที่ที่สนใจ เข้ามาศึกษาผู้ป่วยส่งเสริมผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ไม่ตีตราผู้ป่วย
2.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านสุขภาพ	ให้ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผอ.รพ.สต.บ้านถ้า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขหรือสมาชิกเทศบาล ผู้นำชุมชน อสม.และผู้ดูแลหรือญาติใกล้ชิดผู้ป่วย โดยเฉพาะที่มีกิจกรรมต้องพบปะผู้ป่วยบ่อยครั้ง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทีม อสม.จิตอาสา ผู้ดูแลหรือญาติใกล้ชิด รวมถึงบุคคลนอกพื้นที่ที่สนใจเข้ามาศึกษาผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง ให้กำลังใจผู้ป่วยว่าสามารถดูแลตนเองได้

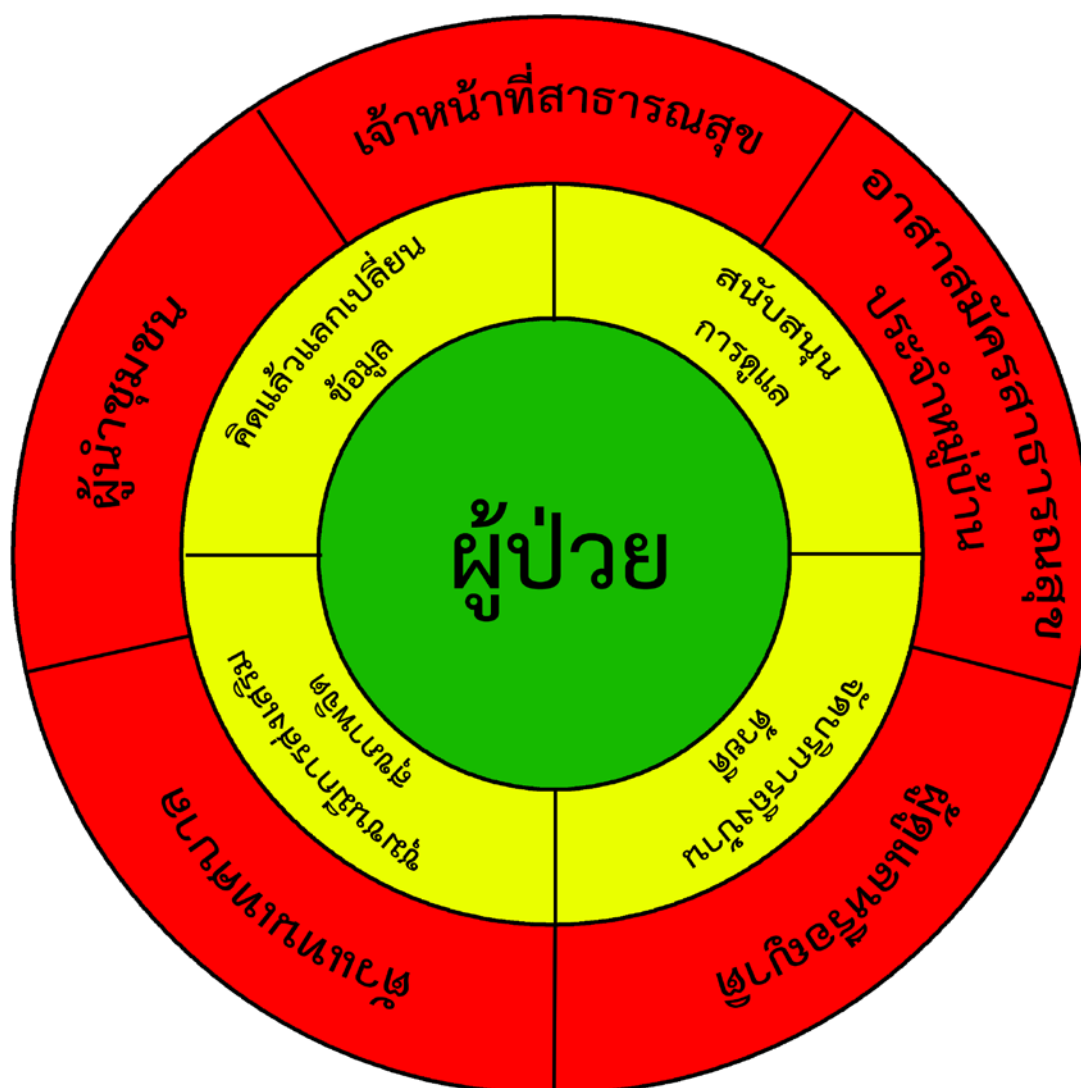


องค์ประกอบของรูปแบบ	ข้อสรุปของกิจกรรม
2.3 ส่งเสริมกิจกรรมการพัฒนาจิต	ผู้ดูแลหรือญาติใกล้ชิดผู้ป่วยพาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาจิตตามบริบทของตนเอง
2.4 ส่งเสริมการทำกิจกรรมระหว่างคนปกติกับผู้ป่วย	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพผู้รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้นำชุมชน อสม. และผู้ดูแลหรือญาติใกล้ชิดผู้ป่วยพาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย
3. คิดมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล	
3.1 มีการรายงานผลการทำงาน	1.มีผู้ผอ.รพ.สต.บ้านคำ เป็นแกนกลางในการรวบรวมข้อมูล 2.ข้อมูลได้จากการเยี่ยมบ้าน และการประชุมสภา กาแพยามเข้า
3.2 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1.มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเป็น แกนกลางในการรวบรวมข้อมูล 2.มีการแลกเปลี่ยนระดับชุมชน 3.มีการแลกเปลี่ยนระดับชมรม ได้แก่ชมรม สาธารณสุขของจังหวัดพะเยา 4.แลกเปลี่ยนกับส่วนกลาง



องค์ประกอบของรูปแบบ	ข้อสรุปของกิจกรรม
