

การพยาบาลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรัง:

ตอนที่ 1 แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง

Family nursing for family with chronic illness person:

Part 1 continuity of care concept

บทความวิชาการ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 40 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2560

Volume 40 No.3 (July-September) 2017

เพชรารณณ์ เจนใจวิทย์ ปรด. (การพยาบาล)*

Pacharaporn Jenjaiwit Ph.D (Nursing)

บทคัดย่อ

การดูแลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นภาวะที่ต้องการการดูแลเป็นระยะเวลายาวนาน รักษาไม่หายขาด ต้องการการดูแลควบคุมอาการของโรคและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามแนวคิดการดูแลต่อเนื่องเป็นแนวคิดที่มีการให้ความหมายนิยามที่กว้าง เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและบริบท และคาบเกี่ยวกับแนวคิดอื่น ๆ การนำแนวคิดการดูแลต่อเนื่องไปใช้ พยาบาลต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง เพื่อที่จะประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลต่อเนื่องในการพยาบาลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น บทความจะแบ่งเนื้อหาเป็น 2 ตอน บทความนี้เป็นตอนที่ 1 แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย ความหมาย ชนิด ผลลัพธ์และการประเมินการดูแลต่อเนื่อง และตอนที่ 2 การประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลต่อเนื่องในการพยาบาลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งจะนำเสนอต่อไป

คำสำคัญ: การพยาบาลครอบครัว เจ็บป่วยเรื้อรัง การดูแลต่อเนื่อง

Abstract

Caring for family with chronic illness persons, which need a long time of caring and the disease is not usually cured, requires the continuity of care to prevent and control symptoms and also prevent complications. However, continuity of care concept is defined broadly, has changed over time due to contextual factors and overlap with relating concepts. Thus, nurses should have deeply understanding this concept in order to appropriately apply for caring the family with chronic illness persons and then can improve patients' and family's quality of life and also quality of care. The article is divided into 2 parts. This part 1 continuity of care concept article will be presented the definition, type, outcomes and measurement of continuing of care. The application of this concept will be presented later in part 2.

keywords: family nursing, chronic illness, continuity of care

*Assistant Professor, Faculty of Nursing Khon Kaen University

บทนำ

โรคเรื้อรังเป็นโรคทำให้เสียชีวิตและไร้ความสามารถทั่วโลก โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่เป็นโรคไม่ติดต่อองค์การอนามัยโลกรายงานว่า¹ แต่ละปีประมาณร้อยละ 70 (40 ล้านคน) ของประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ 17 ล้านคนเสียชีวิตเมื่ออายุต่ำกว่า 70 ปี ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยในกลุ่มประเทศที่รายได้ต่ำและปานกลาง หากไม่มีการแก้ไขจะทำให้เกิดสูญเสียทางเศรษฐกิจรวมประมาณ 7 ล้านล้านเหรียญและภาระค่าใช้จ่ายที่ช่วยลดผลกระทบของโรคถึง 11.2 ล้านเหรียญสหรัฐอเมริกา

การมีสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน อาทิ ปัจจัยทางพันธุกรรม ร่างกาย สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม โรคเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน ส่วนใหญ่รักษาไม่หาย ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับอาการแสดงของโรคตามความรุนแรงและระยะของโรค การบำบัดรักษา ผลข้างเคียงการรักษา และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ก่อให้เกิดผลกระทบมากมาย อาทิ ความไม่สุขสบายทางกาย อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หายใจลำบาก เจ็บปวด ความสามารถในการทำกิจกรรมประกอบอาชีพและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นไปอย่างจำกัด ท้อแท้วิตกกังวล กลัวความสูญเสีย สูญเสียการควบคุมตนเอง ไร้พลังอำนาจ ผลกระทบต่อครอบครัว เช่น ครอบครัวเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ กิจวัตรประจำวัน ตามการเจ็บป่วย อาทิ การจัดหาอาหารเฉพาะโรค การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การจัดหาสิ่งของจำเป็นการดูแลสุขภาพและให้การดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยหรือพิการ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายสูง คุณภาพชีวิตครอบครัวลดลง²

จากลักษณะของโรคเรื้อรังและการบำบัดรักษา และผลกระทบที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการการดูแลด้านสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรค การป้องกันโรคและควบคุมโรค ตั้งแต่การค้นพบตั้งแต่เริ่มแรก การคัดกรอง การช่วยเหลือเพื่อป้องกัน หรือ

