

คู่มือผู้เยี่ยมชมสำรวจและการประเมินตนเอง
สำหรับมาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมในสถานพยาบาล
และระบบบริการปฐมภูมิทั่วประเทศ



สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตุลาคม 2566

ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ

ดร.เพ็ญ สุขมาก

นพ.สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ

นพ.สมหมาย บุญเกลี้ยง

นพ.ชุลกิฟลี ยูโซะ

คณะทำงาน

ดร.ชอเฟียะห์ นิมะ

นพ.มาหะมะ เมาะมูลา

ภก.สมชาย ละอองพันธุ์

นางนฤมล ฮะอูรา

นายอิลฟาน ตอแลมา

คำนำ

การจัดระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมสำหรับกลุ่มที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ (Ethnic diversity) ผู้ป่วย และ ผู้ลี้ภัย ได้มีการดำเนินการแพร่หลายในภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลก เช่น ประเทศออสเตรเลีย และประเทศแคนาดา ในรูปแบบการให้คำปรึกษา การจัดระบบบริการทั้งในและนอกสถานที่ การจัดหลักสูตร คู่มือ รวมทั้งมีแนวปฏิบัติสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึง บริการสุขภาพที่จำเป็น สำหรับประเทศไทยจัดเป็นประเทศหนึ่งที่เป็นพหุสังคม (Plural society) มีประชากรที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา ภาษาและวัฒนธรรม และอาจมีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพ (Health disparity) รวมทั้ง ข้อจำกัดจากการอภิบาลระบบสุขภาพแบบ one-size-fits-all จะไม่สามารถตอบสนองต่อความแตกต่างหลากหลายของผู้คนในสังคมได้อย่างเบ็ดเสร็จ จึงจำเป็นต้องสร้างทางเลือกให้กับผู้รับบริการที่มีภูมิหลังทางชาติพันธุ์ หรือ วัฒนธรรม (Ethnic or cultural background) แตกต่างกันไป เพื่อกระจายโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพและลดความเหลื่อมล้ำในทุกรูปแบบ ทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำและหน่วยที่รับการส่งต่อ จากปัญหาดังกล่าว

ทางสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ (ชื่อเดิมคือ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ หรือ สจรส.มอ.) ได้ตระหนักถึงความเหลื่อมล้ำของโอกาสในการถึงระบบบริการสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะ จึงได้พยายามพัฒนาและขับเคลื่อนประเด็นระบบบริการสุขภาพที่จำเพาะในเชิงพื้นที่ขึ้น โดยนำร่องในบริบทภูมิสังคมที่มีอัตลักษณ์เฉพาะใน 5 จังหวัดชายแดนใต้มาเกือบสองทศวรรษ คือตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 โดยดำเนินการผลักดันวาระเข้าสู่นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ที่มีการรับรองอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2551 นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2563 และ 2565 ทางสถาบันฯ ได้มีการพัฒนาคู่มือเกณฑ์มาตรฐานการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมสำหรับหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระดับ รวมทั้งแนวปฏิบัติพหุวัฒนธรรมในระดับชุมชนท้องถิ่นตามลำดับ ต่อมาในปี พ.ศ. 2566 ได้ริเริ่มพัฒนาคู่มือสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจและการประเมินตนเองสำหรับมาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมในสถานพยาบาลและระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อเป็นมาตรฐานด้านการดำเนินงานต่อการจัดบริการพหุวัฒนธรรม ในการให้บริการสุขภาพต่อประชาชนที่มีความหลากหลายในทุกพื้นที่ของประเทศไทย

ทางคณะผู้จัดทำ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือผู้เยี่ยมสำรวจและการประเมินตนเองฯ ฉบับนี้ จะเป็นแนวทางในการพัฒนาและยกระดับการบริการสุขภาพสำหรับประชาชนที่มีความหลากหลาย ลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ. 2573 ต่อไป

คณะผู้จัดทำ

สารบัญ

บทนำ.....	5
นิยาม	5
ที่มาและภูมิหลังของปัญหา	6
วัตถุประสงค์	7
จุดเน้นของระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม.....	8
การดำเนินงานด้านการพัฒนาองค์ความรู้ด้านระบบสุขภาพพหุวัฒนธรรมที่ผ่านมา	10
ความสำคัญของหน่วยบริการประเภทสถานพยาบาลและระบบบริการปฐมภูมิ	11
ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านวัฒนธรรม	13
การทบทวนวรรณกรรม.....	14
เป้าหมายของการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมและการนำไปใช้.....	21
ขอบเขตมาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม	22
กรอบแนวคิดมาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม	24
ทบทวนความต้องการด้านสุขภาพ (Health Need Requirements)	25
การสังเคราะห์มาตรฐานร่วมระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม.....	26-27
เนื้อหามาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมและคำอธิบายความหมายรายด้าน	28-35
แนวทางการเฝ้าตรวจประเมินในแต่ละมาตรฐาน.....	36-38
การจัดระดับคุณภาพสถานพยาบาลและระบบบริการปฐมภูมิในระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม.....	39
แนวทางการดำเนินงานของสถานพยาบาลและการบริการปฐมภูมิ	40
บรรณานุกรม	41

บทนำ

คู่มือผู้เยี่ยมชมสำรวจและการประเมินตนเองสำหรับ

มาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมในสถานพยาบาลและระบบบริการปฐมภูมิ

Multicultural Health Service Standard in Hospitals and Primary Health Care

1. นิยาม

1.1 พหุวัฒนธรรม (Multiculture)

หมายถึง วิถีชีวิตของผู้คนที่โดดเด่น หรือ มีอัตลักษณ์เฉพาะโดยมีมากกว่าหนึ่งวัฒนธรรมขึ้นไป ตามบริบท ภูมิสังคม เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ ศาสนา ภาษา การดำรงชีพ และนิเวศแห่งการใช้ชีวิต เช่น ความเป็นเมืองและชนบท (1) (2)

1.2 ระบบบริการสุขภาพ (Health Service Systems)

หมายถึง แบบแผนของการจัดการด้านสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพสำหรับทุกคนในประเทศตามข้อกำหนดของสมัชชาอนามัยโลก พ.ศ. 2521 (World Health Assembly, 1978)(3)

1.3 ระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม (Multicultural Health Service)

หมายถึง การจัดรูปแบบการบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพในสถานพยาบาลและระบบบริการปฐมภูมิ ในมิติทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ โดยคำนึงถึงความต้องการในการดูแล หรือ การช่วยเหลือ ที่แตกต่างกันของผู้รับบริการ เช่น ความเชื่อ ภาษา ศาสนา วัฒนธรรม และ ชาติพันธุ์ เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ และให้บริการบนพื้นฐานความถูกต้องตามหลักความรู้ทางวิชาการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขและสอดคล้องกับหลักศาสนาและวิถีวัฒนธรรมของผู้รับบริการ

1.4 มาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม (Multicultural Health Service Standard)

หมายถึง กรอบแนวทางในการดำเนินงานและเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการที่รับการส่งต่อโดยคำนึงถึงความต้องการในการดูแล หรือ การช่วยเหลือ ของผู้รับบริการที่มีความหลากหลายและกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะ ในสภาพแวดล้อมที่กลุ่มบุคคลเหล่านี้

ได้เกิด เติบโต ทำงาน ดำรงชีวิตอยู่ ของประชาชนที่มีความหลากหลายและนำไปสู่เพื่อนำไปสู่การยกระดับการบริการสุขภาพของประเทศ

1.5 ผู้เยี่ยมสำรวจ (Surveyor)

หมายถึง คณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งหรือมอบหมายจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) สำหรับการติดตามหรือประเมินการดำเนินงานด้านมาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมในสถานพยาบาลและระบบบริการปฐมภูมิทั่วประเทศ รวมทั้ง คณะกรรมการภายในที่ได้รับการรับรองให้ทำหน้าที่เยี่ยมเสริมพลังในแต่ละเขตสุขภาพทั้ง 13 เขต เพื่อนำไปสู่การยกระดับการบริการสุขภาพของประเทศ

1.6 การประเมินตนเอง (Self-assessment)

หมายถึง ผู้ให้บริการสุขภาพที่สังกัดสถานพยาบาล หรือ ระบบบริการปฐมภูมิทั่วประเทศ ได้พิจารณาให้คะแนนระดับความสามารถต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม ทั้งในด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ เพื่อนำไปสู่การยกระดับการบริการสุขภาพของหน่วยบริการโดยรวม

2. ที่มาและภูมิหลังของปัญหา

อุปสรรคในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ (healthcare access barriers) ของประชาคมโลก สามารถพบได้ในเกือบทุกประเทศทั่วทุกภูมิภาค (4) เช่น ชนพื้นเมืองในประเทศแคนาดามีประมาณเกือบ 1.7 ล้านคน และร้อยละ 52 ของชนพื้นเมืองนี้อาศัยอยู่ในเขตเมือง แม้จะมีอัตราการขยายตัวของเมืองสูง แต่ชนพื้นเมืองในเมืองกลับถูกมองข้ามในนโยบายและบริการด้านสุขภาพ ด้วยเหตุนี้ แม้ว่าบริการด้านสุขภาพจะมีอยู่มากมายในเมืองเมื่อเทียบกับพื้นที่ชนบท แต่คนพื้นเมืองยังคงรายงานว่ามีอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในเมือง (5) งานวิจัยได้กล่าวถึง ประวัติศาสตร์อันยาวนานของการแบ่งแยกทางเชื้อชาติ ว่ามีอิทธิพลมากที่สุดในการเข้าถึงระบบการบริการทางสุขภาพของประเทศแอฟริกาใต้ (6) และกรณีผู้อพยพในประเทศอเมริกา พบว่า สถานะการย้ายถิ่นฐานสามารถขัดขวางการเข้าถึงการดูแลสุขภาพในระดับต่างๆ ได้มากที่สุด (7) นอกจากนี้ การประเมินอุปสรรคต่อการครอบคลุมบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง พบว่า อุปสรรคที่สำคัญคือ การยอมรับต่อการบริการทางสุขภาพ (acceptability) คิดเป็นร้อยละ 93 ประการต่อมาคือความพร้อมในการให้บริการ (availability) คิดเป็นร้อยละ 88 ความสามารถในการจ่ายค่าบริการทางสุขภาพ (affordability) ร้อยละ 45 และอุปสรรคจากการเข้าถึงทางภูมิศาสตร์ (geographic access) ร้อยละ 32 (8)

การศึกษาด้านชาติพันธุ์ ถึงอุปสรรคในการรับรู้ต่อการใช้ประโยชน์ด้านการดูแลสุขภาพของครอบครัวชาว จอร์แดน พบ 4 ประการที่เกี่ยวข้องกับอุปสรรคด้านบริการสุขภาพ ได้แก่ ระบบบริการ อุปสรรคด้านโครงสร้าง หรือทางกายภาพ อุปกรณ์และยา และความสามารถของเจ้าหน้าที่ในด้านทักษะการสื่อสารและการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (9) ส่วนอุปสรรคและความท้าทายต่อการยอมรับระบบข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิจาก มุมมองการจัดการด้านสุขภาพ เช่น ประเทศอินโดนีเซียพบว่า อุปสรรค 4 ประเด็นที่ได้รับการระบุจากมุมมอง ระดับกลยุทธ์และระดับปฏิบัติการ ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล โครงสร้างพื้นฐาน การสนับสนุนองค์กร และการ ประมวลผล รวมถึงควรมีปฏิสัมพันธ์มากขึ้นกับผู้รับบริการ (10) ตัวอย่างด้านการดำเนินงานในการจัดอุปสรรคใน การดูแลสุขภาพผ่านระบบการรักษาพยาบาลระหว่างวัฒนธรรมในประเทศกานา โดยการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดี ขึ้นระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการทางสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรมและการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่สามารถจ่ายได้ และส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพและผู้ ใช้บริการ รวมทั้งมีข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการผลักดันให้มีการดูแลสุขภาพระหว่างวัฒนธรรมในหลักสูตรของ โรงเรียนแพทย์ทั่วประเทศและการมีส่วนร่วมของชุมชน (11)

