บทความวิชาการ

การประยุกต์ใช้นวตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก ตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิ

Application of The WHO's Innovative Care for Chronic Conditions Framework According to The Role of Professional Nursesin Primary Health Care Level

นงนุช โอบะ (Nongnut Oba)*

Received: Feb7, 2019
Revised: May7, 2019
Accepted: Jun 7, 2019

บทคัดย่อ

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลกซึ่งรวมทั้งประเทศไทยด้วย การป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังคือ การลดปัจจัยเสี่ยงของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิเป็นทีมสุขภาพสำคัญที่ทำให้การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้นวตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (WHO's Innovative Care for Chronic Conditions Framework) เป็นรูปแบบการดูแลที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศต่างๆ ซึ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังประกอบด้วย การจัดการดูแล 3 ระดับ ได้แก่ ระดับของผู้ป่วยและครอบครัว ระดับระบบบริการสุขภาพและชุมชน และระดับนโยบาย พยาบาลวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิสามารถประยุกต์ใช้นวตกรรมการดูแลโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย 1) บทบาทในการสร้างเสริมการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม 2) บทบาทในการจัดระบบการบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานบริการและในชุมชนและ 3) บทบาทด้านการขับเคลื่อนนโยบาย ซึ่งทำให้การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังมีความครอบคลุมและเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นแก่ผู้ใช้บริการ

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาลวิชาชีพ, โรคเรื้อรัง, นวตกรรมการดูแลโรคเรื้อรัง

*รองศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร email: nongnut@nu.ac.th

Abstract

Chronic diseases are a major problem of public health around the world, including Thailand. Prevention and controlling of chronic diseases are effective strategies in reducing risk factors. Professional nurses in primary health care level are important health personnel inmanaging to achieved goals. The WHO's Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC) is a model of care that the World Health Organization developed to suit the context of various countries and to achieve better health outcomes for patients of chronic diseases. This model consists of 3 levels of care management, including individuals and families, health service organization and community, and policy level. The implementation of WHO's Innovative Care for Chronic Conditions Framework for making better outcomes on chronic disease management by professional nurses are 1) promoting self-care for patients with family participation, 2) organizing the chronic disease service system in the hospital and community, and 3) being policy driven.

Keywords: Professional nurse role, Chronicdiseases, Innovative Care for Chronic Condition

บทนำ

โรคเรื้อรัง (Chronic diseases) หมายถึง โรคที่มีระยะเวลาการดำเนินโรคยาวนาน การดำเนินโรคช้า โดยจะมีการสะสมและการก่อตัวของโรคเกิดขึ้นทีละน้อย และไม่สามารถรักษาให้หายขาด (World Health Organization, 2018) โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2016 มีอัตราการตายด้วยโรคเรื้อรังสูงถึงร้อยละ 71 ของทั้งหมด โดยมีสัดส่วนของการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 31 โรคมะเร็งร้อยละ 16 โรคปอดเรื้อรังร้อยละ 7และโรคเบาหวานร้อยละ3 และโรคเรื้อรังอื่น ๆ รวมกันร้อยละ 15 สำหรับประเทศไทยมีอัตราการตายด้วยโรคเรื้อรังสูงถึงร้อยละ 74 ของทั้งหมด โดยมีสัดส่วนของการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 23 โรคมะเร็งร้อยละ 18 โรคปอดเรื้อรังร้อยละ 6 โรคเบาหวานร้อยละ 4 และโรคเรื้อรังอื่น ๆ รวมกันร้อยละ 23 (World Health Organization,2018)

จากรายงานของสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าแนวโน้มของผู้ป่วย 5โรคเรื้อรังสำคัญได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูงและโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี และการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าอัตราการตายรายโรคสูงที่สุดคือโรคหลอดเลือดสมอง 48.7 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือดอัตราการตาย 32.3 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวานอัตราการตาย 22.3 ต่อแสนประชากร ภาวะความดันโลหิตสูงอัตราการตาย 12.2 ต่อแสนประชากร และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังมีอัตราการตาย 11.4 ต่อแสนประชากร (Department of Non-Communicable Disease, 2017)

การเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งเป็นสาเหตุของโรคเรื้อรังอื่น ๆ ตามมา เช่น บุคคลที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนจะมีความเสี่ยงในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือดในอัตราสูง ทำให้ประชากรทั่วโลกต้องประสบปัญหาการเป็นโรคเรื้อรังมากกว่าหนึ่งโรคในเวลาเดียวกัน (Australian Institute of Health and Welfare, 2017) เมื่อมีประชาชนเป็นโรคเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคมและความเป็นอยู่ของครอบครัว (Jaspers et al., 2015) และส่งผลกระทบต่อ

ค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพของประเทศชาติด้วย (Department of Non-Communicable Disease, 2017; Kongprasert, 2015)

โรคเรื้อรังมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่า ปัจจัยเสี่ยงระดับบุคคล ได้แก่ พันธุกรรม พฤติกรรม (การบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอลล์ และความเครียดเรื้อรัง) และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อม เพื่อนบ้าน ชุมชน องค์กรและสถาบัน นโยบายสังคมและเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรังด้วย (Kunee et al, 2015)

การป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง คือการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรังดังกล่าวข้างต้น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขวางเป้าหมายในการควบคุมโรคเรื้อรัง โดยกำหนดผลลัพธ์ของการจัดบริการโรคเรื้อรัง (Non-communicable disease: NCD) ได้แก่ 1) ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี 2) กลุ่มเสี่ยงโรค DM/HT มีพฤติกรรมเสี่ยงลดลง 3) อัตราผู้ป่วยรายใหม่ DM/HT เปรียบเทียบจากปีที่ผ่านมาไม่เพิ่มขึ้น 4) ผู้ป่วย DM/HT ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ 5) ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนและประเมิน CVD Risk และ 6) มีแผนงานโครงการของชุมชนที่สอดคล้องกับการลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชนเพื่อป้องกันควบคุม DM/HT (Kongprasert,2015) โดยการดำเนินการควบคุมโรคเรื้อรังให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีการพัฒนาความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิที่สามารถเชื่อมต่อบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิได้อย่างต่อเนื่องรวมทั้งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วย (Srivanichakorn, 2017)ซึ่งต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักวิชาการสุขศึกษา ฯลฯ ตัวอย่างของโครงการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังที่ดำเนินการแล้วได้ผลดีเช่น โครงการระบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน (Phanfran, 2017) และงานวิจัย เรื่อง การติดตามผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในประชากรกลุ่มเสี่ยง (Tritipsombut, 2018)

ปัจจุบันพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิได้เพิ่มพูนความรู้ และพัฒนาศักยภาพเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse Practitioner) โดยศึกษาเพิ่มเติมทั้งในระดับปริญญาโทและฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) และการพยาบาลเวชปฏิบัติสาขาอื่น ๆ ส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน/จังหวัด/ศูนย์ ซึ่งมีบทบาทในการให้บริการพยาบาลแก่บุคคลและครอบครัวในชุมชนให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ครอบคลุม 4 มิติ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพตามมาตรฐานการพยาบาลในชุมชน (Srisuphan & Chan Thai, 2013; Likitlucha, Attachaiwat, & Lappugdee, 2016) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน พยาบาลวิชาชีพจึงต้องศึกษาองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังต่าง ๆ และค้นหารูปแบบการดูแลที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม

รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Model for Chronic Condition Management)

รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model)

