

บทความวิชาการ

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

Role of Nurse Practitioner in Caring for Patients with Non-Communicable Disease in Community

Received: Jun 13, 2020
Revised: Aug 25, 2020
Accepted: Aug 30, 2020

ฐิตารัตน์ สารกองแดง พย.ม. (Thitarat Sarkongdang, M.N.S.)¹
กลีบแก้ว จันทร์หงษ์ ปร.ด. (Kleeбкаew Janhong, Ph.D.)²

บทคัดย่อ

ปัจจุบันอัตราการเจ็บป่วยของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ความก้าวหน้าและนวัตกรรมทางการแพทย์รวมทั้งการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีอายุที่ยืนยาวขึ้น มีความต้องการการดูแล การรักษา การติดตามภาวะสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพในระยะยาว พยาบาลเวชปฏิบัติได้รับการยอมรับอย่างยิ่งในการมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากมีบทบาทและสมรรถนะด้านความรู้ การประเมิน การตรวจรักษา การประเมินผลลัพธ์ และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วัตถุประสงค์ในการเขียนบทความวิชาการครั้งนี้ เพื่อนำเสนอการบูรณาการ สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติ และบทบาทตามกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ 1) บทบาทในการกำหนดทิศทางและนโยบายในการจัดการโรคเรื้อรัง 2) บทบาทในการจัดการระบบโรคเรื้อรัง 3) บทบาทในการใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการโรคเรื้อรัง 4) บทบาทการสนับสนุนการจัดการตนเองในการจัดการโรคเรื้อรัง 5) บทบาทการใช้ข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการโรคเรื้อรัง 6) บทบาทการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรัง และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

คำสำคัญ: พยาบาลเวชปฏิบัติ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, กรอบแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง

¹Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ Email: thitarat.s@bcn.ac.th

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ Email: kleeбкаew.j@bcn.ac.th

Boromarajonani College of nursing Bangkok, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

Abstract

Incidents of chronic non-communicable disease have increased continuously as medical advancement, innovation, and developmental healthcare system to increased patients' life expectancy. These required long term services, treatment, follow up, and health restoration. Roles of nurse practitioners as primary care providers of patients with non-communicable disease emphasized on managing health using advanced knowledge and skills to treat and to use clinical information evaluate health outcomes, and to monitor quality of continuity care. The objectives of this article were to present competency and roles of Nurse Practitioner in working with the Chronic Care Model; specifically for each of the model's elements. The roles of the nurse are presented in six elements: 1) Health care organization 2) Delivery system design 3) Decision support 4) Self-management support 5) Clinical information systems and 6) Community Nurse's activities in chronic disease management can improve quality outcomes. And high quality care and experience in working at community hospital

Keywords: nurse practitioner, NCDs, The Chronic Care Model

บทนำ

การดำรงชีวิตในสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การพัฒนาระบบสุขภาพประกอบกับความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีด้านการแพทย์สาธารณสุข การนำนวัตกรรมทางการแพทย์สมัยใหม่มาใช้ในการรักษาโรค ทำให้ประชากรวัยสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น คนไทยอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวขึ้น โครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของภาระโรคเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังมีปัญหาสุขภาพจากอุบัติเหตุ อุบัติภัย รวมทั้งโรคจากการประกอบอาชีพและจากสิ่งแวดล้อมสูงขึ้น จากเหตุการณ์ดังกล่าวประกอบกับการจัดกำลังคนด้านสุขภาพที่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อการสร้างประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพได้ ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพก็ยังมีปัญหาในการจัดการ รวมทั้งระบบข้อมูลข่าวสารและการวิจัยยังไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนยังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ด้านสุขภาพ กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับชาติ

และระบบธรรมาภิบาลยังไม่ชัดเจน¹ การปรับโครงสร้างประเทศไปสู่ “ประเทศไทย 4.0” กรอบเป้าหมายพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่า คนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย ข้อ 3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสามผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรค และสนับสนุนสุขภาพจิตและความ เป็นอยู่ที่ดีภายในปี 2573² พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นส่วนสำคัญ ส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพที่สนับสนุนเพื่อให้บรรลุกรอบเป้าหมายพัฒนาที่ยั่งยืน จากการเป็นผู้มีเอกสิทธิ์และมีอิสระ ในการปฏิบัติตามกฎหมาย เพราะเป็นผู้ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถที่สูงขึ้นในวิชาชีพ ให้มีทักษะ ความสามารถในการตัดสินใจ สามารถปฏิบัติทางคลินิกที่ ซับซ้อนและขอบเขตที่กว้างขวางมากกว่าพยาบาลวิชาชีพทั่วไป จากการทำงานตามบทบาทหน้าที่ ที่เป็นด้านแรกในการดูแล สุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน ทำให้เกิดความเข้าใจ พัฒนา ตามแนวพระราชดำริ พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร

เป็นหลักการสำหรับการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาสิ่งต่าง ๆ ที่สามารถประยุกต์นำมาใช้ในวิชาชีพพยาบาล ด้วยการบูรณาการความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา ประสิทธิภาพและการตอบสนองของบุคคลต่อความเจ็บป่วยเพื่อประเมินวินิจฉัย ให้การบำบัด และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลแบบองค์รวม โดยจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง อีกทั้งจัดทำหรือมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริการโดยบูรณาการ การบำบัดทางการพยาบาล และการรักษาของแพทย์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพและคุ้มค่าใช้ง่าย นอกจากนี้พยาบาลเวชปฏิบัติยังเป็นผู้ช่วยกลางในการประสานกับวิชาชีพอื่น ๆ ทางด้านสุขภาพกับผู้ป่วย จึงอาจกล่าวได้ว่า เป็นทั้งผู้นำ ที่ปรึกษา ที่เลี้ยง และผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด เชื่อมโยงระบบการดูแลและพัฒนาวัตกรรมการให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาลและเครือข่ายในระดับปฐมภูมิ ด้วยกระบวนการเยี่ยมบ้าน เป้าหมายเพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนให้ดูแลและพึ่งพาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ในปัจจุบันอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรในโลกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุปัจจัยหลายอย่าง ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม การศึกษา การสื่อสารเทคโนโลยี ลักษณะภูมิอากาศมลพิษ ธรรมชาติสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป การเกิดโรคระบาดที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิต ความเป็นอยู่ และการเจ็บป่วยของประชากร โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี³ และสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก วิถีชีวิตและพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า ตลอดช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา มีคนไทยป่วยเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) มีจำนวนมากถึง 14 ล้านคน และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทย มากถึงร้อยละ 75.00 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือราว 320,000 คนต่อปี โดยในทุก 1 ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิต 37 ราย และคาดว่าจะมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี⁴ ในจำนวนนี้พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งหรือราวร้อยละ 55.00 เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า 70 ปี⁴ ซึ่งองค์การ