สำหรับประเทศไทย ถือเป็นศูนย์กลางการย้ายถิ่นฐานในอาเซียน โดยมีแรงงานข้ามชาติมากกว่า 3.9 ล้าน คน คิดเป็นร้อยละ 10 ของแรงงานทั้งหมดในประเทศ ได้มีการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนาในด้านการรับรู้และการ ปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้การดูแลแก่ผู้ย้ายถิ่นฐานกลุ่มผู้รับบริการที่เป็นมารดาชาว พม่าที่มาคลอดในโรงพยาบาล ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ระบบสุขภาพภาครัฐของไทย ถ้าการบริการสุขภาพไม่คำนึงถึง วัฒนธรรมที่แตกต่างนี้ จะส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้หญิงชาวพม่าบางคนในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ ตนเองในการฝากครรภ์ ในทางกลับกัน การดูแลที่เน้นวัฒนธรรมของผู้หญิงกลุ่มดังกล่าวเป็นศูนย์กลาง จะช่วยให้ ได้รับความร่วมมือในการดูแลตนเองได้มากขึ้น (12) อุปสรรคทางสังคมและนิเวศวิทยาในการเข้าถึงการฉีดวัคซีน ป้องกันโควิด-19 ของแรงงานชาวพม่าในประเทศไทย การศึกษารายงานว่าแรงงานข้ามชาติชาวพม่ากว่าร้อยละ 90 ไม่ได้รับการฉีดวัคซีน สาเหตุหลักที่ทำให้อัตราการฉีดวัคซีนต่ำ ได้แก่ การกีดกันออกจากโปรแกรมการแจกจ่าย วัคซีน ต้นทุนวัคซีนสูง การรับรู้ว่าวัคซีนที่ได้มามีคุณภาพต่ำ อุปสรรคด้านภาษา การขาดข้อมูลวัคซีน การเลือก ปฏิบัติต่อผู้ย้ายถิ่นทั้งระดับส่วนตัวและระดับสาธารณะ และความยากลำบากในการหาเวลาและการเดินทางไป ศูนย์วัคซีน รัฐบาลไทยควรใช้กลไกที่มีความสามารถทางวัฒนธรรมในการเผยแพร่ข้อมูลวัคซีนและผลข้างเคียงที่อาจ เกิดขึ้นเพื่อส่งเสริมการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันการบาดเจ็บล้มตายเพิ่มเติมและควบคุมวิกฤตสุขภาพทั่วโลก นอกจากนี้ มีความจำเป็นที่รัฐบาลไทยต้องจัดหาวัคซีนฟรีให้กับผู้อพยพทุกคนโดยไม่คำนึงถึงสถานะของพวกเขา และได้รับการนิรโทษกรรมจากการถูกเนรเทศและกักขังในช่วงระยะเวลาการฉีดวัคซีน (13) แม้ว่าประเทศไทยจะ สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างถ้วนหน้า แต่ความไม่เสมอภาคทางภูมิศาสตร์ในการใช้บริการด้านสุขภาพ ก็ยังคงมีอยู่ เช่น การศึกษาช่องว่างในชนบท-เมืองในการดูแลสุขภาพของคนไทยสูงวัย ระบุว่าสภาพเมืองและ ชนบทเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้มีช่องว่างในการเข้ารับการตรวจสุขภาพที่กว้างขึ้น (14) นอกจากนี้ ความสำคัญ

ของชาติพันธุ์ในกลุ่มผู้ขอลี้ภัย ผู้ลี้ภัย และผู้พลัดถิ่นภายในประเทศพบอุปสรรคในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ เช่น ชาวอาข่า ลาหู่ และไทใหญ่ ปัญหาความไร้สัญชาติและสุขภาพจิตของชนกลุ่มน้อยในภาคเหนือของประเทศไทย ชี้ให้เห็นว่าคนไร้รัฐไร้สัญชาติมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตที่ย่ำแย่มากกว่าคนไร้สัญชาติซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้พำนักในประเทศไทยตามปกติ และได้รับการบันทึกไว้ในทะเบียนราษฎรของประเทศ พบปัญหาการถูกตีตรา การเลือกปฏิบัติ และการขาดการสนับสนุนทางสังคม (15)

มีหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่น่าสนใจมานานหลายทศวรรษ ต่อการพัฒนาาระบบสุขภาพที่นำไปสู่ความเสมอภาคด้านสุขภาพ รวมถึงการสร้างแบบจำลองมาตรฐานทางจริยธรรมของความเสมอภาคด้านสุขภาพขึ้นในกลุ่มคนชายขอบ โดยกำหนดกรอบการดำเนินงานที่เรียกว่า **Health Equity Frameworks** การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมขององค์กรให้ตระหนักถึงผลลัพธ์ที่ไม่เท่าเทียมกันในระบบบริการสุขภาพ กลยุทธ์การจัดการต่ออคติที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัวในการดูแลผู้รับบริการ การฝึกความอ่อนน้อมถ่อมตน (16) ดังนั้น ความพยายามในการพัฒนาระบบสุขภาพที่เอื้อต่อการเข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพได้เกิดขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้มีการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่เพียงพออันจะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับความท้าทายด้านสุขภาพของตนเอง รวมทั้งทำให้ระบบบริการสุขภาพดำเนินงานในลักษณะเชิงรุกได้มากขึ้น ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีในระยะยาว

2. วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินตนเองและการเฝ้าระวังในสถานพยาบาลและระบบบริการปฐมภูมิ ต่อระบบการดูแลและการจัดการบริการสุขภาพสำหรับประชาชนและผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทาง เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ ศาสนา ภาษา และวัฒนธรรม รวมทั้ง กลุ่มเปราะบางทางสังคม ให้เอื้อต่อการเข้าถึงสุขภาพและการบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น หรือ ตามสิทธิของบุคคล ในทุกพื้นที่ของประเทศไทย

3. เป้าหมายของระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม

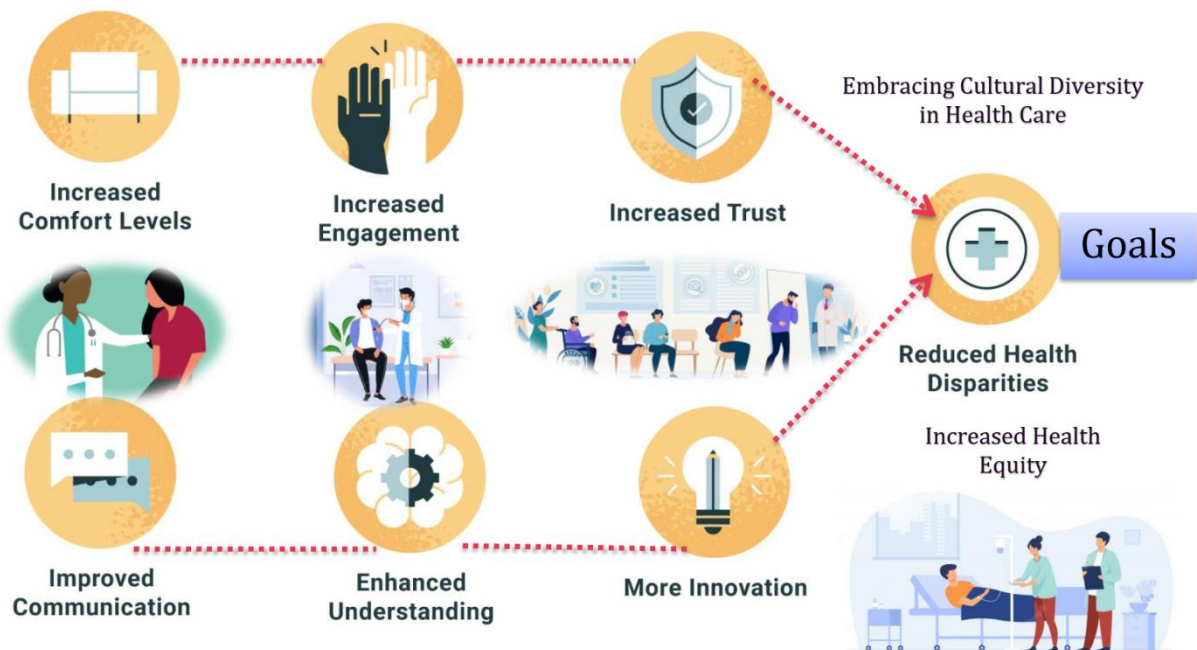
เป้าหมายในระบบการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมคือ การมีพื้นที่ปลอดภัยทางวัฒนธรรมครอบคลุมต่อกลุ่มเป้าหมายที่มีความหลากหลายในประเทศไทย คือ

3.1 การสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางวัฒนธรรม (Cultural safety and Ethical space) ที่สอดคล้องกับ

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของ SDG ในเป้าหมายที่ 3 คือสร้างหลักประกันการมีสุขภาพะที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย โดยได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

รักษาความเป็นส่วนตัว และได้รับการบริการโดยไม่เลือกปฏิบัติ โดยมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกต่อไปนี้ ดังรูปที่ 1

- มีพื้นที่แห่งความสบายใจ (Comfort zone) อื่นปราศจากความกังวลและความไม่สบายใจขณะรับบริการสุขภาพ หรือ ในระยะรอคอย (Waiting time)
- เกิดการมีส่วนร่วมและผูกพันต่อการรับบริการ (Engagement)
- เพิ่มความรู้สึกไว้วางใจต่อกัน (Trust)
- พัฒนารูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสม (Communication)
- มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน (Understanding)
- มีนวัตกรรมการดำเนินงานด้านการจัดบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม (Innovation)



รูปที่ 1 เป้าหมายในระบบการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม

3.2 กลุ่มเป้าหมายที่มีความหลากหลาย คือ ผู้รับบริการทางสุขภาพที่มีความแตกต่างทางเชื้อชาติศาสนา ภาษาและวัฒนธรรมทุกประเภท เช่น นักบวช ภิกษุสงฆ์ คนต่างชาติ ต่างด้าว ต่างศาสนา ต่างภาษา และวิถีวัฒนธรรม รวมทั้ง กลุ่มเปราะบาง และ คนที่อยู่ห่างไกลจากสังคม (Marginal people) ที่ต้องการดูแลและช่วยเหลือให้เข้าถึงสิทธิทางสุขภาพ (Right to health)

(1) **ชาติพันธุ์** หมายถึง เอกลักษณ์ทางสังคมหรือวัฒนธรรมของบุคคลที่มีภูมิปัญญาและจารีตประเพณีร่วมกัน เช่น ชนเผ่าพื้นเมือง ชาวมานิ อูรักลาโว้ย มอแกน มอแกน ฯลฯ

(2) **เชื้อชาติ** หมายถึง ลักษณะทางกายภาพของบุคคลโดยอ้างอิงจากการสืบเชื้อสายหรือการถ่ายทอดทางพันธุกรรมจากบรรพบุรุษ เช่น คนผิวขาว ชาวแอฟริกันและชาวเอเชีย

(3) **ศาสนา** หมายถึง ลัทธิความเชื่อส่วนบุคคล เช่น ศาสนาพุทธ ศาสนาอิสลาม ศาสนาคริสต์ หรือลัทธิเทวนิยม

(4) **ภาษา** หมายถึง สิ่งที่ใช้สื่อสารกันทั้งการพูดและการเขียน เช่น ภาษาพูด หรือ สำเนียงที่มีความแตกต่างตามท้องถิ่นที่อยู่อาศัย เช่น ภาษาไทย ภาษามลายู ภาษาไทยภาคใต้ ภาษาไทยอีสาน ภาษาคำเมืองในภาคเหนือ เป็นต้น

(5) **วัฒนธรรมและวัฒนธรรมย่อย** คือ การปฏิบัติที่เป็นแบบแผนของกลุ่มชนขนาดเล็กและขนาดใหญ่ที่มีเอกลักษณ์และอัตลักษณ์เฉพาะ

(6) **ผู้ด้อยโอกาสหรือมีความพิการ** หมายถึง ความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจของบุคคล เช่น บุคคลที่สูญเสียแขนหรือขา ผู้ป่วยฮิสติก ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์

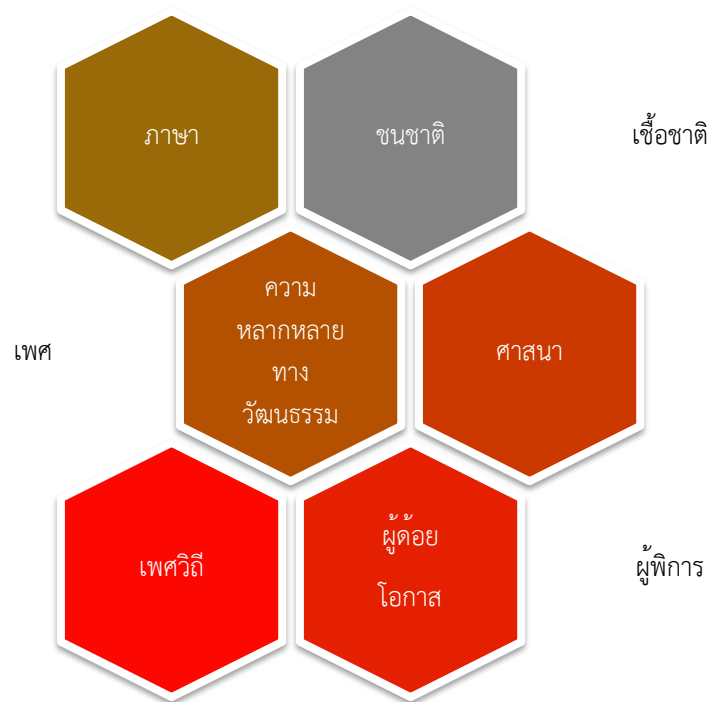
(7) **เพศ** หมายถึง ลักษณะต่าง ๆ ที่บ่งบอกความเป็นชายและความเป็นหญิง

(8) **เพศวิถี** หมายถึง รสนิยมทางเพศและอัตลักษณ์ทางเพศของบุคคล รวมถึงกลุ่มบุคคล LGBTQ (เลสเบี้ยน เกย์ บุคคลที่รักร่วมสองเพศ และ บุคคลข้ามเพศ) ซึ่งสามารถแบ่งได้ดังนี้

(8.1) **รสนิยมทางเพศ** หมายถึง ความรู้สึก ความสนใจทางเพศของบุคคลใดบุคคลหนึ่งต่อเพศตรงข้ามเพศเดียวกันหรือทั้งสองอย่าง และ

(8.2) **อัตลักษณ์ทางเพศ** หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับเพศของตน ซึ่งอาจตรงกับเพศสภาพโดยกำเนิดหรือไม่ตรงก็ได้ (บุคคลข้ามเพศ)