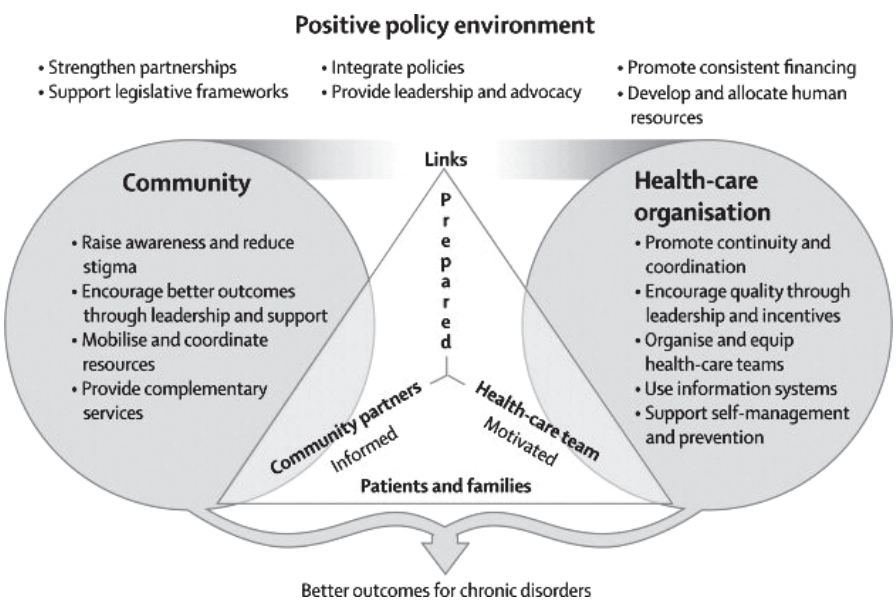
วากเนอร์ (Wagner, Austin, Davis, Hindmarsh, Schaefer &Bonomi, 2001)พัฒนารูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model : CCM) เป็นการบริหารจัดการโรคเรื้อรังเชิงระบบที่เน้นการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยยังคงมีสุขภาพดีเท่าที่เป็นไปได้ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน ได้แก่ ระบบสุขภาพองค์กรและการดูแลสุขภาพ (Health system organization of health care) ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical information system) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) การออกแบบระบบบริการ (Delivery system design) การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-Management support) นโยบายและทรัพยากรของชุมชน (Community resources and policies)

รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังแบบขยาย (Expanded Chronic Care Model)

ในปีค.ศ. 2002 กลุ่มนักวิชาการสุขภาพในประเทศแคนาดา ทำการปรับปรุงรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังใหม่และให้ชื่อว่า รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังแบบขยาย (Expanded chronic care model : ECCM) เนื่องจาก CCM มีลักษณะเน้นการดูแลในโรงพยาบาล(Hospital based) จึงไม่มีรายละเอียดในเรื่องในด้านของการป้องกันโรคที่ต้องเชื่อมโยงการทำงานในชุมชนอย่างชัดเจน รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังแบบขยายจึงเพิ่มความสำคัญในส่วนของชุมชน (Community) ให้มากขึ้นโดยขยายองค์ประกอบของชุมชนเป็น 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะที่ดีต่อสุขภาพ (Build healthy public policy) 2) การสร้างสรรสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพ (Creative supportive environment) และ 3) ปฏิบัติการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (Strengthen community action) (Barr, Robinson, Marin-Link, Underhill & Dotts,2003)

นวตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (WHO's Innovative Care for Chronic Conditions Framework)

ในปี ค.ศ. 2002 องค์การอนามัยโลก(World Health Organization, 2002) ได้พัฒนานวตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังโดยใช้ชื่อว่า WHO's Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC)เป็นรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของประเทศที่แตกต่างกัน รูปแบบนี้ให้แบ่งการจัดการดูแลโรคเรื้อรังเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับของผู้ป่วยและครอบครัว ระดับระบบบริการสุขภาพและชุมชนและระดับนโยบาย เป็นรูปแบบที่มุ่งให้เกิดการดำเนินงานแบบภาคีเครือข่ายอย่างผสมผสานและมีความต่อเนื่องกันในทุกระดับ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดำเนินการในแต่ละระดับมีรายละเอียด (Pan American Health Organization, 2013) ดังนี้



ภาพ 1 WHO's Innovative Care for Chronic Conditions Framework
ที่มา World Health Organization, 2002, p.65

1. ระดับผู้ป่วยและครอบครัว (Patient and family) เป็นปฏิสัมพันธ์ระดับบุคคลระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับบุคลากรทีมรักษาและสมาชิกในชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมทักษะที่จำเป็น (Prepared) มีข้อมูลเพียงพอ (Informed) และเกิดแรงจูงใจ (Motivated)

2. ระดับระบบบริการสุขภาพและความเชื่อมโยงชุมชน (Health care organization and community linkage) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กรบริการสุขภาพและองค์ประกอบของชุมชน แบ่งเป็น