อนามัยโลกจัดว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เมื่อคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจรวมที่เสียไปแล้วนับว่าสูงมากถึงร้อยละ 40.00 ของมูลค่างบประมาณภาครัฐไทยทั้งหมด⁵ และเมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจำนวน 5 โรคสำคัญ ของปี พ.ศ. 2562 คือ โรคมะเร็งทุกชนิด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง อัตราตายเท่ากับ 125.0, 53.0, 43.7, 25.3, 14.0 ตามลำดับ⁶ ซึ่งในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) มีเป้าหมายลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดลงร้อยละ 25.00 จากปี พ.ศ. 2559⁷

ในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พยาบาลเวชปฏิบัติ มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งสูงเพิ่มมากขึ้นทุกปี เนื่องจากแพทย์ไม่สามารถลงไปตรวจรักษาได้เป็นประจำทุกวันและครบทุกพื้นที่ แต่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะได้รับการดูแลจากพยาบาลเวชปฏิบัติที่ประจำอยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) สามารถให้การรักษากายได้การกำกับดูแลของแพทย์ได้ในผู้ป่วยที่ปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถควบคุมและดูแลอาการของโรคได้ และไม่มีอาการที่ยุ่งยากซับซ้อน จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลทุกครั้ง เป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ จากการเดินทาง การเสียเวลารวมทั้งลดภาระของครอบครัวในการนำผู้ป่วยไปรักษาที่อื่นเนื่องจากผู้ป่วยสามารถเดินทางมาตรวจรักษาด้วยตัวเองได้จากการรับบริการใกล้บ้าน ไม่ต้องพึ่งพาญาติและครอบครัว อีกทั้งเป็นการลดความแออัดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องรอการรักษาจากแพทย์ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาอันยาวนานได้ ในมุมมองของนักการศึกษาทางพยาบาลในประเทศไทย มีความเห็นว่าพยาบาลเป็นบุคลากรที่เหมาะสมที่จะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับปฐมภูมิ⁸ เนื่องจาก

- 1) ค่าใช้จ่ายในการผลิตพยาบาลต่ำกว่าการผลิตแพทย์มาก
- 2) พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาแล้ว ถ้าได้รับการพัฒนาความรู้ และทักษะเพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ ก็สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี
- 3) พยาบาลส่วนใหญ่มีทักษะการติดต่อสื่อสารที่ดี เนื่องจากการศึกษาในระดับปริญญา เน้นการเอื้ออาทร การเห็นอกเห็นใจและการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และทักษะการสร้างสัมพันธภาพ

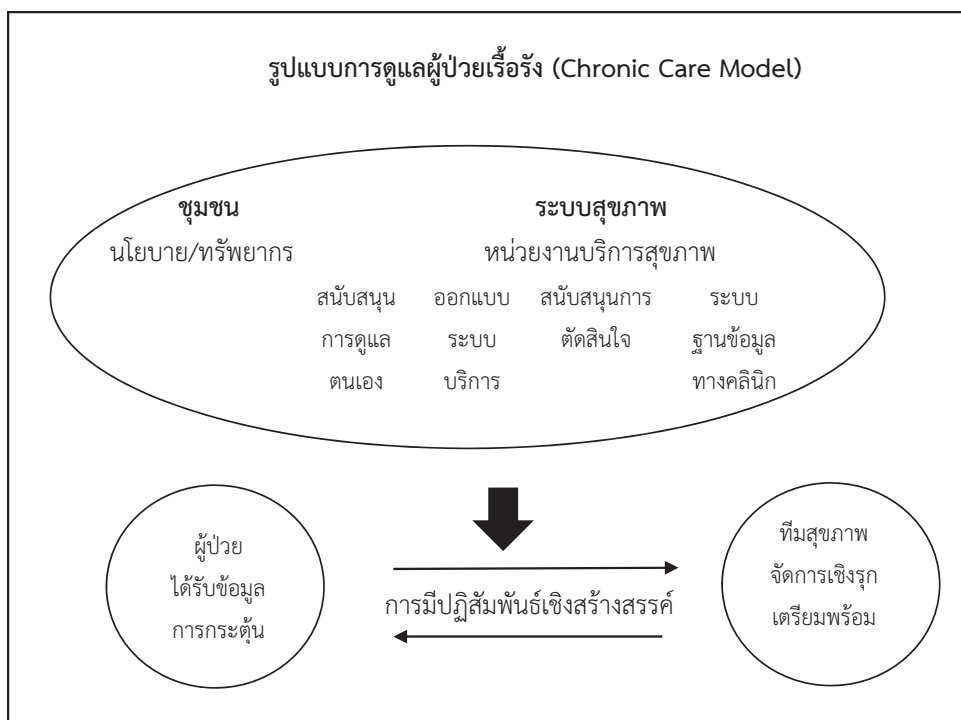
กับผู้รับบริการและผู้ร่วมงาน 4) จำนวนพยาบาลมีมากกว่าเจ้าหน้าที่อื่นในระบบสุขภาพ 5) การดูแลสุขภาพในระดับบริการปฐมภูมิ เน้นการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวและชุมชนมากกว่าการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง 6) เนื่องจากการใช้พยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิได้ผลดีทั้งผลลัพธ์ทางคลินิกและลดค่าใช้จ่าย⁹ ซึ่งในหลายประเทศทั้งสหรัฐอเมริกา อังกฤษ¹⁰ รวมถึงประเทศไทยที่ใช้พยาบาลเวชปฏิบัติให้บริการในระดับปฐมภูมิ พบว่าประชาชนยอมรับและให้ความเชื่อมั่นทั้งการรักษาภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน การดูแลทางด้านจิตสังคม และการสร้างสุขภาพอีกด้วย¹¹ นอกจากนี้พยาบาลเวชปฏิบัติมีได้ทำงานเพียงลำพัง แต่ทำงานเป็นเครือข่ายกับแพทย์ที่สามารถปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยที่เกินขอบเขตความรับผิดชอบของตนเอง ด้วยการทำงานเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบทำให้ประชาชนผู้เจ็บป่วยเชื่อมั่นและยอมรับการบริการจากพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นอย่างดี ทั้งเป็นการเพิ่มขีดความสามารถและคุณภาพของการบริการในระดับปฐมภูมิในประเทศไทยด้วย¹² นอกจากนี้พยาบาลเวชปฏิบัติยังมีความรู้ความสามารถในทางระบาดวิทยา สังคมและพฤติกรรมศาสตร์ รวมทั้งสามารถบูรณาการความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์และทักษะการดูแลอย่างองค์รวมครบทั้ง 4 มิติ ในด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู¹² ซึ่งความรู้ที่กว้างขวางเหล่านี้ จะมีประโยชน์มากในการดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ พยาบาลจะต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองให้ชัดเจน รวมถึงเอกลักษณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องเป็นไปตามข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรค ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด และเอกลักษณ์ที่เป็นไปตามบริบทกฎหมายและระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย¹³ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนับเป็นบทบาทสำคัญของทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ทำหน้าที่ให้การรักษาเบื้องต้น มักพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีความพึงพอใจและขึ้นชอบการตรวจรักษาของพยาบาลเวชปฏิบัติเนื่องจากพยาบาลใช้เวลาในการตรวจ ไม่เร่งตรวจ พุดคุยซักถามปัญหา ในบางครั้งก็ต้องคัดกรอง ประเมิน และตรวจรักษาด้วยตนเองทั้งหมด ทำให้ผู้รับบริการได้มีเวลาพูดคุยอาการ

ปัญหาสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้นจึงมีความพึงพอใจในการบริการตรวจรักษาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งตามปกติพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยผู้ป่วยนอกจะเป็นผู้ประเมินและคัดกรองให้ก่อนเข้าพบแพทย์

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะเวลายาวนานส่งผลทำให้บุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องสังเคราะห์ความรู้ใหม่ที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ให้มีประสิทธิภาพตามระบบบริการสุขภาพให้มีความคุ้มค่าเกิดประโยชน์สูงสุด โรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ แนวทางที่มักใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอยู่เดิมได้แก่ วิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย (case management) เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก ตรวจสุขภาพประจำปี และลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการดื่ม แอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ เป็นต้น ในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบบูรณาการ มุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมในทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบบูรณาการที่ได้รับการรับรองถึงประสิทธิภาพในระดับสากล ได้แก่ ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง¹⁴ (Chronic Care Model, CCM) พัฒนาโดยกลุ่มนักวิจัยของ MacColl Center for Health Care Innovation นำโดย Edward Wagner ในปี ค.ศ. 1997 โดยเสนอรูปแบบการจัดระบบดูแลโรคเรื้อรัง ซึ่งปรับจากการดูแลสุขภาพในระดับ บุคคลมาเป็น การดูแลแบบบูรณาการ เน้นการป้องกันมากขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิก การปรับกระบวนการใหม่ของการจัดการโรคเรื้อรังที่มากกว่าการรักษาทางการแพทย์ เป็นการให้บริการในเชิงรุก การส่งเสริมสุขภาพในขณะที่ยังไม่ป่วย การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์ระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย อันส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งเป็น ระบบการดูแลที่จะส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์การดูแลโรคเรื้อรังที่มีคุณภาพ องค์ประกอบหลักของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model) มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่



ภาพประกอบ ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พัฒนาโดย Wagner¹⁴

1. ระบบสุขภาพ (Health system) หมายถึง การมีหน่วยงานหรือองค์กรทำหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพประชาชน เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีการวางแผนกลยุทธ์แนวปฏิบัติและการตัดสินใจในการดำเนินการให้บริการเป้าหมายที่กำหนดไว้ ส่งเสริม ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงระบบที่มีประสิทธิภาพ การอำนวยความสะดวกในประสานงานทั้งภายในและระหว่างองค์กร ระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องได้รับการเตรียมความพร้อมและทั้งด้านทรัพยากร บุคลากร กระบวนการทำงาน ผู้นำขององค์กรจะต้องกำหนดนโยบาย เป้าหมายแนวทางการพัฒนา และสร้างแรงจูงใจภายในองค์กรเพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนากระบวนการทำงาน การสื่อสารระบบสารสนเทศ

2. การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery system design) หมายถึง การมีกลไกส่งมอบการดูแลที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้รับบริการ ทั้งการดูแลรักษาพยาบาล การส่งเสริมและป้องกันโรค โดยเน้นการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ มีการกำหนดบทบาท หน้าที่ และ

ภาระงานในทีมให้บริการ มีการวางแผนการดูแล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดบริการ การจัดการรายกรณีในคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน มีระบบติดตามตรวจเยี่ยมดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ให้การดูแลผู้รับบริการบนพื้นฐานความเข้าใจและเหมาะสมกับพื้นฐานทางวัฒนธรรม การพัฒนาสุขภาพของประชาชนที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังต้องเปลี่ยนจากระบบเดิมที่มีการรักษาเมื่อบุคคลมีอาการป่วยเป็นการให้บริการเชิงรุกโดยมุ่งเน้นไปที่การรักษาคอนที่มีสุขภาพดีไม่ให้เจ็บป่วย มีการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยในคลินิกและระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย

3. ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) หมายถึง การให้บริการโดยใช้หลักฐานทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น แนวทางเวชปฏิบัติ แนวทางการจัดการโรคเรื้อรัง คู่มือการให้บริการ คู่มือปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย การตัดสินใจการรักษาพยาบาลจะต้องอยู่บนพื้นฐานความถูกต้อง ชัดเจน และได้รับการพิสูจน์การวิจัยทางคลินิกว่ามีประสิทธิภาพและปลอดภัย ผู้ให้บริการต้องพัฒนาตัวเองอยู่เสมอ เช่น มีการฝึกอบรมการ

ใช้คู่มือแนวทางปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างต่อเนื่อง การทบทวนพัฒนาให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ถือเป็นมาตรฐานอันเหมาะสมของการดูแลโรคเรื้อรัง

4. ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical information systems) หมายถึงการจัดระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของประชากร เช่น ข้อมูลของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยที่ป้อนเข้าไปในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ระบบข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ที่สามารถเรียกใช้งานได้สะดวก มีความเป็นปัจจุบัน สามารถใช้เป็นระบบข้อมูลย้อนกลับสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพได้ เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลมีระบบข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างชัดเจน มีระบบการแจ้งเตือนสำหรับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เช่น การแจ้งเตือนกำหนดวันนัด การแจ้งเตือนการเยี่ยมบ้าน ระบบข้อมูลการดูแลผู้รับบริการเชิงรุก และเอื้อต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ และผู้ให้บริการด้วยกัน รวมถึงการมีระบบการตรวจสอบประสิทธิภาพการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

5. ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-management support) หมายถึง การจัดระบบบริการที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการจัดการและดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง การสร้างความตระหนัก และความสามารถในการดูแลรักษาตนเอง โดยมีการวางแผนการดำเนินการ กำหนดเป้าหมายการแก้ไขปัญหา เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจวัดน้ำตาลในเลือด การชั่งน้ำหนัก และการใช้ยา เป็นต้น และการติดตามผล รวมถึงการประสานความร่วมมือและการใช้ทรัพยากรภายในชุมชนเพื่อให้การสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกรายมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย และแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่วมกับทีมผู้ให้บริการ และครอบครัว

6. การมีส่วนร่วมของชุมชน (The Community empowerment) หมายถึง การระดมทรัพยากรที่มีในชุมชนเพื่อให้เกิดการป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคเรื้อรัง การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สนับสนุนและผลักดัน

ให้เกิดความร่วมมือภายในชุมชน มีการจัดตั้งกลุ่ม/ชมรม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การเชื่อมโยงกับชุมชนนี้จะมีควมสำคัญมากสำหรับหน่วยบริการสุขภาพซึ่งมีทรัพยากรจำกัดและไม่สามารถจัดโปรแกรมต่าง ๆ ได้เองทั้งหมด รวมทั้งการทำงานสนับสนุนให้ชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่มีหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะร่วมกับหน่วยงานรัฐ ในการป้องกัน ควบคุม ส่งเสริมการจัดการกับปัจจัยเสี่ยง โดยสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชนและครอบครัว การนำศักยภาพของชุมชนและระบบบริการทางสาธารณสุขเข้ามาดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ ให้มีคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้รับบริการ

การบูรณาการบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติกับแนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง The Chronic Care Model (CCM) มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพ รักษาโรค การฟื้นฟูสภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะทำให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างครอบคลุมทุกมิติและเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต่อผู้รับบริการ ดังนั้นเพื่อให้ระบบการจัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลเวชปฏิบัติควรมีบทบาทและกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับองค์ประกอบหลักของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model) ทั้ง 6 องค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. บทบาทในการกำหนดทิศทางและนโยบายการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการกำหนดทิศทางและนโยบายในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพก็ควรจะต้องอยู่บนพื้นฐานของสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นผู้ให้บริการอย่างใกล้ชิด รับรู้สภาพปัญหาผู้ป่วยเป็นอย่างดี จึงมีบทบาทสำคัญในการวางแผนการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในหน่วยงาน ตามสภาพปัญหาและความต้องการให้สอดคล้องกับนโยบายและเป้าหมาย ตัวชี้วัดของจังหวัดและในประเทศ และสามารถชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานติดตามความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของหน่วยงานที่ตั้งไว้

2. บทบาทในการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พยาบาลเวชปฏิบัติมีบทบาทสำคัญในการจัด

ระบบการตรวจรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังต่าง ๆ และเครือข่ายการดูแลรักษา รวมทั้งการประเมิน การตรวจรักษา การติดตามผลการรักษาให้บริการป้องกัน ควบคุม และดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ให้การรักษาโดยการเฝ้าและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติ เป็นผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง case manager/coordinator จัดระบบส่งต่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงการบริการได้ง่าย สร้างเครือข่ายการดูแลจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เช่น PCU, PCA, ทีมอสม. องค์กรในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพสุขภาพ

3. บทบาทการใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศ โปรแกรมการตรวจรักษา การประมวลผลข้อมูลด้านต่าง ๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์ ประเมินผลลัพธ์การรักษาโดยเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศกับ data center ของจังหวัดในการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และนำข้อมูลการวิเคราะห์และนำเสนอแก่ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดการโรคเรื้อรัง การใช้ application ของการสื่อสารออนไลน์กับผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น การติดตามการเยี่ยมดูแลที่บ้าน การใช้บันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวก รวดเร็ว นับได้ว่าการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารถูกนำมาประยุกต์ใช้อย่างมากในการจัดการกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่ออำนวยความสะดวกในการให้บริการ

4. บทบาทในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้รับบริการและครอบครัวเพื่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพร่วมกัน วางแผนและส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อป้องกัน รักษา ฟันฟูกับผู้รับบริการและครอบครัว สร้างและใช้เครื่องมือสนับสนุนการจัดการตนเอง เช่น สมุดบันทึกสุขภาพโรคเรื้อรัง เอกสารคำแนะนำการดูแลตนเอง จัดกิจกรรมเสริมทักษะการจัดการตนเอง เช่น การจัดชมรมโรคเรื้อรัง การรวมกลุ่มสร้างแกนนำ หรือต้นแบบ หรือนวัตกรรมต่าง ๆ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การทบทวนวรรณกรรม หรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่พบว่าการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-management support) สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการและดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

5. บทบาทในการใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน (Clinical practice guideline for diabetes) แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคความดันโลหิตสูง (Clinical practice guideline for hypertension) แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Guidelines for assessment of cardiovascular risk) แนวทางเวชปฏิบัติการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Exercise in patients with diabetes and hypertension) เป็นต้น การจัดการกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วย สามารถขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

6. บทบาทในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พยาบาลเวชปฏิบัติมีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนมีแผนงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคเรื้อรัง เช่นการให้ข้อมูลต่างๆของผู้รับบริการ เพื่อให้ชุมชนรับรู้และเป็นข้อมูลในการตัดสินใจช่วยเหลือเช่นการจัดสรรทรัพยากร การจัดตั้งชมรมเพื่อสุขภาพ การจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเรื้อรังในชุมชน สนับสนุนและประสานงานให้ผู้นำชุมชน อสม. มีส่วนร่วมในการดูแล ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน และสนับสนุนชุมชนให้ความตระหนักมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคอย่างเข้มแข็ง

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลชุมชน

จากการที่ได้มีโอกาสปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลชุมชน โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลตามนัด อีกส่วนหนึ่งจะมารับการรักษาที่รพ.สต ที่เป็นเครือข่าย (Primary Care Cluster, PCC) ในโรงพยาบาลจะมีคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กำหนดการตรวจรักษาโรคเรื้อรังในแต่ละวัน

เช่น วันจันทร์ อังคาร พุธ ตรวจเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง วันอังคาร พุธ พฤหัสบดี ตรวจเฉพาะโรคเบาหวาน เป็นต้น ในคลินิกจะมีแพทย์ และพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นผู้ตรวจรักษามักจะมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาตรวจจำนวนมาก โดยที่พยาบาลเวชปฏิบัติจะตรวจรักษาและประเมินผู้ป่วย ตามแผนการรักษาทางคลินิก (Clinical Practice Guideline) พร้อมกับแพทย์ มีการส่งยาตามขอบเขตที่สภาการพยาบาลกำหนดให้ และมีการปรึกษาร่วมกับแพทย์ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ระดับความดันโลหิตสูงมาก ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก ภาวะแทรกซ้อนทางตา ทางไต ทางหลอดเลือดสมอง และหัวใจ หรือในกรณีที่มีปัญหาโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ เป็นต้น

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบมากเป็นอันดับ 1 ของโรคเรื้อรังที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และมักไม่แสดงปรากฏอาการให้เห็นในระยะแรก ๆ นับเป็นความโชคดีของผู้ป่วยจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 จึงทำให้พบผู้ป่วยรายใหม่เข้ามารับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งก่อนที่จะมีภาวะแทรกซ้อนที่ยุ่ยากแก่การดูแลรักษา การรักษาโรคความดันโลหิตสูงตาม แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562¹⁷ ที่เป็นการรักษาตามมาตรฐานมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต ข้อมูลการศึกษาผลของการให้ยาลดความดันโลหิต แสดงให้เห็นว่าการลดความดันโลหิต systolic ลง 10 มม.ปรอท หรือการลดความดันโลหิต diastolic ลง 5 มม.ปรอท สามารถลดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลงได้ร้อยละ 20.00 ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ร้อยละ 15.00 ลดอัตราการเกิด stroke ร้อยละ 35.00 ลดอัตราการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 20.00 และลดอัตราการเกิดหัวใจล้มเหลวยุ่ร้อยละ 40.00 นอกจากนี้การลดความดันโลหิตยังสามารถส่งผลในการป้องกันการเสื่อมการทำงานของไต ซึ่งจะเห็นผลได้ชัดเจนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวาน หรือ โรคไตเรื้อรัง การเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วย จะพิจารณาจากปัจจัยหลัก 4 ประการได้แก่ 1) ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้จากสถานพยาบาล 2) ระดับความเสี่ยงที่จะเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละบุคคล 3) โรคร่วมของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคทางระบบ

หัวใจและหลอดเลือด และ 4) คือ สภาพของการเกิด target organ damage (TOD) การเลือกใช้ยาเพื่อลดความดันโลหิต ยาลดความดันโลหิตที่สำคัญ มีอยู่ 5 กลุ่มหลัก คือ angiotensin converting enzyme inhibitors ACEIs), angiotensin receptor blockers (ARBs), beta-blockers, calcium-channel blockers (CCBs) และยาขับปัสสาวะ (thiazides) การเลือกใช้ยาชนิดใดชนิดหนึ่งจาก 5 กลุ่มนี้ จะมีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิต และลดอัตราการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ใกล้เคียงกัน แม้จะมีความแตกต่างกันบ้าง เช่น beta-blockers อาจป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้น้อยกว่ายาในกลุ่มอื่น ๆ และ CCBs อาจป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวได้ไม่ดีเท่ายาในกลุ่มอื่น เป็นต้น แต่ผลในการป้องกันโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมถือว่าไม่แตกต่าง และการเลือกให้ยาลดความดันโลหิตให้เหมาะสม ควรพิจารณาจากโรคร่วมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมีอยู่ นอกเหนือจากโรคความดันโลหิตสูง การพิจารณาจากข้อห้ามต่าง ๆ และระวังผลข้างเคียงของกลุ่ม ACEIs เช่น enalapril ทำให้ผู้ป่วยไอมาก กลุ่ม CCBs เช่น amlodipine ทำให้เกิดการคั่งของน้ำทำให้บวมได้ และกลุ่ม beta-blocker ทำให้อัตราการเต้นของชีพจรช้า ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระวังในผู้ป่วยโรคหอบหืด จากประสบการณ์การทำงาน พบผลข้างเคียงของยา 3 ตัวนี้ ได้บ่อยมาก การรับประทานยาของผู้ป่วยก็มีความสำคัญมาก ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนอันตรายจาก stroke ซึ่งมีสาเหตุมาจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ภาวะอ้วน การไม่ออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ฯลฯ ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ดังนั้นในฐานะของพยาบาลเวชปฏิบัติควรให้ความสำคัญในการให้ความรู้ ความตระหนักแก่ผู้ป่วยและญาติทุกครั้งและทุกราย ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีการรณรงค์การป้องกันและการรักษา ให้ความรู้ สังเกตสัญญาณอันตราย 3 อย่าง (FAST) คือ ปากเบี้ยว มุมปากตก แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัดหรือพูดไม่รู้เรื่อง และเมื่อเกิดอาการแล้วต้องรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันทีภายใน 3 ชั่วโมง เพื่อได้รับยาลดลิ่มเลือดได้ทันเวลา¹⁷