อย่างไรก็ตาม สังคมในแบบพหุวัฒนธรรมนั้นจะต้องมีพื้นที่ร่วม (collective space) หรือเป็นพื้นที่กลางแห่งความปลอดภัย (safety zone) ที่ยอมรับในความแตกต่างของอัตลักษณ์ความเชื่อทางศาสนาในบริบทของสังคมนั้น และต้องเป็นพื้นที่ที่สามารถเปิดโอกาสให้อัตลักษณ์ที่ต่างต่างนั้นสามารถแลกเปลี่ยนแบ่งปันซึ่งกันและกันได้อย่างเท่าเทียม (17) **ดังรูปที่ 2**



รูปที่ 2 ความครอบคลุมต่อประเด็นที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม

4. การพัฒนาองค์ความรู้ด้านระบบสุขภาพพหุวัฒนธรรมของสถาบันนโยบายสาธารณะ



รูปที่ 3 การผลิตองค์ความรู้ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ประเภทหนังสือและคู่มือด้านพหุวัฒนธรรมของสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

5. ความสำคัญของหน่วยบริการประเภทสถานพยาบาลและระบบบริการปฐมภูมิ

จากปรัชญาการดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มุ่งพัฒนาหลักประกันด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ อัตราการป่วย และ อัตราการตายที่เป็นภาระโรค (burden diseases) โดยเชื่อว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้คนมาจากเหตุปัจจัยทั้งทางกายภาพ สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ผ่านการจัดสรรทรัพยากรอย่างเป็นธรรมและส่งเสริมการเข้าถึงการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม ครอบคลุมและปลอดภัยในทุกกลุ่มประชากรที่ต้องการความใส่ใจในทันที (prompt attention) ได้แก่ การจัดการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมที่ครบถ้วนในทุกมิติ ทั้งการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการตรวจคัดกรองที่จำเป็น โดยดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แก่ผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ ศาสนา ภาษา และวัฒนธรรม และในประชากรกลุ่มเฉพาะ ได้แก่ คนชายขอบ ผู้พิการ ผู้ที่ไร้บัตรประชาชน ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ และแรงงานต่างชาติ การจัดการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมทั้งในและนอกสถานบริการตามสภาพปัญหาชุมชนที่มีความหลากหลายและประกอบด้วยกลุ่มประชากรเฉพาะข้างต้น

ในขณะเดียวกัน หน่วยบริการประจำและหน่วยที่รับการส่งต่อ สำหรับผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา ภาษาและวัฒนธรรม ก็เน้นการจัดการบริการสุขภาพที่คำนึงถึงการเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของทุกคนที่มารับการบริการอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่เลือกปฏิบัติ หรือ สร้างเงื่อนไขในการกีดกันการเข้าถึงการจัดการบริการสุขภาพในสถานพยาบาลภาครัฐทุกแผนก ทำให้ระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมได้ถูกพัฒนาขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อระบบการดูแลและการจัดการบริการสุขภาพสำหรับประชาชนและผู้รับบริการที่มีความหลากหลาย รวมทั้งกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะ โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติ อีกทั้งเพื่อเพิ่มขีดความสามารถของบุคคล ครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการจัดการวัฒนธรรมจะกลายเป็นทุนสำคัญในการสร้างศักยภาพด้านอื่นๆ กันอย่างถ้วนหน้า มีการสนับสนุนและมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน หรือ เป็นเจ้าของในการจัดการปัญหาสุขภาพของประชาชนในกลุ่มที่มีความหลากหลายและกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะ และมีการสร้างองค์ความรู้ หรือการจัดการองค์ความรู้และสร้างนวัตกรรม ด้านการดูแลสุขภาพแบบพหุวัฒนธรรมตามบริบทของพื้นที่ร่วมกับชุมชนสำหรับกลุ่มที่มีความหลากหลายและกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะ

การจัดการบริการสุขภาพที่คำนึงถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน และในสังคมวงกว้างที่ผู้รับบริการจะได้รับการคุ้มครองสิทธิ เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และต้องได้รับการคุ้มครองตามประกาศสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights หรือ UDHR) ที่ทุกคนล้วนมีเสรีและความเท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ เพศ สีดวง ศาสนา หรือเอกลักษณ์ใดๆ

ด้วยการจัดบริการที่ส่งเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และลดความเหลื่อมล้ำของโอกาสในใช้ทรัพยากรทางสุขภาพทุกชนิด ตามหลักปรัชญา PRPR ได้แก่

1) การป้องกันความขัดแย้ง (Prevention) และลดความสูญเสียโดยการจัดการเลือกปฏิบัติ การย้ายยัศศักดิ์ศรี และการไม่ให้คุณค่าต่อกัน

2) การป้องกันความขัดแย้ง (Prevention) และลดความสูญเสียโดยการจัดการเลือกปฏิบัติ การย้ายยัศศักดิ์ศรี และการไม่ให้คุณค่าต่อกัน

3) การคุ้มครองสิทธิมนุษยชน (Protect) โดยคุ้มครองมิให้เกิดการละเมิดสิทธิของบุคคล และ

4) การเยียวยา (Remedy) การแก้ไข ฟื้นฟู ชดเชยเมื่อเกิดผลกระทบจากการอคติ การเลือกปฏิบัติ การละเมิดสิทธิ การปฏิเสธการให้บริการ



รูปที่ 3 หลักปรัชญา PRPR ตามแนวคิดด้านความหลากหลาย การไม่แบ่งแยก เชิดชูความแตกต่างและคุณค่าของ
ผู้คน

6. ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านวัฒนธรรม (Cultural Determinant of Health)

วัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดสุขภาพทางสังคม (Culture as a Social Determinant of Health) ด้วยเหตุที่วัฒนธรรม เป็นส่วนหนึ่งของสภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต ทำงาน ดำรงชีวิตอยู่ ไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ทำให้องค์การอนามัยโลกได้มีความพยายามให้ประเทศสมาชิกจัดการปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพที่หลีกเลี่ยงได้ ทั้งที่มาจาก ปัจจัยเชิงโครงสร้าง หรือ ปัจจัยตัวกลาง/ปัจจัยส่งผ่านสุขภาพ ที่จะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคล ทั้งนี้ อิทธิพลของวัฒนธรรมส่งผลต่อสุขภาพมากมาย เช่น การตระหนักและการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วยและความตาย ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค รูปแบบการแสวงหาแนวทางการรักษาและการส่งเสริมสุขภาพในแต่ละวัฒนธรรม ดังนั้น วัฒนธรรมจึงกลายเป็นปัจจัยในการกำหนดกลไกการเผชิญปัญหาหรือการตอบสนองทางสุขภาพในแต่ละสังคมที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ อคติทางวัฒนธรรม และ การตีตราในแต่ละวัฒนธรรม อาจส่งผลต่อการเข้าถึงและคุณภาพของการบริการทางสุขภาพได้ ความสำคัญของการจัดการข้ามวัฒนธรรม (Cross Culture Management) ถือเป็นสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับภาครัฐในการให้บริการประชาชน โดยเฉพาะสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการจัดการบริการด้านสุขภาพ (Cultural competency practice in health management) ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือ องค์กรด้านบริการสุขภาพภาครัฐ

ปัญหาการบาดเจ็บทางวัฒนธรรม (Cultural trauma) เป็นสาเหตุพื้นฐานของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในกลุ่มชนพื้นเมือง ผู้อพยพ ผู้ลี้ภัย ที่มีปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ เช่น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การตีตรา การเหยียดเชื้อชาติ โดยการจำกัดการเข้าถึงทรัพยากรทางสุขภาพ การทำร้ายจิตใจอย่างต่อเนื่องโดยกลุ่มที่มีอำนาจเหนือกว่า ที่กดทับเชิงโครงสร้างทางวัฒนธรรมต่อกลุ่มอื่น ผ่านการบังคับ การคุกคามด้วยกำลัง หรือ ออกนโยบายกีดกันทางสังคม ทำให้เกิดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพที่ยืดเยื้อจากรุ่นสู่รุ่น หรือ การกีดกันข้ามรุ่นขึ้น (18) ตัวอย่างการจัดการสุขภาพผ่านวัฒนธรรมของชนพื้นเมือง ชาวอะบอริจินในรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย พบว่าแบ่งออกเป็น 4 ประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดทางวัฒนธรรมของสุขภาพ คือ การจัดการเครือข่ายทางสังคม (social networks) การไม่แบ่งแยก (inclusiveness) การเสริมพลังอำนาจ

(empowerment) และการติดต่อสร้างสัมพันธ์ (connections) องค์กรประกอบเหล่านี้ ช่วยสร้างพื้นที่ปลอดภัยในการเรียนรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมและสนับสนุนสภาพแวดล้อมเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมในการสร้างความยืดหยุ่น (building resilience) ต่อการปรับปรุงสุขภาพของชนพื้นเมือง (19) นอกจากนี้ การศึกษามุมมองจากชาวอะบอริจินในรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย ได้เสนอกลยุทธ์ในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเป็นมิตรต่อวัฒนธรรมสำหรับชาวอะบอริจินเอง ส่งเสริมการพัฒนาชุมชนที่เสริมพลังอำนาจและรับรองต่อวัฒนธรรมการมีอยู่ของพวกเขาเพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและการสนับสนุนโปรแกรมการดูแลที่เหมาะสมแก่ชาวอะบอริจินต่อไป (20)

7. การทบทวนวรรณกรรม

ตารางที่ 1 ระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมในประเทศต่าง ๆ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการดูแลสุขภาพ

ประเทศ	การดำเนินงานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม
แคนาดา	มีกำหนดมาตรฐานการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม (Cultural standards) เฉพาะแผนก เช่น แผนกเด็ก (Pediatric Health Care) มี 8 เกณฑ์มาตรฐาน คือ (1) ด้านนโยบายและการปฏิบัติ (2) ด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมกับผู้รับบริการ (3) ด้านการพัฒนาทีมสหวิชาชีพ (ทักษะ เจตคติ และพฤติกรรมบริการ) อย่างสม่ำเสมอ (4) ด้านการพัฒนากลวิธีการดำเนินงานและการประเมินกลยุทธ์ (5) ด้านการออกแบบการประเมินผลที่ตอบสนองความต้องการการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมของผู้รับบริการ (6) ด้านนวัตกรรมของการสร้างการมีส่วนร่วม (7) ด้านการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน (8) ด้านการกำหนดกลไกในการพัฒนาวิธีการวิจัยและประเมินผล
อเมริกา	มีเกณฑ์มาตรฐานที่พัฒนาขึ้นในการลดช่องว่างทางภาษาและวัฒนธรรม และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ เรียกว่า The NCQA Multicultural Health Care (MHC) standards ประกอบด้วย 5 ด้านคือ (1) ระบบฐานข้อมูล เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ และภาษา (Race/Ethnicity & Language Data) (2) ระบบอำนวยความสะดวก ที่เอื้อให้เกิดการเข้าถึงและความพร้อมในการบริการด้านภาษา (Access and Availability of Language Services)

ประเทศ	การดำเนินงานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม
	(3) การมีเครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน เพื่อการตอบสนองทางวัฒนธรรม (Practitioner Network Cultural Responsiveness) (4) โปรแกรมบริการ ที่เหมาะสมทางวัฒนธรรมและภาษา (Culturally and Linguistically Appropriate Services Program: CLAS) (5) การลดความเหลื่อมล้ำ ด้านการดูแลสุขภาพ (Reducing Health Care Disparities)
ออสเตรเลีย	1. รัฐควีนแลนด์ ได้พัฒนาคู่มือสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ และ สำหรับประชาชนทั่วไป เพื่อดูแลและการปฏิบัติต่อประชากรที่มีความหลากหลายที่อาศัยอยู่ในประเทศออสเตรเลีย 1. ด้านชาติพันธุ์ จำแนกออกเป็น: อินเดีย ออสเตรเลีย อีรัก ญี่ปุ่น พม่า ซามัว ชาวเกาะทะเลใต้ของออสเตรเลีย เมารี บุรุนดี ปาปัว นิวินี ชาวจีน ศรีลังกา เอธิโอเปีย กัมพูชา ชูตัน ฟิลิปปินส์ เวียดนาม และม้ง 2. ด้านศาสนา จำแนกออกเป็น: ซิกข์ ฮินดู อิสลาม คริสต์ เนื้อหาคู่มือที่สร้างความเข้าใจในแต่ละชาติพันธุ์ประกอบด้วย: (1) การสื่อสารและข้อควรระวัง (เน้นการปฏิบัติดูแลที่คำนึงถึงกาลเทศะ) (2) ความเชื่อและการปฏิบัติด้านสุขภาพ (Health beliefs and practices) (3) สถานะสุขภาพและปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพของแต่ละกลุ่มชน (4) การใช้บริการสุขภาพในออสเตรเลีย (Utilization of health services in Australia) นิยามความหลากหลายประกอบด้วย: 1. ชาติพันธุ์และเชื้อชาติ 2. ภาษา 3. เพศ 4. รสนิยมทางเพศ 5. ช่วงอายุและรุ่น (generation) 6. สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม 7. ศาสนา ศรัทธา และความเชื่ออื่น ๆ 2. การพัฒนาแนวปฏิบัติ (Guideline) ต่อผู้ที่มีภูมิหลังที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและภาษา ที่ชื่อว่า “Guideline for multicultural health policy implementation Queensland Health Multicultural Services” ประกอบด้วย 8 ด้าน 1. ด้านความเป็นผู้นำและหุ้นส่วน (Leadership and partnership) 2. ด้านบริการสื่อภาษา/ล่าม (Interpreter services)