2.1 การบริหารจัดการภายในองค์กรสุขภาพ (Health care organization) ประกอบด้วยการส่งเสริมความร่วมมือในการดูแลต่อเนื่อง (Promote continuity and Co-ordination) กระตุ้นให้เกิดความเท่าเทียมผ่านภาวะผู้นำและการให้รางวัล (Encourage equity through leadership and incentive) จัดระบบและทีมบริการสุขภาพ (Organize and equip health care team) การใช้ระบบข้อมูล (Use information system)และการสนับสนุนการป้องกันและการจัดการดูแลตนเอง(Support self-management and prevention)

2.2 การเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community) ได้แก่ สร้างความตระหนักและลดตราบาป (Raise awareness and reduce stigma) สนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีผ่านการสนับสนุนของผู้นำชุมชน (Encourage better outcome through leadership and support) จัดสรรและประสานการทำงานของแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ (Mobilize and coordinate resource) และการจัดบริการอย่างสมบูรณ์แบบ (Provide complementary services)

3. ระดับปัจจัยแวดล้อมด้านนโยบาย (Positive policy environment) ได้แก่ เสริมความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย (Strengthen partnerships) การบูรณานโยบาย (Integrate policies) สนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง (Promote consistent financing) สนับสนุนการใช้มาตรการทางกฎหมาย (Support legislative framework) จัดหาผู้นำและการขับเคลื่อน (Provide leadership and advocacy) และพัฒนาและจัดสรรกำลังคน (Develop and allocate human resource)

นวตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (ICCC) ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการควบคุมและป้องกันโรคหัวใจในประเทศสหรัฐอเมริกา การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศแถบลาตินอเมริกาและทะเลคาริบเบียน และการป้องกันและการจัดการโรคเบาหวานและโรคอ้วนในประเทศอาร์เจนตินา คิวบาและปารากวัย ฯลฯ ซึ่งทุกโปรแกรมดังกล่าวทำให้ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Pan American Health Organization, 2013) สำหรับประเทศไทยสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้นำ ICCC มาเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเน้นในด้านการป้องกันโรคเรื้อรังในชุมชนเพื่อให้เกิดการทำงานแบบภาคีเครือข่ายอย่างผสมผสานต่อเนื่องในระยะยาวจนส่งผลให้สุขภาพอนามัยของประชาชนดีขึ้น (Kongprasert,2015)

ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิจึงควรศึกษา ICCC และนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของการจัดการโรคเรื้อรังตามเป้าหมายที่วางไว้

การประยุกต์ใช้นวตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังขององค์การอนามัยโลกตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเวชปฏิบัติในระบบบริการปฐมภูมิ สามารถนำนวตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังขององค์การอนามัยโลกมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของการจัดการโรคเรื้อรัง แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. บทบาทในการสร้างเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ได้แก่

1.1 การจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับโรคที่เป็นโดยนำแนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจูงใจในการปรับพฤติกรรม ได้แก่ ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ทฤษฎีส่งเสริมสมรรถนะตนเอง (Self-Efficacy Theory) ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Self-Efficacy Theory) แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) และทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Trans theoretical Theory) รวมทั้งทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ฯลฯ มาประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมกับโรคที่กำลังเผชิญอยู่

1.2 การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวของผู้ป่วยพยาบาลวิชาชีพควรจัดสรรเวลาในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมโรคหรือผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงและเชิญชวนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วย เช่น แนะนำสมาชิกครอบครัวที่ปรุงอาหารปรับเปลี่ยนวิธีการปรุงอาหารเป็นแบบต้ม นึ่งและย่างเป็นหลัก สมาชิกในครอบครัวช่วยจัดยาหรือฉีดยาให้ผู้ป่วยสูงอายุ สมาชิกในครอบครัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายหรือออกกำลังกายร่วมด้วย เป็นต้น