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยเบาหวานคือ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากการควบคุมอาหารไม่ได้ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง เพื่อที่จะป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อน ส่วนการดูแลกลุ่มเสี่ยง (ระดับ FPG 100-125 mg%) จะมีการเฝ้าระวังโดยการเจาะเลือด ทุก 6 เดือนถึง 1 ปี แล้วแต่มีปัจจัยร่วมในการเสริมความเสี่ยง ที่สำคัญของการตรวจรักษาทุกครั้ง คือ การให้เวลาคำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น ความเครียด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรักษาโรคเบาหวานจะใช้แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 ในเรื่องการให้ยา การนัดหมาย การให้คำแนะนำปฏิบัติตน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนโดยการเจาะเลือดปีละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินการทำงานของไต (ระดับ Bun, Cr, e-GFR) lipid profile, electrolyte (รายที่ได้ enalapril, losartan, thiazide, lasix), CBC (ในรายซีดี) uric acid (ในราย gout) การประเมินตรวจเท้า 10 จุดหรืออย่างน้อย 4 จุดเพื่อเฝ้าระวัง ภาวะการทำงานของระบบประสาทส่วนปลาย ตรวจตาเพื่อประเมินภาวะ diabetic retinopathy ตรวจฟันและสุขภาพฟันและช่องปาก ตรวจปัสสาวะและ albuminuria, urine albumin, creatinine ratio ปีละ 1 ครั้ง และควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ทุกปี การให้ยารับประทานและยาฉีดอินซูลิน ในผู้ป่วยรายใหม่ที่มีระดับ FPG ไม่สูงมาก (ไม่เกิน 140 mg%) และมีรูปร่างอ้วน มักเป็นเบาหวานจากการออกฤทธิ์ของอินซูลินไม่ดี (DM, type 2) จะเริ่มด้วยยากลุ่ม metformin ก่อน เนื่องจากยากลุ่มนี้ทำให้เกิดอาการข้างเคียงระดับน้ำตาลเลือดต่ำ (hypoglycemia) น้อย แต่จะทำให้มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ได้ ทำให้น้ำหนักลดเป็นการลดความอ้วนร่วมด้วย แต่ต้องระวังในผู้ป่วยเริ่มมีไตเสื่อม ในรายที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และมีรูปร่างผอมจะเริ่มด้วยยากลุ่ม sulfonylurea เนื่องจากมักจะมีความเสี่ยงจากตับอ่อนไม่หลั่งอินซูลิน แต่ต้องระวังอาการข้างเคียง hypoglycemia เป้าหมายการควบคุมเบาหวาน 1) HbA1c < 7% 2) prepandrial capillary plasma glucose 70-130 mg/dl 3) postpandrial capillary PG < 180 mg/dl 4) ระดับน้ำตาลก่อนนอน 100-140 mg/dl 5) BP < 130/80 mmHg 6) triglyceride < 150 mg/dl 7) LDL-C < 100 mg/dl 8) HDL-c M > 40 mg/dl, F > 50 mg/dl¹⁸ ในกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน พยาบาลเวชปฏิบัติจะตรวจประเมินอาการ และภาวะแทรกซ้อน ในกรณีระดับน้ำตาลเปลี่ยนแปลง จะต้องค้นหาสาเหตุปัจจัย เช่น การควบคุมอาหารไม่ดี ความเครียด สัมรับประทานยา การเจ็บป่วย ฯลฯ

ต้องวางแผนแก้ไขก่อนโดยการให้คำแนะนำสำหรับการแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุนั้น ครั้งต่อไปถ้าระดับน้ำตาลยังสูงอยู่ ต้องปรึกษาแพทย์พิจารณาปรับยา ในบางครั้งผู้ป่วยมีความเข้าใจผิดในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ ก่อนมาตรวจ 2-3 วัน ผู้ป่วยจะตั้งใจอดอาหารอย่างเข้มงวดมาก เมื่อมาตรวจรักษาผลการเจาะเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดจะอยู่ในเกณฑ์ดี แต่เมื่อตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) จะสูงมาก มีผู้ป่วยรายหนึ่ง ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ดีมาก (ประมาณ 95-110 mg%) เกือบทุกครั้ง แต่ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงมาก (HbA1c) 9.6 mg% (ค่าปกติน้อยกว่า 6.5 mg%) ซึ่งแปลกใจมาก คิดว่าแปลผลเลือดผิด จึงเจาะเลือดใหม่ผลออกมาก็ยังสูง ตอนแรกผู้ป่วยก็ยืนยันการปฏิบัติตัวเหมือนเดิมแต่เมื่อบอกผลเสียของผลเลือดที่เป็นแบบนี้ ผู้ป่วยจึงยอมรับสารภาพว่า มีการควบคุมอาหารเข้มงวดช่วงวันใกล้มาตรวจ เมื่อตรวจเสร็จแล้วก็รับประทานอาหารอย่างเต็มที่ จึงให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ในผู้ป่วยบางรายรับประทานสมุนไพรบางอย่างเพื่อช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด เช่น มะระขี้นก มะรุม หยวกและไส้กลวย แก่นตะวัน น้ำเห็ดหลินจือ ฯลฯ ทำให้มีความเสี่ยงจะเกิดอาการ Hypoglycemia ได้ นอกจากนี้สมุนไพรบางอย่างมีผลต่อการทำงานของไต เช่น ใบหนานเฉาเหว่ย อาจทำให้ไตวายได้