ประเทศ	การดำเนินงานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม
	3. ด้านการพัฒนาทรัพยากรและการแปลภาษา (Resource development and translation) 4. ด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community engagement) 5. ด้านการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล/ฐานข้อมูล (Data collection and analysis) 6. ด้านการพัฒนาบุคลากรที่มีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (Culturally competent workforce) 7. ด้านการสรรหาและการคงไว้ซึ่งบุคลากรที่มีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (Recruitment and retention) 8. ด้านการดูแลประชากรที่มีความต้องการพิเศษ (Special needs populations)
อังกฤษ	มีการส่งเสริมการยอมรับความแตกต่างและอยู่ร่วมกันอย่างเท่าเทียมในองค์กร โดยใช้เครื่องมือชี้วัดอันเป็นเอกลักษณ์เฉพาะที่สร้างขึ้น เรียกว่า “กรอบการประเมินความหลากหลาย” (Diversity Assessment Framework) อันเป็นเป็นหลักปฏิบัติที่ทำให้มั่นใจได้ว่าจะไม่มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่มีเหตุผลอันสมควรในอนาคตต่อไป 1. ในการคัดเลือกบุคคลเข้าทำงาน 2. การรักษาพนักงานให้อยู่กับองค์กร การฝึกอบรม และการพัฒนาศักยภาพพนักงาน โดยไม่เลือกปฏิบัติในความแตกต่างด้านอายุ ความทุพพลภาพ เพศ (รวมถึงผู้ที่ผ่าตัดแปลงเพศ) สถานะการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ สถานภาพสมรส การสมรสระหว่างบุคคลเพศเดียวกัน การตั้งครรภ์และการลาคลอดบุตร ความคิดเห็นทางการเมือง เชื้อชาติ/เผ่าพันธุ์ ศาสนาและความเชื่อ รสนิยมทางเพศ ภูมิหลังด้านเศรษฐกิจและสังคม ความผิดที่เคยกระทำ การเป็นสมาชิกหรือการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสภาพแรงงาน รูปแบบการทำงาน การมีหรือไม่มีครอบครัว และประเด็นอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน แนวปฏิบัติในองค์กรมีดังต่อไปนี้ 1. สร้างความเข้าใจ การเห็นคุณค่า และการปฏิบัติงานด้านความหลากหลายของผู้คน เพื่อให้เกิดความยุติธรรมและการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ 2. ทำให้มั่นใจได้ว่าจะไม่มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่มีเหตุผลอันสมควรในการจ้างงาน การคัดเลือกบุคคลเข้าทำงาน รวมถึงขั้นตอนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง 3. ส่งเสริมความเสมอภาคทางโอกาส รวมถึงการทำแบบประเมินผลกระทบ และการคัดกรองความเสมอภาคเชิงนโยบาย การทำงาน และแผนการดำเนินงานด้านความหลากหลาย 4. ปฏิบัติกับผู้ร่วมงานอย่างเท่าเทียม ให้เกียรติ และความเคารพ

ประเทศ	การดำเนินงานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม
	5. ปฏิบัติหน้าที่ของเราเพื่อจัดการเลือกปฏิบัติ และอุปสรรค พร้อมทั้งสร้างความสมดุลความเสมอภาคในองค์การ
สิงคโปร์	สิงคโปร์มีประชากร 5.4 ล้านคนประกอบด้วยชาวจีน 74.2% มาเลย์ 13.3% อินเดีย 9.2% และเอเชีย 3.3% และเชื้อชาติอื่น ๆ ในเอเชีย 1. ได้มีการพัฒนารูปแบบการบริการปฐมภูมิที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนำร่องขึ้นในสิงคโปร์ (Patient-Centered Medical Homes Pilot in Singapore; PCMH model) ที่เอื้อต่อศักยภาพทางวัฒนธรรมและภาษาของผู้รับและให้บริการสุขภาพ 2. ปัจจัยสำเร็จในการดำเนินงานคือ (1) ระบบการดูแลสุขภาพและนโยบาย (2) ความสามารถในการจัดการตนเอง/วัฒนธรรมการพึ่งพาตนเอง (3) การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวมีการตัดสินใจร่วมกันตามอัตลักษณ์แห่งตนที่มีอยู่ (21)

เพื่อให้เกิดความเข้าใจทางวัฒนธรรม ในหลายๆ ประเทศ เช่น ประเทศมาเลเซีย ได้มีระบบพหุวัฒนธรรมศึกษาขึ้น พหุวัฒนธรรม คือ เป็นการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสังคมการเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา และประวัติศาสตร์โดยใช้โครงสร้างของ กลุ่มชน (ethnicity) เชื้อชาติ (race) สถานะของครอบครัว (socioeconomic status) เพศ (gender) ความสามารถพิเศษ (exceptionalities) ภาษา (language) ศาสนา (religion) บทบาททางเพศ (sexual orientation) และพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ (geographical area) เป็นตัวกำหนดการเรียนรู้ร่วมกันจากการทบทวนวรรณกรรมถึงการสร้างแนวปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพของกลุ่มคนที่มีความหลากหลายตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงระบบบริการสุขภาพ **ดังแสดงในตารางที่ 2**

ตารางที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมแนวคิดสังคมพหุวัฒนธรรมและการจัดการความหลากหลายเพื่อการอยู่ร่วมกัน

ประเด็น	ข้อสรุปจากงานวิจัย
1. โมเดลเชิงนิเวศวิทยา (Model of Ecological System) ต่อการจัดการความหลากหลาย	โมเดลเชิงนิเวศวิทยา เป็นแนวคิดทฤษฎีในระดับชุมชนและสังคมโดยมองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพแบบบูรณาการ ที่มาจากความสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกบุคคลและสิ่งแวดล้อมในลักษณะการพึ่งพิงกันระหว่างสมาชิกหรือองค์ประกอบของระบบ หากส่วนหนึ่งของระบบเกิดการเปลี่ยนแปลงก็จะกระทบต่อส่วนอื่น ๆ ของระบบด้วยเช่นกัน สิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็น 5 ระดับ คือ ระดับบุคคล (intrapersonal) ระหว่างบุคคล (interpersonal) องค์กร (organizational) ชุมชน (community) และนโยบายสาธารณะ (public policy)

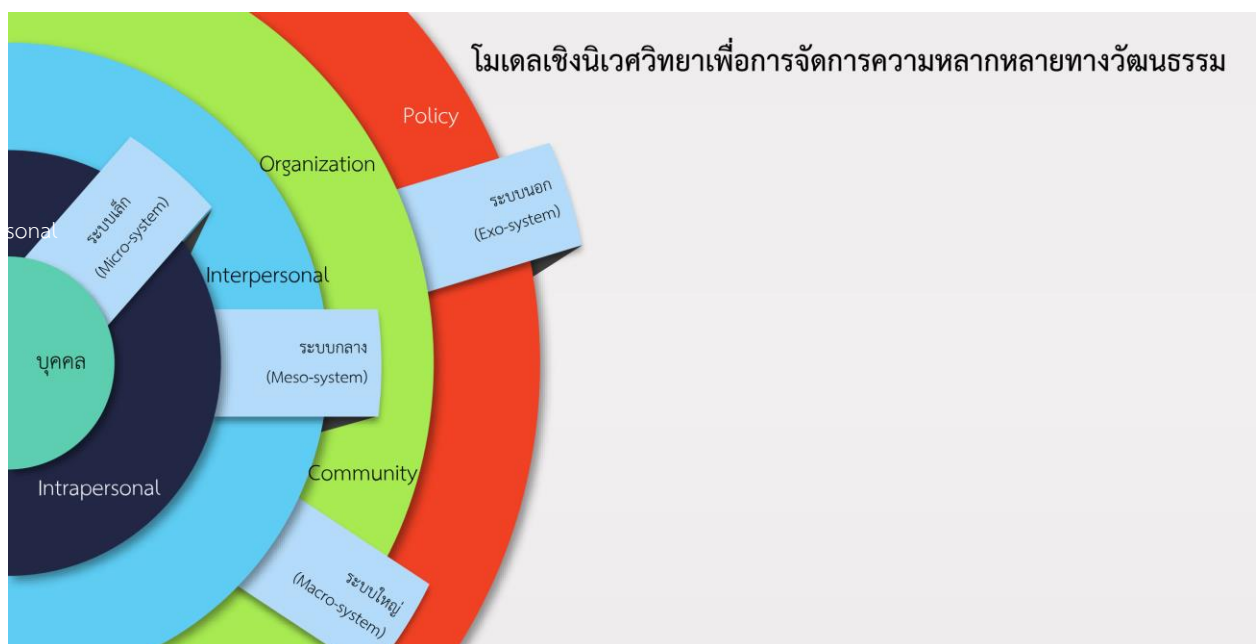
ประเด็น	ข้อสรุปจากงานวิจัย
2. ระดับชุมชน(22)	การใช้แนวทางที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยทำความเข้าใจและตอบสนองต่อประชาชนเป็นรายบุคคล ที่ถูกสรุปไว้ในรูปแบบของจุดยืนทางวัฒนธรรมและบริบทส่วนบุคคล ได้แก่ (1) สร้างรากฐานแห่งความไว้วางใจและความเคารพ (trust and respect) (2) กระจายช่องทางการสื่อสาร (communication channels) (3) สร้างระบบบริการและความร่วมมือของชุมชน (service and community partnerships) และ (4) การใช้เวลาเพื่อการปรับตัว (take the time)
3. บุคลากรทาง การแพทย์(23)	สมรรถนะการพยาบาลพหุวัฒนธรรมที่จำเป็น ประกอบด้วย (1) ด้านความรู้ ที่เกี่ยวกับมานุษยวิทยา สุขภาพ หลักคำสอนของแต่ละศาสนา ภาษาและการสื่อสาร (2) ด้านทักษะ การสร้างสัมพันธภาพและการมองภาพองค์รวม และ (3) ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย การเข้าใจข้อแตกต่างทางวัฒนธรรมการควบคุมตนเอง การคิดบวก และการใฝ่เรียนรู้
4. ระดับครอบครัว	มีการศึกษาถอดบทเรียนการเป็นพ่อแม่ในครอบครัวต่างวัฒนธรรม สำหรับคู่สมรสและครอบครัวต่างวัฒนธรรมที่วางแผนจะมีบุตร ใกล้จะมีบุตร หรือมีบุตรน้อยเป็นของตนเองแล้ว ในการเตรียมตัวที่จะบ่มเพาะสมาชิกในครอบครัวต่อวัฒนธรรมใหม่ หรือวัฒนธรรมที่สาม (ที่ต่างออกไปจากพ่อแม่) อันเกิดจากการผสมผสานวิถีชีวิตดั้งเดิมของสองวัฒนธรรมเข้าด้วยกันและก่อกำเนิดขึ้นเป็นวิถีใหม่ และการปรับตัวต่อความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรมของพ่อ แม่ และลูก เช่น เด็กต้องเรียนรู้ถึงสองภาษา เป็นต้น
5. ระดับปัจเจกชน	เน้นการมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม ในการสร้างความเข้าใจ ยอมรับและปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข
6. พหุวัฒนธรรมใน นโยบายสาธารณะ (24)	การมีนโยบายสาธารณะด้านการจัดการกับความหลากหลายทางวัฒนธรรม คือการเปิดพื้นที่ให้ความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรมได้มีพื้นที่ในสังคมอย่างเท่าเทียมอันเป็นส่วนหนึ่งของการปกครองในระบอบประชาธิปไตย เช่น การกระจายทรัพยากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้ทั่วถึง เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเท่าเทียมกันในทุกภูมิภาคของประเทศ

โมเดลการดำเนินงานและกรอบแนวคิดในระดับโลก

1. โมเดลเชิงนิเวศวิทยา (Model of Ecological System) เป็นโมเดลทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ ที่ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการความหลากหลายทางวัฒนธรรม บนพื้นฐานของความเชื่อที่ว่า พฤติกรรมของมนุษย์นั้น เป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่ครอบคลุมอยู่หลายชั้น แบ่งออกเป็น 4 ระบบ

1. ระบบเล็ก (Micro-system) – ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intrapersonal factor)
2. ระบบกลาง (Meso-system) – ปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factor)
3. ระบบใหญ่ (Macro-system) – ปัจจัยปัจจัยขององค์กร (Organizational factor) และปัจจัยชุมชน (Community factor)
4. ระบบนอก (Exo-system) – เป็นความเชื่อมโยงระหว่างบุคคลและสังคมโดยที่บุคคลนั้นไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์โดยตรง เช่น ปัจจัยนโยบายสาธารณะ (policy factor)

ทั้งนี้ นอกจากที่เลี้ยงที่ต้องเข้าใจระบบนี้ ในขณะเดียวกันที่เลี้ยงมีบทบาทชี้แนะให้ชุมชนมองเห็นระดับความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันในระบบเหล่านี้ เพื่อนำไปสู่การเข้าใจภาพรวมของระบบชุมชนร่วมกันดังแสดงในรูปที่ 4 คือ