1.3 บทบาทการพิทักษ์สิทธิ์ พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและมาตราฐานการรักษาโรคต่าง ๆ ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจต้องได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพอื่นโดยตรงตามลักษณะและอาการของโรคเพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจในการใช้บริการอย่างเหมาะสม เช่น ส่งต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากให้แพทย์ทำการปรับขนาดหรือชนิดของยา นัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีแขนขาอ่อนแรงให้ได้รับการฟื้นฟูสภาพจากนักกายภาพบำบัดจัดระบบการยืมเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วหรือเครื่องวัดความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตไม่ได้ เป็นต้น

2. บทบาทในการจัดระบบการบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานบริการและในชุมชนดังนี้

2.1 บทบาทในการจัดระบบการบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานบริการ ได้แก่

1) การสนับสนุนการป้องกันและการจัดการดูแลตนเองพยาบาลวิชาชีพดำเนินการส่งเสริมสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่ รพ.สต. โดยนำกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการดูแลตนเองและความสามารถในการจัดการตนเองการวางเป้าหมายในการจัดการตนเอง ติดตามประเมินผลและปรับปรุงการจัดการตนเองของผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพประเมินความต้องการดูแลเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน วางแผนให้การสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและการปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยส่งเสริมความสามารถในการประเมินและการแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูงแบบวิกฤตให้การแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งประเมินผลการจัดการตนเอง และสะท้อนผลการจัดการตนเองให้ผู้ป่วยทราบส่งเสริมการดำเนินการต่อเนื่องหรือเสนอแนะข้อปรับปรุงการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วย

2) จัดระบบและทีมบริการ พยาบาลวิชาชีพจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้คลอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ โดยใช้การดูแลแบบความร่วมมือ (Collaborative care)ของทีมสุขภาพซึ่งต้องมีการกำหนดบทบาทของแต่ละตำแหน่งตามความสามารถและความรับผิดชอบมีการวางแผนปฏิบัติตามแผน ตรวจสอบ/ประเมินผลการบริการ และนำผลการประเมินมาปรับปรุงการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เช่น ในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยและมีปัญหาข้อติด พยาบาลวิชาชีพควรประสานงานแพทย์หรือนักกายภาพบำบัดมาให้บริการผู้ป่วยที่บ้านและขอสนับสนุนอุปกรณ์ส่งเสริมการเคลื่อนไหวเพื่อให้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3) การใช้ระบบข้อมูล พยาบาลวิชาชีพดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอยู่บนพื้นฐานข้อมูลทางคลินิกเป็นหลัก โดยเฝ้าระวังข้อมูลทางคลินิกที่เป็นผลของการรักษาพยาบาลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยเป็นระยะๆ และนำข้อมูลมาวางแผนพัฒนาปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นเช่น การเฝ้าระวังระดับไขมันในเลือด ระดับคริเอตินินในเลือด ผลการตรวจจอประสาทตา ระดับอัลบูมินในปัสสาวะเป็นต้น หากพบความผิดปกติของข้อมูลทางคลินิก พยาบาลวิชาชีพศึกษาแนวปฏิบัติบริการผู้ป่วยประเภทดังกล่าวและดำเนินการวางแผนการปรับพฤติกรรมหรือการส่งผู้ป่วยไปรับบริการยังโรงพยาบาลแม่ข่ายตามที่แนวปฏิบัติกำหนด

4) กระตุ้นให้เกิดความเท่าเทียมผ่านภาวะผู้นำและการให้รางวัล พยาบาลวิชาชีพส่งเสริมการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข พนักงานคอมพิวเตอร์ เจ้าหน้าที่ธุรการ พนักงานทำความสะอาดในสถานบริการ โดยให้มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรคเรื้อรังส่งเสริมให้เกิดภาวะผู้นำ และแรงจูงใจในการทำงาน เพื่อให้ทุกคนปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อย่างมีคุณภาพได้แก่ มอบหมายให้บุคลากรแต่ละคนเป็นหัวหน้าโครงการในงานที่ตนเองรับผิดชอบเพื่อส่งเสริมประสบการณ์ทำงานและความคิดสร้างสรรในการทำงานและมีการมอบรางวัลผู้ปฏิบัติงานดีเด่นในแต่ละเดือน/ปี เพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการทำงาน

5) ส่งเสริมความร่วมมือในการดูแลต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายโดยนำองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติบริการโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการสุขภาพ ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติบริการของเครือข่ายอย่างเคร่งครัด ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติบริการและนำผลการประเมินมาปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพต่อไป เช่น แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นต้น