4. สนับสนุนการดูแล 4.1 การสนับสนุนด้านงบประมาณ	1.เทศบาลจัดงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมดูแลผู้ป่วย 2.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีเครือข่ายกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดเขียนโครงการเพื่อของบประมาณสนับสนุน 3.ชุมชนเขียนโครงการขอสนับสนุนงบประมาณจากเทศบาล
4.2 การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก	1.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประสานหน่วยงานต่างๆ เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณสำหรับจัดสร้างสิ่งอำนวยความสะดวก





เจ้าหน้าที่สาธารณสุข วางแผน ทำโครงการของงบประมาณ ดูแลอาหาร การออกกำลังกาย การรักษา พัฒนานวัตกรรมสิ่งอำนวยความสะดวก การเยี่ยมบ้าน เสริมสุขภาพจิต ส่งรวบรวมข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วางแผน ทำงานแบบจิตอาสา พัฒนานวัตกรรมสิ่งอำนวยความสะดวก เยี่ยมบ้าน เสริมสุขภาพจิต แลกเปลี่ยนข้อมูล

ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วย ดูแลต่อเนื่อง เสริมสุขภาพจิต พาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม แลกเปลี่ยนข้อมูล

ตัวแทนเทศบาล : สนับสนุนงบประมาณ สนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก แลกเปลี่ยนข้อมูล

ผู้นำชุมชน วางแผน เขียนโครงการงบประมาณ สนับสนุนการออกกำลังกาย สนับสนุนงบประมาณ รับรองสิทธิ แลกเปลี่ยนข้อมูล

ผู้ป่วย ปรับกระบวนการคิด ปรับพฤติกรรมสุขภาพ แลกเปลี่ยนข้อมูล



ภาคผนวก จ
ภาพกิจกรรม



บุคคลสำคัญ



นายประจักษ์ กองตัน ผอ.รพ.สต.บ้านถ้ำ



นางสาวณพัชรา หลักฐาน ผู้รับผิดชอบรับผิดชอบงานผู้ป่วยเรื้อรัง



ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสา



ประธานชมรมผู้สูงอายุ



ชมรมการออกกำลังกาย รพ.สต.บ้านถ้ำ



ผู้ดูแลผู้ป่วย



ทำความเข้าใจผู้ป่วย





เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ป่วย



การสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางการดำเนินการ





สนับสนุนผู้ป่วยโดยชุมชน (จักรยาน, การออกกำลังกาย)