รูปที่ 4 โมเดลเชิงนิเวศวิทยาเพื่อการจัดการความหลากหลายทางวัฒนธรรม

ในโมเดลเชิงนิเวศวิทยา เป็นการออกแบบเพื่อลดปัญหา **ความเหลื่อมล้ำ (Inequality)** หรือความไม่เท่าเทียมกันของประชาชนในกลุ่มและพื้นที่ต่าง ๆ ระหว่างผู้ที่มีโอกาสกับผู้ขาดโอกาสในการเข้าถึงต่อรองและจัดการทรัพยากรต่าง ๆ ในสังคม ดังนั้น โมเดลนี้ จะช่วยให้มีการออกแบบระบบบริการสุขภาพที่**ลดความเหลื่อมล้ำด้านการกระจายโอกาส (Opportunity Inequality)** และ **ลดความเหลื่อมล้ำด้านอำนาจ (Power Inequality)** คือ สามารถการเข้าถึงแหล่งบริการ และ มีอำนาจต่อรองในการเข้าถึงทรัพยากรและการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและทิศทางในการพัฒนาสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ จากทรัพยากรในระบบสุขภาพสุขภาพ จะได้รับการบริหารจัดการ จัดสรรแบ่งปัน จนส่งผลให้เกิดความเป็นธรรมใน 2 มิติ คือ **ความเป็นธรรมแนวราบ (Horizontal Equity)** และ **ความเป็นธรรมแนวตั้ง (Vertical Equity)** ทั้งผู้ให้บริการ สถานบริการและระบบบริการได้รับการจัดสรรทรัพยากรตามความจำเป็นของการใช้ ส่วนประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่มี “คุณภาพ” ตามความจำเป็นโดยไม่จำกัดสถานะทางการเงิน เพศ อายุ ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ตลอดจนความห่างไกลและความยากง่ายในการเดินทางมายังสถานบริการสุขภาพดังกล่าว

ระบบสุขภาพที่สมบูรณ์จึงมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง แวดล้อมด้วยกิจกรรมที่มุ่งสร้างเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน ดังนั้น ในการวางรากฐานแนวปฏิบัติระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมวิถีนี้นั้น สิ่งจำเป็นที่สำคัญต่อการปฏิบัติที่ยั่งยืนและฝังลึกนั้นคือ การเริ่มต้นตั้งแต่ระดับบุคคล ระดับครอบครัว ชุมชน สังคมและระบบบริการสุขภาพ ผ่านระบบการชักจูงทางสังคมที่สำคัญ เช่น ครอบครัว โรงเรียน องค์กรศาสนา ฯลฯ เพื่อให้ประชาชนเกิดการซึมซับและตระหนักถึงการใช้ชีวิตร่วมกันของกลุ่มชนที่มีความหลากหลายได้ ดังนั้น องค์ประกอบที่ส่งเสริมและยึดโยงการปฏิบัติด้านระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมให้เกิดขึ้นนั้นจะประกอบด้วย หน่วยย่อย ๆ ดังแสดงในรูปที่ 5 ทั้งนี้ เป้าหมายที่สำคัญคือ การมีความสามารถทางวัฒนธรรมที่จำเป็น แสดงในรูปที่ 6 ได้แก่

(1) **ความรู้-ความเข้าใจทางวัฒนธรรม** คือ แสดงออกถึงการมีความรู้ และความเข้าใจทางวัฒนธรรม มีการค้นหาและรวบรวมความรู้ทางวัฒนธรรมอื่น และมีความพร้อมที่จะเรียนรู้และเข้าใจวัฒนธรรมอื่น เช่น ภาษา ค่านิยม ความเชื่อ ความเป็นอยู่ ได้แก่ อาหาร การแต่งกาย ธรรมเนียมการปฏิบัติ เป็นต้น รวมทั้ง รู้ว่าพฤติกรรมใดที่ควรกระทำและไม่ควรกระทำในแต่ละวัฒนธรรม ทั้งวัฒนธรรมหลัก วัฒนธรรมสากล และวัฒนธรรมย่อย

(2) **ทักษะทางวัฒนธรรม** คือ ความสามารถในการใช้ชีวิตเมื่ออยู่ในสังคมต่างวัฒนธรรมได้อย่างมีความสุข และมีความไวทางวัฒนธรรม อันเป็นการรับรู้ของบุคคลได้อย่างรวดเร็วเมื่อเผชิญกับวัฒนธรรมที่ต่างออกไป และแสดงออกโดยการยอมรับ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และสามารถปรับตัวได้ ผ่านปรับเปลี่ยนความคิดของตนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่าง ๆ และเลือกแสดงพฤติกรรมที่ออกมาจนสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น

(3) **ความตระหนักทางวัฒนธรรม** คือ แสดงออกถึงการรับรู้ความเข้าใจใช้ความคิดพิจารณา ไตร่ตรอง การคิดได้ความมุ่งมั่นและต้องการจะแก้ไขเมื่อเผชิญกับวัฒนธรรมอื่นที่ต่างออกไปจากวัฒนธรรมของตนได้

(4) ความสามารถในการสื่อสาร เลือกใช้วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และสามารถแก้ปัญหาในการติดต่อสื่อสารได้



รูปที่ 5 องค์ประกอบที่ส่งเสริมและยึดโยงการปฏิบัติด้านระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม



รูปที่ 6 การมีความสามารถทางวัฒนธรรมที่จำเป็นของบุคคลและองค์กร

บทบาทระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมประกอบด้วย: (1) การจัดการสุขภาพตนเอง และ (2) การมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมตั้งแต่ปัจเจกชน ครอบครัว และชุมชน โดยการจัดการสุขภาพ เป็นการมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยตลอดช่วงชีวิต ตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนถึงวันสุดท้ายแห่งชีวิต รวมทั้งเน้นการป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยอาศัยความร่วมมือของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทุกภาคส่วน ส่วนปฏิบัติด้านพหุวัฒนธรรม จำเป็นต้องได้รับการปลูกฝัง และการขัดเกลา ต่อความหลากหลายและการอยู่ร่วมกันของผู้คนต่างวัฒนธรรม การสร้างความเข้าใจ การเห็นคุณค่าและยอมรับในความแตกต่างซึ่งกันและกัน ตั้งแต่ในระดับปัจเจกชน ครอบครัว ชุมชน องค์กร และการกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ อันเป็นรากฐานของการจัดระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม หรือ นำมาสู่การดูแลเชิงวัฒนธรรม (cultural care diversity) โดยไม่เลือกปฏิบัติต่อบุคคล ที่ไม่สร้างความแตกต่าง การกีดกัน หรือการให้สิทธิพิเศษแก่บุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือกลุ่มคนใดกลุ่มคนหนึ่งอันเนื่องจากลักษณะของบุคคลหรือกลุ่มคนนั้นในเรื่องบางเรื่องเป็นการเฉพาะ

8. เป้าหมายของการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม

เป้าหมายของการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม คือการลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ (Health Equity) บนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน (Human rights) อันเป็นสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานที่มีมาแต่กำเนิด ด้วยการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีความเสมอภาคที่จะไม่ถูกเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งเชื้อชาติ ศาสนา เพศ สีดผิว ภาษา เผ่าพันธุ์ หรือสถานะอื่นใด ที่ต้องได้รับการคุ้มครองตามประกาศสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights หรือ UDHR) ในสิทธิ 3 ประการ คือ

1. สิทธิในการมีชีวิต (Right to Life) ที่ปัจเจกเป็นเจ้าของชีวิตของตนเอง
2. สิทธิที่จะมีสุขภาพที่ดี (Right to Health) ที่ปัจเจกมีสิทธิที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพ
3. สิทธิทางวัฒนธรรม (Cultural Rights) สิทธิของทุกคนที่ควรได้รับโอกาสอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรมในการแสดงออกหรือมีส่วนร่วมกับวัฒนธรรมที่ได้เลือกสรร เพื่อให้วัฒนธรรมของตนสามารถดำรงอยู่ ถูกสานต่อและพัฒนาได้

ทั้งหมดนี้ เน้นการดูแลอย่างเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมาย (Tailor-made) และประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ในระยะยาว (Sustainability)

9. เป้าหมายในการนำมาตรฐานระบบบริการสุขภาพไปใช้

สถานพยาบาลภาครัฐทุกสังกัดและทุกระดับ และระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้รับการส่งเสริมพัฒนาให้ได้คุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม ประกอบด้วย

1. สถานพยาบาลภาครัฐระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนทุกสังกัด
2. สถานพยาบาลภาครัฐระดับปฐมภูมิ

10. ขอบเขตมาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม

1. ด้านเนื้อหา

- ส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมทั้งในระดับชุมชนท้องถิ่นและสุขภาพเขตเมือง
- ส่งเสริมการเพิ่มการเข้าถึงระบบสุขภาพที่จำเป็นและลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการ
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ ร่วมกับชุมชนต่อการจัดการสุขภาพร่วมกัน
- โครงสร้างมาตรฐานการบริการสุขภาพมี 2 ระดับ
 - 1) สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายร่วมให้บริการ
 - 2) สำหรับหน่วยบริการประจำและหน่วยที่รับการส่งต่อ

2. ด้านพื้นที่

- ทั่วประเทศ

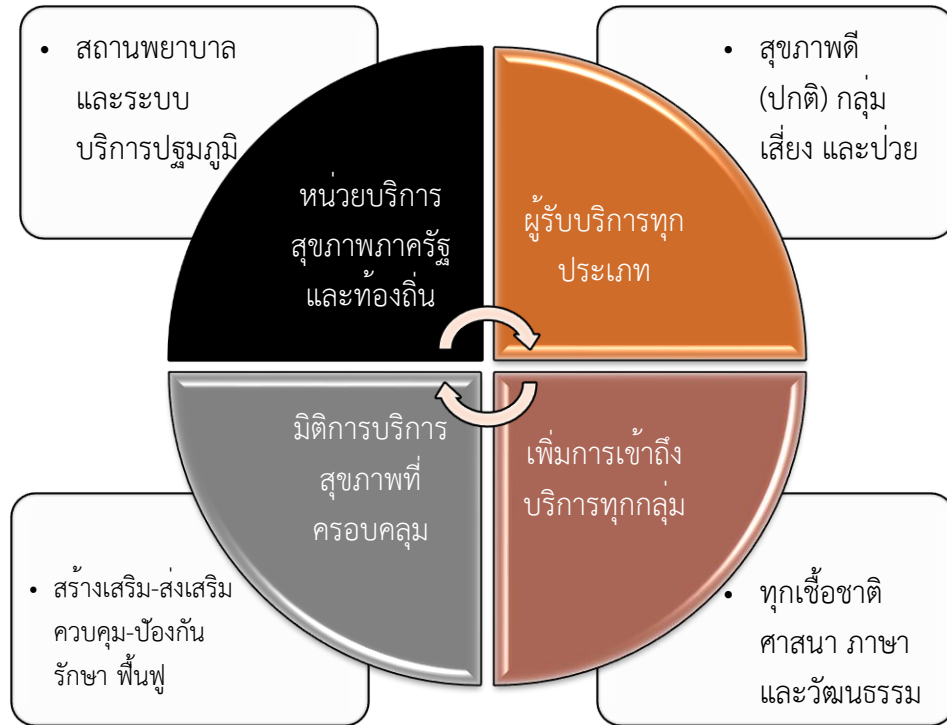
3. ด้านกลุ่มประชากร

- ต่อกลุ่มผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ชชาติพันธุ์ ศาสนา ภาษา และวัฒนธรรม ทั้งในกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง เบี่ยงเบน และกลุ่มป่วย
- กลุ่มประชากรเฉพาะที่อาจกลายเป็นคนชายขอบ เช่น คนไร้บ้าน ไร้สิทธิ ไร้สัญชาติ (ไม่มีบัตรประชาชน) คนพิการ คนที่มีความหลากหลายทางเพศ รวมทั้ง แรงงานต่างด้าว (ถูกกฎหมาย)