2.2 บทบาทในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรังได้แก่

1) สร้างความตระหนักและลดตราบาปตราบาป (Stigma) หมายถึงการที่บุคคลถูกสังคมมองว่ามีความผิดปกติ มีความแตกต่างมีลักษณะที่เบี่ยงเบนไปจากคนอื่น ๆ ในสังคม หรือมองว่าผู้ที่มีตราบาปนั้นไม่ใช่คนโดยสมบูรณ์ ซึ่งลักษณะที่ผิดปกตินี้จะถูกประทับไว้กับตัวของบุคคลที่ถูกสังคมตีตรา (Goffman, 1963) ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังถูกตีตราจากสังคมให้มีอัตลักษณ์ว่าเป็นคนติดเหล้า นำไปสู่การเลือกปฏิบัติ ไม่เป็นที่ต้องการหรือถูกสังคมรังเกียจ และเป็นอุปสรรคต่อการรักษา และการขอความช่วยเหลือด้วย (Sareelae, Jooprempree & Munluan, 2018) งานวิจัยที่สหรัฐอเมริการศึกษา Diabetes stigma ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 โดย Diabetes stigma หมายถึง ความรู้สึกทางลบ เช่น การถูกกีดกัน ต่อต้าน และตำหนิจากการรับรู้ถึงตราบาปที่เป็นโรคเบาหวาน ผลวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มีความรู้สึกว่าถูกตีตราสูงกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยพ่อแม่ของผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ฉีดอินสุลินมีความรู้สึกถูกตีตราสูงที่สุดและผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ได้ฉีดอินสุลินมีความรู้สึกต่ำที่สุด งานวิจัยนี้เสนอแนะการลดการตีตราในผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับชนิดของโรคเบาหวานและการจัดการโรคเบาหวานแก่สังคมเพิ่มขึ้น ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการค้นหาแนวทางการปรับความคิดและทัศนคติเกี่ยวกับตราบาปของโรคเรื้อรัง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาและการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยใช้สื่อในชุมชน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำงานและดำรงชีวิตได้เหมือนคนปกติทั่วไป และเชิญชวนให้ประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบเห็นความสำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพต่าง ๆ เพื่อการป้องกันโรคเรื้อรังด้วย

2) สนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีผ่านการสนับสนุนของผู้นำชุมชน พยาบาลวิชาชีพเชิญชวนและส่งเสริมให้ผู้นำชุมชนเป็นแกนนำหรือเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างสม่ำเสมอเช่น เชิญชวนผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นแกนนำในการรวมกลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มเกษตรอินทรีย์ กลุ่มอาหารมังสวิรัติ เป็นต้น

3) จัดสรรและประสานการทำงานของแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ พยาบาลวิชาชีพเชิญชวนบุคคล ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ของชุมชนได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อสม. ปราชญ์ชาวบ้าน เจ้าหน้าที่ขององค์การบริการส่วนตำบล (อบต.) ฯลฯ ให้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบกิจกรรม ประเมินผล และปรับปรุงกิจกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น การคัดกรองโรค ชุมชนต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงลดโรค ชุมชนต้นแบบลดเค็ม ลดโรคและชุมชนต้นแบบปลอดโรคเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งทำให้การจัดการโรคเรื้อรังเป็นไปอย่างครอบคลุมและบรรลุตามเป้าหมาย

4) ส่งเสริมการจัดบริการอย่างสมบูรณ์แบบ พยาบาลวิชาชีพนำองค์ความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์และเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคเรื้อรัง

มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชนที่รับผิดชอบ ให้ได้รับการบริการอย่างครบถ้วน รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เช่นนำผลการวิจัยที่ทดสอบแล้วว่า มีประสิทธิภาพสามารถ ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ระดับความดันโลหิตลดลงอยู่ในระดับปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยนำกิจกรรมในโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังประเภทเดียวกันที่อยู่ในการดูแล เป็นต้น