ผู้ป่วยมักจะเรียกพยาบาลเวชปฏิบัติที่ทำการตรวจรักษาในโรงพยาบาลชุมชนว่า “หมอหน้าบ้าน” วันหนึ่งขณะที่ทำการตรวจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคนหนึ่งด้วยการซักถาม การปฏิบัติตน อาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ตรวจประเมินร่างกายเบื้องต้น เช่น การบวม ดูภาวะซีด ฟังเสียงปอดและหัวใจผู้ป่วยรายนั้นบอกว่า “ตั้งแต่ผมมาตรวจรักษาประมาณ 3 ปีแล้วไม่เคยได้ตรวจละเอียดขนาดนี้เลย” หลังจากให้การรักษาเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยประสงค์ที่จะขอนัดหมายตรวจกับพยาบาลเวชปฏิบัติในครั้งต่อไป จากประสบการณ์ตรงที่เป็นที่ประจักษ์แล้วนั้น ยิ่งทำให้ตระหนักว่า การที่พยาบาลเวชปฏิบัติให้เวลาการตรวจร่างกายกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญจะมีประโยชน์กับผู้ป่วยมากกว่าการสอบถามอาการและสั่งยาเดิม (Re-medicine) และทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและจากประสบการณ์สอนนักศึกษาพยาบาลด้วยนั้น ในการฝึกปฏิบัติการตรวจร่างกายผู้ป่วยในรายวิชาปฏิบัติการเวชบริบาลรักษาโรคเบื้องต้น ก็จะพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะชื่นชอบและชมนักศึกษาว่า

“อยากให้ตรวจละเอียดอย่างนี้ทุกครั้ง ถึงแม้ว่าจะใช้เวลา นานกว่าปกติก็ตาม” และจากรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล ครอบคลุมและชุมชน 2 ก็ได้ใช้บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติ สอนนักศึกษาในการเยี่ยมบ้าน การตรวจร่างกายประเมิน อาการ การแนะนำเรื่องการไต่ถามต่าง ๆ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยและ ญาติจะบอกว่า “ไม่เคยมีใครเคยตรวจให้อย่างนี้เลย” ฟังแล้ว ก็รู้สึกหายเหนื่อย และภูมิใจในการใช้บทบาทพยาบาลเวช ปฏิบัติผสมผสานกับบทบาทอาจารย์ในการสอนนักศึกษา อีก ตัวอย่างหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยจากการเยี่ยมครอบครัวหนึ่ง หญิงไทยรูปร่างผอม ๆ มีอาการ อ่อนเพลีย มีใจสั่นบางครั้ง เคยไปตรวจแล้ว แพทย์บอกว่าไม่เป็นอะไร ลองจับชีพจรดู พบว่า ค่อนข้างเร็ว ประเมินจากอาการ ช่วงวัย เพศ และ ความเครียดของผู้ป่วย ก็เลยบอกว่าอาจเป็นไทรอยด์ได้ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้ลองไปตรวจที่โรงพยาบาลใหม่นะ หลังจากนั้นอีก 1 ปี ได้มีโอกาสไปดูแลผู้ป่วยในชุมชนนั้นพร้อมนักศึกษา อีก พบผู้ป่วยรายเดิมที่เปลี่ยนแปลงไปจนจำไม่ได้ เพราะดู อ้วนขึ้นหน้าตาแจ่มใส แต่ผู้ป่วยจำผู้เขียนได้ รับประทานอาหารรสดี และขอบคุณ บอกว่า “อาจารย์เก่งจังเลย ที่ให้คำแนะนำครั้งนั้น ซึ่งเขาก็ได้ไปตรวจและพบว่า เป็นไทรอยด์จริง ๆ ทำให้ได้รับการ รักษาจนอาการดีขึ้น” ทำให้เกิดความรู้สึกดีใจและ ภาคภูมิใจที่ได้ใช้ความรู้ช่วยผู้ป่วยตามบทบาทของพยาบาล เวชปฏิบัติ นอกจากการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแล้ว การ ทำงานร่วมกันแบบมีหุ้นส่วนและเครือข่ายต่าง ๆ ของพยาบาล เวชปฏิบัติก็เป็นกลไกสำคัญหนึ่งในการสนับสนุนศักยภาพ (empowerment) ทั้งครอบครัวและผู้ดูแลให้มีส่วนร่วม วางแผน การตัดสินใจในการรักษา และการดูแลตัวเองของ ผู้ป่วย ด้วยประสานงานกับเครือข่ายสุขภาพ ชุมชนและท้องถิ่น ในการช่วยดูแลและสนับสนุนทรัพยากรที่เอื้อต่อการส่งเสริม สุขภาพ เช่น สนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบ่อย ในชุมชน และการติดตามประเมินผลการดูแลรักษาอย่าง ต่อเนื่อง นำผลการประเมินมาปรับปรุงระบบ กระบวนการ บริการ เป้าหมาย เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง การใช้เทคโนโลยีในการจัดการข้อมูล และการ ติดต่อสื่อสาร อีกทั้งบทบาทหนึ่งที่มีความสำคัญ คือการจัดการ รายกรณี (case management) เป็นกระบวนการดูแลที่ มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการด้าน สุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

โดยมีการประสานความร่วมมือกันของบุคลากรสาขาวิชาชีพ ต่าง ๆ ในทีมสุขภาพ

การปรับบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังในสถานการณ์ การระบาดของเชื้อไวรัส Covid-19

จากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัส Covid-19 ในปัจจุบัน ทำให้โรงพยาบาลและหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ ต้องมีการปรับกระบวนการรักษาพยาบาลผู้รับบริการ ในช่วง ต้นของการระบาดที่อยู่ในช่วงวิกฤติ (เดือนมีนาคม- เมษายน พ.ศ. 2563) โรงพยาบาลต้องปิดคลินิกโรคเรื้อรัง พยาบาล เวชปฏิบัติร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จัดเตรียมยาและ ประสานส่งยาที่ใช้ในการรักษาให้ผู้ป่วยที่บ้าน เป็นเวลา 3 เดือน มีการติดตามเฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ที่เหมาะสม ในระดับที่ควบคุมตนเองได้ โดยที่ไม่ได้รับการตรวจประเมิน จากบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อพ้นช่วงระยะวิกฤติของการ ระบาดเข้าสู่ระยะความปกติในวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) พยาบาลเวชปฏิบัติและพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (case manager) ในคลินิกโรคเรื้อรัง มีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 กลุ่มตามนโยบายของโรงพยาบาล โดย กลุ่มสีเขียวเป็นผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่ควบคุมอาการได้ ไม่มีความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน ทางคลินิกโรคเรื้อรังจะส่งยารักษาให้ที่บ้านทุก 3 เดือน กลุ่ม สีเหลือง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ HbA1C >7<8 โรค ความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตระหว่าง 140/90- 160/100 mmHg และมีความเสี่ยงที่อาจต้องการการติดตาม ประเมินในบางช่วง จะให้การส่งยารักษาที่บ้าน และมีการ ประเมินความเสี่ยงร่วมด้วย กลุ่มสีแดง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้ Insulin ทุกวัน HbA1C>8, CKD ระดับ 4 ขึ้นไป โรคความ ดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตระหว่าง >160/100 mmHg และผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ให้มาตรวจที่คลินิกโรคเรื้อรัง โดยนัดหมายผู้ป่วยวันละ 30-40 คน โดยใช้มาตรการคัดกรอง เว้นระยะห่างทางกายภาพ ป้องกันการระบาดของโควิดอย่าง เคร่งครัด ซึ่งผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังแห่งนี้ ไม่พบอุบัติการณ์ การติดเชื้อไวรัส Covid-19 ดังนั้นจะเห็นว่า พยาบาลเวชปฏิบัติ มีศักยภาพในการใช้ความรู้ ความสามารถ และทักษะต่าง ๆ ในการปรับบทบาทในสถานการณ์ต่าง ๆ สามารถร่วมทีมสห วิชาชีพในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

สรุป

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ทั้ง 6 องค์ประกอบ และบทบาททั่วไป เช่น การบริหารจัดการ ให้คำปรึกษา ประสานงาน ให้ความร่วมมือ มีคุณธรรมทั้งในการรักษาและการทำงาน เป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง จัดการกับปัญหาสุขภาพด้วยความรู้และทักษะขั้นสูง เป็นนักประสานและเป็นที่ปรึกษาทางสุขภาพกับผู้ร่วมวิชาชีพสหวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้อง ติดตามผลการรักษาและให้การช่วยเหลือรับการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง มีความสามารถในการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศ สามารถประเมินผล และปรับปรุงการทำงานของตนให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

บทความนี้มีประเด็นความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในสถานการณ์ แนวคิดและรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง แนวทางการรักษา บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติ และประสิทธิภาพจากการปฏิบัติงานจริง ซึ่งต้องใช้ความรู้ ศักยภาพ และทักษะหลายด้าน ในการปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จ และมีประสิทธิภาพ และมีข้อปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตาม เนื้อหาและประเด็นต่างๆ เหล่านี้ คงจะเป็นประโยชน์ และเป็นกำลังใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติต่อไป

References

1. The Millennium Development Goals. Sustainable Development Goals (SDGs) Full text. Available from <http://e-plan.dla.go.th/activityImage/422.pdf> (in Thai)
2. The Executive Committee for the preparation of the 12th National Health Development Plan. The 12th National Health Development Plan (2017-2021). Ministry of Public Health. October 2016. Available from http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20180914162453_1.pdf (in Thai)
3. Aekplakorn, W. Thai National Health Examination Survey, NHES V-2559. (internet). 2016 (cited 2020 April 13). Available from file:///C:/Users/User/Downloads/ NHES%20V%20(1).pdf (in Thai)
4. Ministry of Public Health. MPH. Worried 37 Thai people die per hour from chronic non-communicable diseases, accelerate prevention. (cited 2020 Oct 13). Available from http://www.khaosod.co.th/monitor-news/news_1421769 (in Thai)
5. Worathanarat, Thira. Be aware - Adjust behavior - Enhance well-being Prevention of non-communicable diseases. NCDs. (2018). (cited 2020 Oct 13). Available from <http://thairath.co.th/content/1374824> (in Thai)
6. Division of Strategy and Planning Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D. 2019. (cited 2020 Oct 10). Available from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf (in Thai)
7. The 12th National Economic and Social Development Plan. (cited 2020 Sep 20). Available from http://www.elnurse.ssru.ac.th/araya_ti/pluginfile.php/55/block_html/content/ (in Thai)

8. Hanucharunkul S. Nurse practitioners: primary care. *The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine* 2012;39:39-42. (in Thai)
9. Hanucharunkul S, Leucha Y, Chanprasert S. Effectiveness of primary care provided at private nursing clinic in Thailand. *Contemporary Nurse* 2002;13: 259-70. (in Thai)
10. Hamric AB, Spross JA, Hanson CM. Outcome evaluation and performance improvement *Advanced nursing practice: An integrative approach*. Philadelphia: W.B. Saunders, 2005.
11. National Health Security Office (NHSO). Annual report 2008. (cited 2020 May 4), Available from www.hisro.or.th. (in Thai).
12. Hanucharunkul S, Keratiyutawong P, Archananuparp S. Self-care promotion program for diabetes. *Thai Journal of Nursing Research* 1999;1(1):115-37. (in Thai).
13. Chanprasert S. Nurse practitioners: unity, identity, privilege. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2007;15(4):1-5. (in Thai).
14. Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*. [Internet]. 1998 (cited 2020 June 11);1(1):2-4. Available from: <https://access.portico.org/Portico/auView?auld=vark%253A%252F27927%252Fphwwtrq3nv&auViewType1=PDF>
15. Suktawee S, Boonkerd S. Java health center information system: JHCIS. *Disease Control Journal* 2017;43(1):96-110. (in Thai)
16. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action. *Global Report*. [Internet]. 2002 [cited 12 June 2020]. Available from: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccc_ch3.pdf?ua=1
17. Thai Hypertension Society. *Thai Hypertension Society: Guidelines in the Treatment of Hypertension* 2019. Bangkok: Thai Hypertension Society; 2019. (in Thai).
18. Puntasee P, Rasamejam P. Update in Nurse Practitioners: Primary disease treatment & Urgent management; 2016 May 23-27, Ambassador Hotel, Bangkok. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. 2018. (in Thai).