4. ด้านขอบเขตการบริการ

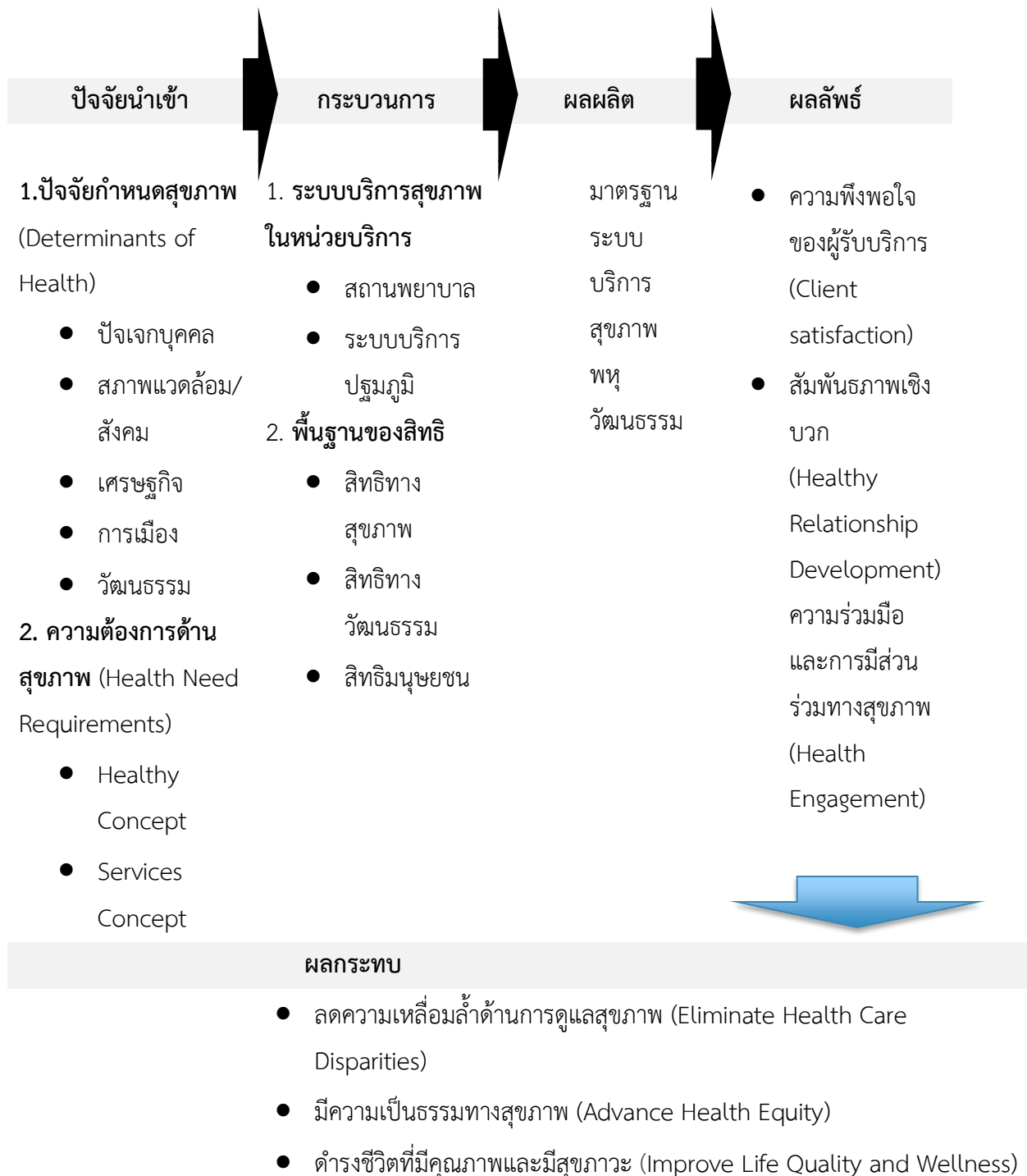
- ครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพทั้งสามระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เช่น รพ. สต. รพช. รพท. รพศ. รวมทั้ง อปท.
- บูรณาการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งการบริการเชิงรุกและเชิงรับ
- ในมิติการบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และมีระบบรับ-ส่ง เพื่อรักษาต่อที่เหมาะสมต่อประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ อัน

เป็นการตอบสนองต่อความคาดหวังตามสิทธิในความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ ครอบคลุมทั้งใน
สถานการณ์ปกติ และภาวะฉุกเฉิน



รูปที่ 3 ขอบเขตของข้อกำหนดมาตรฐานการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม

11. กรอบแนวคิดมาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม



12. ผลการทบทวนความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน (Health Need Requirements)

ต่อมาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม

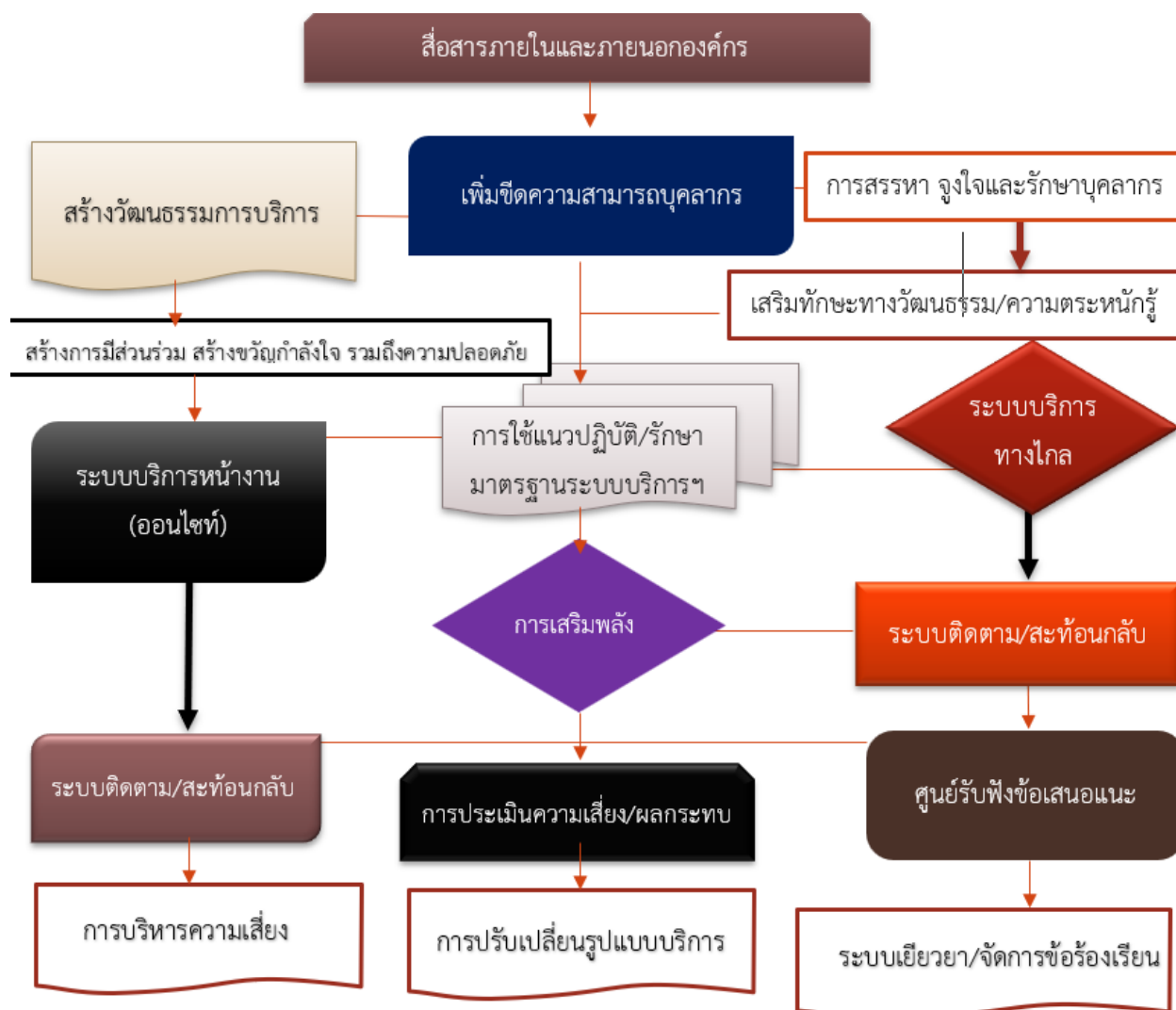
จุดเน้นระดับปฐมภูมิ: Healthy Concept	จุดเน้นของสถานพยาบาลภาครัฐ: Services Concept
● การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านพหุวัฒนธรรม (Healthy Multicultural Public Policy) ● การเสริมพลังอำนาจด้านการขับเคลื่อนในมิติพหุวัฒนธรรมขององค์กร (Empowerment for Multicultural Dimension) ● การสร้างพันธมิตรเครือข่ายความร่วมมือต่อการขับเคลื่อนการบริการสุขภาพในมิติความหลากหลายทางวัฒนธรรมในชุมชน (Alliance for Multicultural Community Services) ● ภาวะการเป็นผู้นำด้านบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม (Leadership in Multicultural Practices) ● ทีมขับเคลื่อนหลัก (Team in Multicultural Working) ● การสร้างวัฒนธรรมที่เน้นการปฏิบัติด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Culture) ● มีผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานด้านบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม (Yield)	● การมุ่งมั่นต่อการให้บริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมด้วยหัวใจ (Service Mind in Multicultural Practices) ● กำหนดแนวทางการประเมินผู้รับบริการในมิติวัฒนธรรม (Efficiency Culture Assessment) ● การสร้างวัฒนธรรมแห่งความรับผิดชอบต่อการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม (Responsibility-Based for Multicultural Practices) ● การกระจายการสื่อสารการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมขององค์กร (Viral for Multicultural Practices) ● การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมขององค์กร (Improvement for Multicultural Practices) ● การมีคณะทำงานหลักในการจัดการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม (Core Team for Multicultural Practices) ● การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม (Environment Friendly for Multicultural Practices) ● การกำหนดภาพความสำเร็จของการดำเนินงานด้านการจัดบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม (Success in Multicultural Practices)

13. การสังเคราะห์ความต้องการด้านสุขภาพและมาตรฐานร่วมทั้งในสถานพยาบาล และระบบบริการปฐมภูมิ

ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน			ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน		
จุดเน้นการบริการระดับปฐมภูมิ:		มาตรฐานร่วม	จุดเน้นของสถานพยาบาลภาครัฐ: Services		
Healthy Concept			Concept		
H	Healthy Multicultural Public Policy	1. มิติเชิงโครงสร้าง (Structural Dimensions)	S	Service Mind in Multicultural Practices	
E	Empowerment for Multicultural Dimension	กำหนดบริบทสำหรับองค์กร เป็นพื้นฐาน	E	Efficiency Culture Assessment	
A	Alliance for Multicultural Community Services	ของการดำเนินการทั้งหมดขององค์กร	R	Responsibility-Based for Multicultural Practices	
L	Leadership in Multicultural Practices		V	Viral for Multicultural Practices	
T	Team in Multicultural Working	2. มิติเชิงกระบวนการ (Procedural Dimensions)	I	Improvement for Multicultural Practices	
H	Humanized Culture	การดำเนินงานทุกอย่างที่มุ่งสู่ผลลัพธ์	C	Core Team for Multicultural Practices	
Y	Yield	3. มิติเชิงผลลัพธ์ (Outcome Dimensions)	E	Environment Friendly for Multicultural Practices	
		ผลการส่งมอบคุณค่าและผลลัพธ์ทั้งหมด	S	Success in Multicultural Practices	



14. ขั้นตอนการนำมาตรฐานฯ ไปใช้ของสถานพยาบาลและการบริการปฐมภูมิ



รูปที่ 4 ขั้นตอนการดำเนินงานของสถานพยาบาลและการบริการปฐมภูมิ

15. มาตรฐานหลัก (Common Goals & Core Standards) มี 3 ด้าน

ด้านที่ 1	ด้านที่ 2	ด้านที่ 3
1. มาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมเชิงโครงสร้าง (Multicultural Health Service Structure Standards) การนำและการกำกับดูแล: เน้นการบริหารจัดการ หรือ ระบบสนับสนุนขององค์กรคือ 1.1 มีการกำหนดนโยบายการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม 1.2 มีคณะทำงานที่กำกับและติดตามการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม 1.3 มีการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมสำหรับบุคลากร 1.4 มีการพัฒนาระบบสื่อสารภายในและภายนอกองค์กร 1.5 มีการยกระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรและประชาชนในพื้นที่	2. มาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมเชิงกระบวนการและพฤติกรรม (Multicultural Health Service Process/Practice Standards) การพัฒนากลยุทธ์: กำหนดการบริการสุขภาพผ่านความเข้าใจในมิติทางวัฒนธรรมคือ 2.1 การพิทักษ์สิทธิทางสุขภาพของผู้รับบริการ 2.2 ความไวในการจำแนกและการจัดบริการตามความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ 2.3 การเสริมพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพของตนเองที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการ 2.4 การจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องตามวิถีวัฒนธรรมของผู้รับบริการ 2.5 การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติศาสนกิจหรือ ดำรงไว้ซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Care) ของผู้รับบริการ	3. มาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมเชิงผลลัพธ์ (Multicultural Health Service Outcomes Standards) เน้นการวัดผลสัมฤทธิ์ 3.1 ด้านผู้รับบริการ 3.1.1 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ 3.1.2 การมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการจัดการสุขภาพ 3.1.3 การทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างชุมชนและ หน่วยบริการสุขภาพ 3.1.4 ความมั่นใจในสถานพยาบาล/เชื่อมั่นต่อการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม 3.2 ด้านผู้ให้บริการ 3.2.1 คุณธรรมและจริยธรรมการให้บริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม 3.2.2 ความอึดอึด (pleased) ในการให้บริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม 3.2.3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในทีมและระหว่างทีม 3.3 ด้านองค์กร/การบริหารงาน 3.3.1 การจัดการข้อร้องเรียนต่อคุณภาพการบริการ (ระบบการรายงานเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดซ้ำ) 3.3.2 การเรียนรู้คุณค่าและการจัดการความรู้ของการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม 3.3.3 ความสามารถในการตอบสนองความต้องการด้านบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม

16. เนื้อหามาตรฐานจำแนกรายด้าน

1. มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (Multicultural Health Service Structure Standards) เน้นการนำและการกำกับดูแล การบริหารจัดการ หรือ พัฒนาระบบสนับสนุนขององค์กร

- 1.1 มีการกำหนดนโยบาย
- 1.2 มีคณะกรรมการที่กำกับและติดตาม
- 1.3 มีการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรม
- 1.4 มีการพัฒนาระบบสื่อสารด้านการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม
- 1.5 มีการยกระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรและประชาชนในพื้นที่