3. บทบาทด้านการขับเคลื่อนนโยบายการจัดการโรคเรื้อรัง ได้แก่

3.1 จัดหาผู้นำและขับเคลื่อนนโยบายการจัดการโรคเรื้อรัง พยาบาลวิชาชีพเชิญชวนปราชญ์ชาวบ้าน อดีตครู อดีตผู้นำชุมชน และข้าราชการเกษียณ มาเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนกิจกรรม/โครงการที่เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังเช่น โครงการมหกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของชุมชน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ทักษะกายใจต้านภัยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

3.2 บูรณาการนโยบายที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังเพื่อลดความซ้ำซ้อนของการจัดการโรคเรื้อรังในระบบบริการปฐมภูมิ พยาบาลวิชาชีพนำนโยบายเกี่ยวกับการจัดการโรคเรื้อรังต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขมาบูรณาการสู่การปฏิบัติจริง เช่น การบูรณาการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดมาอยู่ในช่วงเวลาเดียวกัน และการบูรณาการประเมินความเครียด ภาวะสมองเสื่อม และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอยู่ในช่วงเวลาเดียวกัน เป็นต้นนอกจากนั้น หากพบในชุมชนที่รับผิดชอบมีอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นทุกปี พยาบาลวิชาชีพควรหาทางแก้ไข โดยเชิญชวนผู้นำชุมชนมาร่วมกันแก้ไขปัญหาโดยการกำหนดเป็นนโยบายและมาตรการระดับท้องถิ่น ซึ่งอาจเป็นระดับหมู่บ้านหรือระดับตำบล เช่น นโยบายลดการใช้ผงชูรส การปลูกผักเกษตรอินทรีย์ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดหวานมันเค็ม 3อ. 2ส. เป็นต้น รวมทั้งค้นหาวิธีการดำเนินการตามนโยบายและประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรมด้วย เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตนของประชาชนเพื่อการป้องกันโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 สนับสนุนงบประมาณและใช้งบประมาณอย่างต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพจัดทำหรือสนับสนุนให้แกนนำชุมชนจัดทำโครงการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง โดยของบประมาณสนับสนุนจากแหล่งทุนต่าง ๆ ได้แก่ กองทุนสุขภาพตำบล สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส.) กองทุนเครือข่ายบริการสุขภาพ ฯลฯและเป็นที่ปรึกษาในการใช้งบประมาณอย่างประหยัดและสอดคล้องกับกิจกรรมที่ดำเนินการ

3.4 พัฒนาและจัดสรรกำลังคนให้เหมาะสมกับปริมาณงาน พยาบาลวิชาชีพประสานงานขอความช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด ฯลฯ มาให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังให้เหมาะสมกับจำนวนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแต่ละสถานที่ รวมทั้งส่งเสริมพัฒนาศักยภาพให้บุคลากรของ รพ.สต. มีความสามารถในจัดการกับภาวะแทรกซ้อนของโรคที่มีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น เช่น การสนับสนุนให้บุคลากรอื่นเข้าร่วมประชุม สัมมนาวิชาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และศึกษาดูงานเกี่ยวกับการจัดการโรคเรื้อรังเพื่อนำประสบการณ์ที่ได้มาพัฒนางานต่อไป

3.5 สนับสนุนการใช้มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง พยาบาลวิชาชีพประชาสัมพันธ์และดำเนินการรณรงค์งดสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ กฎหมายห้ามขายบุหรี่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี รวมทั้งผลักดันให้เกิดข้อตกลงของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคเรื้อรัง เช่น มาตรการละเลิกสูบบุหรี่ในโรงเรียน มาตรการละเลิกแอลกอฮอลล์ในวัด มาตรการอาหารสุขภาพสัปดาห์ละวัน มาตรการขยับกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นต้น

3.6 เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย พยาบาลวิชาชีพสนับสนุนกลุ่มกิจกรรม/ชมรม/ภาคีเครือข่ายซึ่งดำเนินการโดยแกนนำหรืออาสาสมัครในชุมชน โดยสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องให้ข้อแนะนำเกี่ยวกับเทคนิควิธีการดำเนินงานทั้งในด้านอุปกรณ์กระบวนการและการสื่อสาร