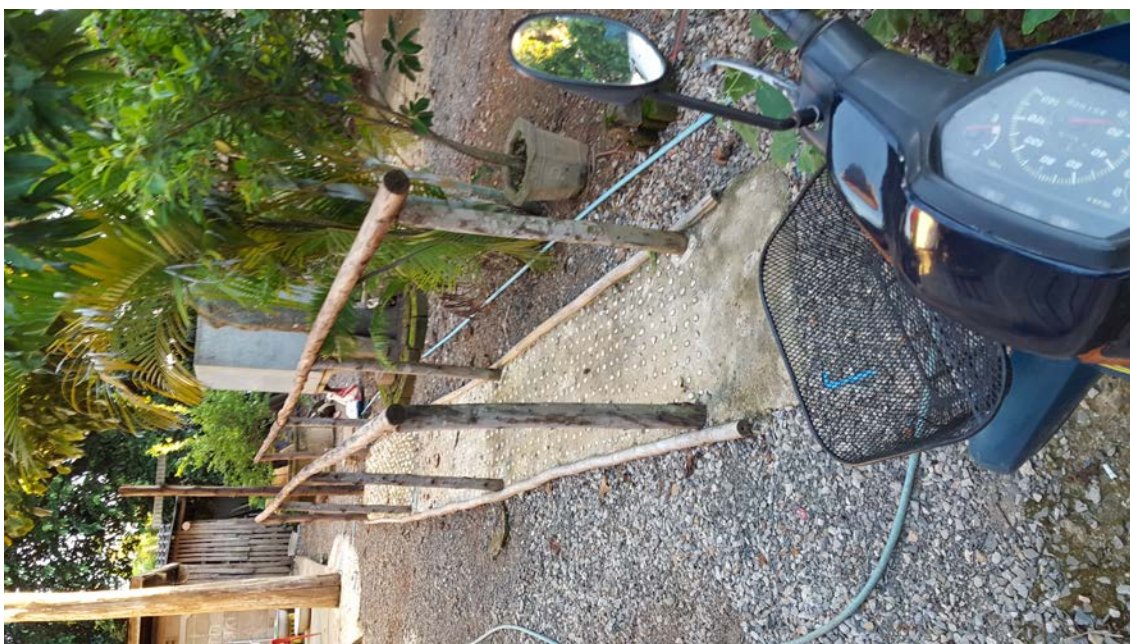
สนับสนุนผู้ป่วยโดยชุมชน (ห้องน้ำสำหรับผู้ป่วย)



สนับสนุนผู้ป่วยโดยชุมชน (ที่นอนหลอดน้ำแข็ง)



สนับสนุนผู้ป่วยโดยชุมชน (การดูแลด้วยสมุนไพร)



สนับสนุนผู้ป่วยโดยชุมชน (สถานที่ออกกำลังกาย)





การติดตามผู้ป่วย





ก่อนดำเนินการ



ก่อนดำเนินการ



การตรวจสอบรูปแบบ



ภาคผนวก ฉ
ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : 0031 / 2558

ชื่อโครงการวิจัย : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยชุมชน : กรณีศึกษาโรคกล้ามเนื้อเสียการประสานงานจากสมองน้อยและไขสันหลังประเภทที่ 1 ในจังหวัดพะเยา

ผู้วิจัย : นายประจวบ แผลมหลัก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดพะเยา

วันที่รับรอง : 1 กรกฎาคม 2558

วันหมดอายุ : 30 มิถุนายน 2559

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ศาสตราจารย์ปรีชา ประเทพา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



ประวัติย่อผู้วิจัย



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	ประจวบ แหลมหลัก
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2509
จังหวัด และประเทศที่เกิด	อำเภอศรีสขนาลัย จังหวัดสุโขทัย
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2559 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2548 ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ค.ด.) สาขาวิชาการศึกษานอกระบบ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2545 ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.) สาขาวิชาการศึกษานอกระบบ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2539 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2537 ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สค.ม.) สาขาวิชาสังคมศาสตรการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2533 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2530 ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุข (พนักงานอนามัย) วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคเหนือ จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ. 2528 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเมืองเชลียง จังหวัดสุโขทัย พ.ศ. 2528 มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเมืองเชลียง จังหวัดสุโขทัย
ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา 19 หมู่ 2 ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 56000