2. มาตรฐานเชิงกระบวนการและพฤติกรรม (Multicultural Health Service Process/Practice Standards)

เน้นการพัฒนากลยุทธ์ กำหนดการบริการสุขภาพผ่านความเข้าใจในมิติทางวัฒนธรรม

- 2.1 การพิทักษ์สิทธิทางสุขภาพของผู้รับบริการ
- 2.2 การมีความไว (sensitivity) ในการจำแนกและการตอบสนองการบริการ (responsiveness)
- 2.3 การเสริมพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพของตนเองที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการ
- 2.4 การจัดกิจกรรมการบริการสุขภาพที่สอดคล้องตามวิถีวัฒนธรรมของผู้รับบริการ
- 2.5 การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติศาสนกิจ หรือ ดำรงไว้ซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Care) ของผู้รับบริการ

3. มาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมเชิงผลลัพธ์ (Multicultural Health Service Outcomes Standards)

3.1 ด้านผู้รับบริการ

- 3.1.1 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
- 3.1.2 การมีส่วนร่วมของประชาชนและหรือชุมชนในด้านการจัดการสุขภาพ
- 3.1.3 การทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมระหว่าง ชุมชนและ หน่วยบริการสุขภาพ
- 3.1.4 ความมั่นใจในสถานพยาบาล/เชื่อมั่นต่อการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม

3.2 ด้านผู้ให้บริการ

- 3.2.1 การสะท้อนคุณธรรมและจริยธรรมการให้บริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม
- 3.2.2 ความอึดสุข (pleased) หรือความปลาบปลื้มยินดีในการให้บริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม
- 3.2.3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในทีมและระหว่างทีม

3.3 ด้านการบริหารจัดการขององค์กร

3.3.1 การจัดการข้อร้องเรียนต่อคุณภาพการบริการ (ระบบการรายงานเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดซ้ำ)

3.3.2 การจัดการความรู้และการเรียนรู้คุณค่าของการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม

3.3.3 ระดับความพอใจขององค์กรในการตอบสนองความต้องการด้านบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม

17. คำอธิบายความหมายในแต่ละมาตรฐาน

ประเด็นมาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม	คำอธิบาย
เชิงโครงสร้าง (Multicultural Health Service Structure Standards)	
1. การกำหนดนโยบายด้านการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม	การกำหนด วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมร่วมขององค์กร ต่อความตระหนักด้านการบริการสุขภาพต่อผู้รับบริการ บนพื้นฐานของความแตกต่างทางวัฒนธรรมของประชาชน ● นโยบายการสร้างครอบคลุมและการเข้าถึงการบริการสุขภาพ สำหรับผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ● การถ่ายทอดนโยบายภายในองค์กรผ่านกระบวนการ และเครื่องมือที่จำเป็น ● สร้างระบบนิเวศทางวัฒนธรรม (Cultural Ecosystem) หรือสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม ● สร้างภาพฝันร่วมกัน หรือตั้งเป้าหมายการเปลี่ยนแปลง โดยมุ่งมั่นสู่การเปลี่ยนแปลงทั้งองค์กร หรือการสร้างวัฒนธรรมแห่งการเปลี่ยนแปลง (Transform Culture) ไปพร้อมกัน

ประเด็นมาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม	คำอธิบาย
2. คณะทำงานที่กำกับและติดตามการจัดบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม	1. การสนับสนุน การชี้แนะ และการกำกับดูแลให้เกิดพฤติกรรมบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากร โดยเน้นหลักความห่วงใยและใส่ใจในทุกบริการ: ● ความเป็นมิตร ● ความมีเมตตา (kindness) ● สร้างการยอมรับเชื่อใจ (rapport) ● ความเคารพบุคคล (respect) ● ความอ่อนน้อมมีสัมมาคารวะ (humility) ● ศรัทธาในความดีงาม (Good Deed) ● คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human dignity) 2. พัฒนาระบบตรวจสอบและควบคุมกำกับคุณภาพการให้บริการภายในองค์กร ● ออกแบบวิธีการและกลไกการดำเนินงาน 3. มีคณะทำงานที่เตรียมความพร้อมให้กับองค์กร เพื่อรับมือกับความเปลี่ยนแปลง (Disruption) อย่างต่อเนื่อง ● ลงมือปฏิบัติ ดำเนินกิจกรรมตามแผน
3. การพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมสำหรับบุคลากร	ระบบบริหารงานทรัพยากรบุคคลในการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมขององค์กรในด้าน: ● การปลูกจิตสำนึกในการบริการสุขภาพข้ามวัฒนธรรม ● ปลูกฝังค่านิยมหลักและการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ ● การสร้างแรงบันดาลใจ ● การสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกที่ดีระหว่างทีมผู้ให้บริการ

ประเด็นมาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม	คำอธิบาย
	● ระบบสนับสนุนการประเมินผลการปฏิบัติงาน และการวางแผนพัฒนาศักยภาพด้านกำลังคน ● การฝึกฝนทักษะด้านการสื่อสารและมีวิธีคิดเชิงระบบในการลำดับเรื่องที่จะสื่อสารออกไป
4. การพัฒนาระบบสื่อสารด้านการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมภายในและภายนอกองค์กร	การสื่อสาร การประสานงาน และข้อมูลสารสนเทศผ่านแพลตฟอร์มต่าง ๆ ทั้งในและนอกองค์กรต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพพหุวัฒนธรรม ● การ Chat & Messaging และการทำ Poll ด้านคุณภาพการบริการ ● ใช้ข้อความสื่อสารที่ตรงประเด็น ในเรื่องที่ได้รับบริการต้องรู้/อยากรู้ หรือ ควรรู้ ● ใช้คำอธิบายที่สั้น กระชับ เข้าใจง่าย ● ให้ข้อมูลที่เป็นความจริง และตรงไปตรงมา
5. การยกระดับการมีส่วนร่วมต่อการจัดบริการสุขภาพของบุคลากรและประชาชนในพื้นที่	จิตสำนึกร่วมของความเป็นกลุ่มก้อนเดียวกัน (Sense of Unity) มีส่วนในการวางแผนและการตัดสินใจร่วมกัน เช่น ● ระดมเพื่อค้นหาพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ต่อคุณภาพการบริการสุขภาพของบุคลากร ● มีเวทีรับฟังความเห็นจากตัวแทนหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคประชาชน ภาควิชาการ ภาคเอกชน และเยาวชนที่สามารถนำไปสู่สังคมแห่งการมีส่วนร่วม (Participatory Society) โดยเฉพาะการร่วมดูแลสุขภาพตนเอง ● เลือักพันธมิตรจากประชาชนและชุมชน (ทุนทางสังคม) เข้ามามีส่วนร่วมในการวางระบบ

ประเด็นมาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม	คำอธิบาย
	ดำเนินงาน เพื่อผลักดันให้ระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมประสบความสำเร็จ
เชิงกระบวนการและพฤติกรรม (Multicultural Health Service Process/Practice Standards)	
1. การพิทักษ์สิทธิทางสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม	มุ่งเน้นการให้บริการสุขภาพที่คำนึงถึงสิทธิของผู้รับบริการ • สิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการบริการด้านสุขภาพ • ได้รับการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ
2. การมีความไว (sensitivity) ในการจำแนกและการตอบสนอง (responsiveness) ตามความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ	ความกระตือรือร้นในการค้นหา รับรู้ความต้องการ ความกังวลใจ ความหวัง ความหมายของการใช้ชีวิต/การเผชิญกับภาวะวิกฤติ • การตัดสินใจให้การดูแลตามความแตกต่างทางวัฒนธรรม (Decision-making in care practice based on cultural differences) • การพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงาน เพื่อส่งเสริมการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมฉบับสังเขปขององค์กร
3. การเสริมพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพของตนเองที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการ (Health Empowerment)	1. การสร้างความตระหนักและแรงบันดาลใจ (Realization & Inspiration) ในศักยภาพที่ตนมี และดึงศักยภาพนั้นออกมาใช้อย่างเต็มที่และเต็มที่ เพื่อให้เกิดความสำเร็จอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน • ความรู้ที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต้องใช้ในการบริการสุขภาพ (พลังสมอง) • การสร้างความปรารถนาที่จะเข้ามามีส่วนร่วม (พลังใจ) • สร้างความเชื่อมั่นว่าทุกคนสามารถทำได้ (พลังการปฏิบัติ)

ประเด็นมาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม	คำอธิบาย
	● เปิดโอกาสให้บุคลากรได้เรียนรู้และพัฒนาตนเอง ● การเรียนรู้ผ่านการลงมือทำจริง (Learning by doing) 2. การเสริมแรงด้วยการสื่อสารความดีของบุคลากร (Communication for Continuity)
4. การจัดกิจกรรมการบริการสุขภาพที่สอดคล้องตามวิถีวัฒนธรรมของผู้รับบริการ	1. วิเคราะห์และตระหนักต่อกลุ่มเป้าหมายด้านบริการทางสุขภาพว่า ผู้รับบริการในองค์กรของเราคือใคร รับบริการต้องการอะไร และจัดบริการที่ตรงกับผู้รับบริการแต่ละราย ● พัฒนาระบบการทำงานของแต่ละฝ่าย ● การทำงานเป็นทีมและการส่งต่อข้อมูล ● การพัฒนาระบบที่เอื้อสนับสนุนการจัดกิจกรรมการบริการ ● สร้างนวัตกรรมในการบริการสุขภาพทางวัฒนธรรม ● การพัฒนาเครือข่ายจากตัวแทนวัฒนธรรมของกลุ่มชน หรือ ตัวแทนชุมชน
5. การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติศาสนกิจ หรือ ดำรงไว้ซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Care) ของผู้รับบริการ	ศึกษาต้นแบบขององค์กรที่มีความพยายามในการปรับปรุง และยกระดับประสิทธิภาพองค์กรอย่างต่อเนื่อง ● โมเดลการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) เพื่อเอื้อการปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่จำเป็น ● เน้นการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรต่อวัฒนธรรม (Culture Friendly Health Services) ขับเคลื่อนการบริการสุขภาพให้เติบโตอย่างยั่งยืน เคียงข้างวัฒนธรรมของชุมชน

ประเด็นมาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม	คำอธิบาย
เชิงผลลัพธ์ (Multicultural Health Service Outcomes Standards)	
1. ด้านผู้รับบริการ	
1) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ความพึงพอใจในภาพรวมและรายด้าน ● ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ ● ด้านคุณภาพบริการ ● ด้านกระบวนการหรือขั้นตอนการให้บริการ ● ด้านสถานที่ อุปกรณ์ และ สิ่งอำนวยความสะดวก ● ด้านความรู้ ความสามารถในการให้บริการ ● ด้านการเอาใจใส่ /เต็มใจในการให้บริการ ● ด้านช่องทางการติดต่อสื่อสาร
2) การมีส่วนร่วมของประชาชนและหรือชุมชนในด้านการจัดการสุขภาพ	การสำรวจปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยสร้างด้านสุขภาพด้วยกัน (Risk-Protection Model) ● การดำเนินงานผ่านกลไกคณะทำงานภาคประชาชนและหรือชุมชน ● การพัฒนารูปแบบกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ/การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวิถีวัฒนธรรมในชุมชน ● การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สร้างความรู้สึกร่วมกัน
3) การมีพันธมิตรเครือข่ายทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมระหว่าง ชุมชนและ หน่วยบริการสุขภาพ	ความสามารถและการสร้างเครือข่ายในการถ่ายทอดความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ● การสานพลังกับภาคีพันธมิตรด้านวัฒนธรรม ● การจำแนกกลุ่มผู้รับบริการทางสุขภาพและกลวิธีการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย
4) ความมั่นใจในสถานพยาบาล/เชื่อมั่นต่อการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม	การติดตามและประเมินผลต่อความเชื่อถือไว้วางใจและความเชื่อมั่น

ประเด็นมาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม	คำอธิบาย
	ผลการวิเคราะห์ขีดความสามารถด้านอัตรากำลังด้วยวิธี Job Task Analysis เพื่อให้มั่นใจได้ว่า สามารถปฏิบัติงานด้านบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมสำเร็จตามเป้าหมาย
2. ด้านผู้ให้บริการ	
1) การสะท้อนคุณธรรมและจริยธรรม หรือเป้าหมายองค์กรคุณธรรม (Morality) ในการให้บริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม	การประเมินตนเองในด้านความพยายามขับเคลื่อนให้องค์กรไปสู่องค์กรแห่งคุณธรรมและ จริยธรรม เช่น - กระบวนการเสริมพลังทางปัญญา หรือ กลไกควบคุมคุณธรรมนำการพัฒนาในกลุ่มบุคลากร เช่น จิตอาสา - การวิเคราะห์ความขัดแย้งเชิงคุณธรรม (Moral Dilemma) - ทบทวนต้นทุนความดีขององค์กร - ความเป็นเลิศที่มุ่งเน้นลูกค้าและผู้รับบริการ
2) ความอึดอัด (pleased) หรือความปลาบปลื้มยินดีในการให้บริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม	- ความพึงพอใจต่อเพื่อนร่วมงาน - ความพึงพอใจต่อผู้บังคับบัญชา - ความพึงพอใจต่อผู้ใต้บังคับบัญชา - ความพึงพอใจต่อผู้บริหาร - ความพึงพอใจต่อองค์กร - การได้รับสวัสดิการและสิทธิประโยชน์อย่างเหมาะสม
3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในทีมและระหว่างทีม	ติดตามผลลัพธ์ และความสำเร็จของกระบวนการพัฒนา - ความร่วมมือในทีมและการสร้างทีมเพื่อสืบทอดการดำเนินงาน (Next Team Building) - กระบวนการกลุ่มกัลยาณมิตร (Good Team Learning)
3. ด้านการบริหารจัดการขององค์กร	