การประยุกต์ใช้นวตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังขององค์การอนามัยโลกทั้ง 3 ระดับ ประกอบด้วย การสนับสนุน

การดูแลตนเองของผู้ป่วยและให้ครอบครัวมีส่วนร่วม การจัดการระบบการบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานบริการและในชุมชน รวมทั้งการขับเคลื่อนนโยบายที่เกี่ยวกับโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ คาดว่าจะทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคลดลงและปลอดจากโรคเรื้อรังในอนาคต และทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถดูแลตนเองโดยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุขเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

Australian Institute of Health and Welfare.(2017). *Impact of overweight and obesity as a risk factor for chronic conditions:Australian burden of disease study.*Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

Barr, V.J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L. &Dotts, A.(2003).TheExpanded Chronic Care Model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and Chronic Care Model. *Healthcare Quarterly,7*(1)73-82. doi:10.12927/hcq.2003.16763

Department of Non-Communicable Disease.(2017). *Annual report 2017.*Bangkok: AusornGraphic Publishing House.[in Thai].

Goffman, E. (1963). *Stigma: note on the managementof spoiled identity.* New Jersey: Prentice-Hall.

Jaspers, L., Colpani, V., Chaker, L. Van der Lee, S.J., Muka, T., Imo, D., ……Franco, O.H. (2015). The global impact of non-communicable diseases on householdsand impoverishment: A systematic review.European *Journal of Epidemiology,*30, 163-188. DOI 10.1007/s10654-014-9983-3.

Kongprasert. J. (Ed.) (2015).*Guideline for NCD quality clinic (diabetes and hypertension) in sub-district health promotion hospital.* Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health. [in Thai].

Kunee, N. & Udomchairatana, R. (Ed.). (2014). Literature review, current situation, and service model for non-communicable disease. Bangkok: Art Qualified Company Limited.[in Thai].

Likitlucha, N., Attachaiwat, A., Lappugdee, T. (Ed.).(2016). *Nursing standard in community.* PathumThani: SautawanPublishing Co., Ltd. [in Thai].

Pan American Health Organization. (2013). *Innovative Care for Chronic Conditions: Organizing anddeliveringhigh quality care for chronic noncommunicablediseases in the Americas.* Washington: Pan American Health Organization.

Phanfran, S. (2017).*Health care system for patients with hypertension Chiang Klang District, Nan Province.* [PowerPointslide].Retrieved from http://www.searo.who.int/thailand/news/screening-diagnosis-treatment-communitydistrict.pdf. [in Thai].

Promthet, S., Saranrittichai, K., Kamsa-ard, S., Senarak, W., Vatanasapt, P., Wiangnon, S., ..Moore, M.A. (2015). Situation Analysis of Risk Factors Related to Non-communicable Diseases in KhonKaen Province, Thailand. *Asian Pacific Journalof Cancer Prevention,12,* 1337-1340.

Sareelae, N., Jooprempree, K. & Munluan, K. (2018). The stigma of patients with alcohol use disorder with discrimination and the human rights in the community way of life. *Srinagarind Medical Journal, 33*(6),589-94.[in Thai].

Srisuphan, V & Chan Thai, K. (Ed.).(2013). *Manual of professional nurse practices in sub-district health promotion hospital.* Judtong Publishing Co., Ltd. [in Thai].

Srivanichakorn, S. (2017).*NCDs and SDG : The way forward Thailand.* Present for side event PMAC,Centara Convention,BKK,Thailand 30 January 2017 [in Thai].

Tritipsombut,J. (2018). A follow-up study of the effects of health education program by using an applicationof protection motivation and social support theories on the blood pressure control of the hypertension Risk Groups. *Srinagarind Medical Journal,33*(6) 543-550.[in Thai].

Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C.., Hindmarsh, M., Schaefer, J. &Bonomi, A.(2001). Improving chronic illness care: Translating evidenceinto action. *Health affairs,20*(6), 64-78.

World Health Organization.(2002).I*nnovative Care for Chronic Conditions: Building blocks for action.*Geneva: World Health Organization. Retrieved Dec, 2 2018 from https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf

World Health Organization.(2018).*Noncommunicable diseases country profiles 2018.*Geneva: World Health Organization.Retrieved Dec, 2 2018 from https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/