ประเด็นมาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม	คำอธิบาย
1) การจัดการข้อร้องเรียนต่อคุณภาพการบริการ (Complaint Management)	มีแนวทางปฏิบัติการบริหารจัดการข้อร้องเรียน ● มีระบบการรายงานที่ชัดเจน ● ตอบสนองข้อร้องเรียนอย่างเหมาะสมโดยเร็ว ● การติดตามผลและการป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ ● วิเคราะห์และจัดลำดับความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการ
2) การจัดการความรู้และการเรียนรู้คุณค่าของการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม	มีระบบการจัดการความรู้ที่ดี/แลกเปลี่ยนองค์ความรู้/การเก็บเกี่ยวความรู้และประสบการณ์ดำเนินงานด้านวัฒนธรรม การทบทวนสะท้อนคิด ● ประสบการณ์ทางวัฒนธรรม (Cultural experiences) ● วิเคราะห์ปัญหาทางวัฒนธรรม (Analyze cultural problems) ● แบ่งปันประสบการณ์ทางวัฒนธรรม (Sharing cultural experience) ● การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้
3) ระดับความพอใจขององค์กร หรือ องค์กรมีภาพลักษณ์ที่ดีในการตอบสนองความต้องการด้านบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม	1. การวิเคราะห์จุดแข็ง มองโอกาสในการปรับปรุงองค์กร เพื่อพัฒนาการบริหารจัดการ และเตรียมความพร้อมในการบริการด้านสุขภาพเชิงวัฒนธรรม หรือ เป็นองค์กรที่เข้าใจผู้รับบริการ (Client Centric Organization) ● วิเคราะห์ความสำเร็จและความท้าทายของกลไกการส่งมอบบริการสุขภาพ ● วิเคราะห์การก้าวสู่องค์กรแห่งการเป็นผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลง/การปรับตัวอย่างพลิกโฉมขององค์กร

ประเด็นมาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม	คำอธิบาย
	2. สามารถนำผลลัพธ์จากรายงานป้อนกลับ (Feedback Report) ของผู้ตรวจประเมินมาวิเคราะห์เพื่อจัดทำแผนปรับปรุงองค์กรต่อไปได้ ● การใช้หลักการบริหารงานคุณภาพ (PDCA) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน-การปฏิบัติการ-ตรวจสอบและการปรับปรุงการบริการ ● สรุปบทเรียนและขยายผล

18. แนวทางการเยี่ยมสำรวจและการประเมินตนเองในแต่ละมาตรฐาน

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

เกณฑ์การประเมินทั้ง 3 ด้าน มีทั้งหมด 20 ข้อ

- ยังไม่มี = 1 มีความตั้งใจแต่ยังไม่มีกรริเริ่มดำเนินงาน (not start)
- เริ่มต้น = 2 อยู่ในระยะริเริ่มการดำเนินงาน (initiation)
- ปานกลาง = 3 มีผลการดำเนินงานในระดับปานกลาง (intermediate)
- ก้าวหน้า = 4 มีผลการดำเนินงานในระดับก้าวหน้า (advance)
- ยอดเยี่ยม = 5 มีผลการดำเนินงานในระดับยอดเยี่ยม/เป็นต้นแบบให้กับองค์กรอื่น (best performance)

ประเด็นมาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม	การประเมินผลการดำเนินงาน (Performance Appraisal)				
	ไม่มี (1)	เริ่มต้น (2)	ก้าวหน้า (3)	มั่นคง (4)	ต้นแบบ (5)
เชิงโครงสร้าง (Multicultural Health Service Structure Standards) จำนวน 5 ข้อ					
1. มีการกำหนดนโยบายการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม					
2. คณะทำงานที่กำกับและติดตามการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม					
3. มีการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมสำหรับบุคลากร					
4. การพัฒนาระบบสื่อสารด้านการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมภายในและภายนอกองค์กร					
5. มีการยกระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรและประชาชนในพื้นที่					

ประเด็นมาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม	การประเมินผลการดำเนินงาน (Performance Appraisal)				
	ไม่มี (1)	เริ่มต้น (2)	ก้าวหน้า (3)	มั่นคง (4)	ต้นแบบ (5)
เชิงกระบวนการและพฤติกรรม (Multicultural Health Service Process/Practice Standards) จำนวน 5 ข้อ					
1. การพิทักษ์สิทธิทางสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม					
2. การมีความไว (sensitivity) ในการจำแนกและการตอบสนอง (responsiveness) ตามความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ					
3. การเสริมพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพของตนเองที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการ					
4. การจัดกิจกรรมการบริการสุขภาพที่สอดคล้องตามวิถีวัฒนธรรมของผู้รับบริการ					
5. การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติศาสนกิจ หรือ ดำรงไว้ซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Care) ของผู้รับบริการ					
เชิงผลลัพธ์ (Multicultural Health Service Outcomes Standards) จำนวน 10 ข้อ					
1. ด้านผู้รับบริการ					
1) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ					
2) การมีส่วนร่วมของประชาชนและหรือชุมชนในด้านการจัดการสุขภาพ					
3) การทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างชุมชนและ หน่วยบริการสุขภาพ					

ประเด็นมาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุ วัฒนธรรม	การประเมินผลการดำเนินงาน (Performance Appraisal)				
	ไม่มี (1)	เริ่มต้น (2)	ก้าวหน้า (3)	มั่นคง (4)	ต้นแบบ (5)
4) ความมั่นใจในสถานพยาบาล/เชื่อมั่น ต่อการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม					
2. ด้านผู้ให้บริการ					
1) การสะท้อนคุณธรรมและจริยธรรมการ ให้บริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม					
2) ความอึดสุข (pleased) หรือความ ปลาบปลื้มยินดีในการให้บริการสุขภาพ พหุวัฒนธรรม					
3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในทีมและ ระหว่างทีม					
3) ด้านการบริหารจัดการขององค์กร					
1) การจัดการข้อร้องเรียนต่อคุณภาพการ บริการ					
2) การจัดการความรู้และการเรียนรู้คุณค่า ของการบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม					
3) ระดับความพอใจขององค์กรในการ ตอบสนองความต้องการด้านบริการ สุขภาพพหุวัฒนธรรม					

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

19. การจัดระดับคุณภาพตามมาตรฐานสถานพยาบาลและระบบบริการ ปฐมภูมิในระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม

คะแนนเต็ม 100 คะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ

- ระดับที่ 1 มีค่าคะแนนเท่ากับ 20 คะแนน
- ระดับที่ 2 มีค่าคะแนนเท่ากับ 40 คะแนน
- ระดับที่ 3 มีค่าคะแนนเท่ากับ 60 คะแนน
- ระดับที่ 4 มีค่าคะแนนเท่ากับ 80 คะแนน
- ระดับที่ 5 มีค่าคะแนนเท่ากับ 100 คะแนน

เกณฑ์ตัดสิน (cut-off score)

- คะแนนระหว่าง 20.00-39.99 หมายถึง องค์กรนี้ ต้องการทีมไปพัฒนาศักยภาพ
- คะแนนระหว่าง 49.00-59.99 หมายถึง องค์กรนี้ ต้องการทีมเสริมพลังอำนาจ
- คะแนนระหว่าง 60.00-79.99 หมายถึง องค์กรนี้ สามารถแบ่งปันประสบการณ์ดำเนินงานให้องค์กรอื่น
- คะแนนระหว่าง 80.00-100.00 หมายถึง องค์กรนี้ สามารถเป็นทีมพี่เลี้ยงให้กับองค์กรอื่นได้

บรรณานุกรม

1. Evan T, Holý V. Cultural diversity and its impact on governance. *Socioecon Plann Sci*. 2023 Oct 1;89:101681.
2. Summerville KM, Chen VZ, Shoham A, Taras V. Speaking of diversity: Can linguistic structural differences explain cultural values toward equity, diversity, and inclusion across the globe? *J World Bus*. 2024 Jan 1;59(1):101501.
3. Abdullahi A. Health systems in developing countries: Some tips on how to do away with inequalities in access to healthcare services. *Public Health Pract*. 2023 Dec 1;6:100399.
4. Coombs NC, Meriwether WE, Caringi J, Newcomer SR. Barriers to healthcare access among U.S. adults with mental health challenges: A population-based study. *SSM - Popul Health*. 2021 Sep 1;15:100847.
5. Nelson SE, Wilson K. Understanding barriers to health care access through cultural safety and ethical space: Indigenous people's experiences in Prince George, Canada. *Soc Sci Med*. 2018 Dec 1;218:21–7.
6. Neely AH, Ponshunmugam A. A qualitative approach to examining health care access in rural South Africa. *Soc Sci Med*. 2019 Jun 1;230:214–21.
7. Hill J, Rodriguez DX, McDaniel PN. Immigration status as a health care barrier in the USA during COVID-19. *J Migr Health*. 2021 Jan 1;4:100036.
8. Stierman EK, Kalbarczyk A, Oo HNL, Koller TS, Peters DH. Assessing Barriers to Effective Coverage of Health Services for Adolescents in Low- and Middle-Income Countries: A Scoping Review. *J Adolesc Health*. 2021 Oct 1;69(4):541–8.
9. Shaheen AM, Hamdan KM, Alkaid Albqoor M, Arabiat DH. Perceived barriers to healthcare utilization among Jordanian families: A family centered approach. *Appl Nurs Res*. 2020 Aug 1;54:151313.
10. Afrizal SH, Handayani PW, Hidayanto AN, Eryando T, Budiharsana M, Martha E. Barriers and challenges to Primary Health Care Information System (PHCIS) adoption from health management perspective: A qualitative study. *Inform Med Unlocked*. 2019 Jan 1;17:100198.
11. Peprah P, Agyemang-Duah W, Arimiyaw AW, Morgan AK, Nachibi SU. Removing barriers to healthcare through an intercultural healthcare system: Focus group evidence. *J Integr Med*. 2021 Jan 1;19(1):29–35.
12. Phanwichatkul T, Schmied V, Liamputtong P, Burns E. The perceptions and practices of Thai health professionals providing maternity care for migrant Burmese women: An ethnographic study. *Women Birth*. 2022 Jul 1;35(4):e356–68.

13. Khai TS. Socio-ecological barriers to access COVID-19 vaccination among Burmese irregular migrant workers in Thailand. *J Migr Health*. 2023 Jan 1;8:100194.
14. Quashie NT, Pothisiri W. Rural-urban gaps in health care utilization among older Thais: The role of family support. *Arch Gerontol Geriatr*. 2019 Mar 1;81:201–8.
15. Herberholz C. ‘We are inferior, we have no rights’: Statelessness and mental health among ethnic minorities in Northern Thailand. *SSM - Popul Health*. 2022 Sep 1;19:101138.
16. Cunningham R, Polomano RC, Wood RM, Aysola J. Health systems and health equity: Advancing the agenda. *Nurses Achiev Health Equity Aligning Field Impact*. 2022 Nov 1;70(6, Supplement 1):S66–76.
17. พระครูโสมภณพุทธศาสนาธร และ พระมหาสุทนต์อภากโร. อัตลักษณ์ทางศาสนา: รูปแบบการสื่อความหมายเพื่อสร้างสันติภาพของประชาคมอาเซียน. *วารสารมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย*. 2562;๑6(4):1887–912.
18. Subica AM, Link BG. Cultural trauma as a fundamental cause of health disparities. *Soc Sci Med*. 2022 Jan 1;292:114574.
19. Kingsley J, Munro-Harrison E, Jenkins A, Thorpe A. “Here we are part of a living culture”: Understanding the cultural determinants of health in Aboriginal gathering places in Victoria, Australia. *Health Place*. 2018 Nov 1;54:210–20.
20. Kingsley J, Munro-Harrison E, Jenkins A, Thorpe A. Developing a framework identifying the outcomes, principles and enablers of ‘gathering places’: Perspectives from Aboriginal people in Victoria, Australia. *Soc Sci Med*. 2021 Aug 1;283:114217.
21. Olayiwola JN, Shih JA, Shioh SATE, Wee HL. Could Values and Social Structures in Singapore Facilitate Attainment of Patient-Focused, Cultural, and Linguistic Competency Standards in a Patient-Centered Medical Home Pilot? *J Patient Exp*. 2015/11/01 ed. 2015 Nov;2(2):37–42.
22. Harrison et al. What is the role of cultural competence in ethnic minority consumer engagement? An analysis in community healthcare. *International Journal for Equity in Health*. 2019;18(191):1–9.
23. ชลลดา ดิยะวิสุทธิศรี ภาณุวัฒน์ ภักดิ์วงศ์ ชมนาด วรรณพรศิริ. การพยาบาลพหุวัฒนธรรม: สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลไทยในอนาคต. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2559;10(1):8–15.
24. บัณฑิต ไกรวิจิตร. พหุนิยมทางวัฒนธรรมในช่วงเวลาวิกฤติ (Multiculturalism during Critical Times). *วารสารไทยคดีศึกษา*. 2563;17(1):150–84.