ลดภาวะเสี่ยง การได้รับการบำบัดรักษาตามเวลาอย่างเหมาะสม การดูแลระดับประคองรวมทั้งการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต¹ นอกจากนั้นผู้ป่วยและครอบครัวยังต้องการการช่วยเหลือทางด้านอื่น ๆ เช่น ด้านการเงิน ด้านสวัสดิการสังคม ด้านการศึกษา และการประกอบอาชีพ เป็นต้น ซึ่งหากได้รับการช่วยเหลือดูแลในแต่ละช่วงของภาวะสุขภาพอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง จะส่งผลดีต่อทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล การใช้ทรัพยากรสุขภาพ เพื่อให้ครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี แนวคิดการดูแลต่อเนื่องเป็นแนวคิดหนึ่งที่ได้รับการพัฒนาและนำมาใช้ในการพยาบาลครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยบทความนี้จะกล่าวถึง วิวัฒนาการ ความหมาย องค์ประกอบ ชนิด ผลลัพธ์ และการประเมินของการดูแลต่อเนื่อง

วิวัฒนาการความหมายของแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง

การดูแลต่อเนื่องเป็นแนวคิดที่กว้าง มีนิยามที่หลากหลาย เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและบริบทจากการทบทวนงานวิจัยทางสุขภาพอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่องและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง^{3, 4, 5, 6} สะท้อนให้เห็นวิวัฒนาการของแนวคิดการดูแลต่อเนื่องปรากฏครั้งแรกในช่วง ค.ศ. 1950 โดยให้ความหมายของการดูแลต่อเนื่องเป็นการได้รับการดูแลจากผู้ให้การดูแลคนเดิมอย่างต่อเนื่องตามปัญหาความต้องการในแต่ละช่วงเวลาหรือการมีผู้ให้การดูแลส่วนบุคคลนั่นเอง ต่อมาในช่วงปี ค.ศ. 1970 ความหมายการดูแลต่อเนื่อง เปลี่ยนเป็นการดูแลในแต่ละช่วงของการเจ็บป่วยที่แยกส่วนได้รับการเชื่อมต่อกัน การดูแลที่มีการประสานความร่วมมือกันและไม่ขาดตอน การดูแลต่อเนื่องในรูปแบบหลายด้าน (multidimensional model) หลายรูปแบบ เช่นการต่อเนื่องตามลำดับเวลา การต่อเนื่องระหว่างสหสาขาวิชาชีพ การต่อเนื่องระหว่างบุคคล และการต่อเนื่องข้อมูล⁷ (รายละเอียดดังภาพที่ 1)

ในช่วงค.ศ. 1990 การดูแลต่อเนื่องหมายถึง การที่บุคคลใช้สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิตลอดเวลา ตามความต้องการสุขภาพ ซึ่งการดูแลต่อเนื่องเป็นหนึ่งในหน้าที่หลักของการดูแลปฐมภูมิที่ตีความกับการดูแลด้านหน้า การดูแลครอบคลุมและประสานความร่วมมือ ช่วงต้นค.ศ. 2000 การดูแลต่อเนื่องหมายถึงการดูแลที่ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ องค์ประกอบแรก คือ ประสบการณ์การดูแลที่ได้รับของผู้ป่วยคนเดียวกับผู้ให้การดูแล และองค์ประกอบที่สองเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดเวลา มีครบทั้งสององค์ประกอบจึงเรียกว่าการดูแลต่อเนื่อง มีอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ใช้การดูแลต่อเนื่อง^๑ การดูแลต่อเนื่องอีกความหมายเป็น ประสบการณ์การดูแลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่มีการประสานความร่วมมือที่ดีและราบรื่นโดยส่งต่อข้อมูลที่ดีสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้การดูแล และระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้ป่วย มีความยืดหยุ่นและปรับตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน การดูแลจากผู้ให้การดูแลน้อยคนเท่าที่ที่ต้องการ และรู้จักชื่อของผู้ให้การดูแล^๑

ต่อมาในช่วง ค.ศ. 2010 เกิดกระบวนทัศน์ใหม่ ที่เน้นมุมมองการเป็นหุ้นส่วน (partnerships) ระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว และผู้ให้การดูแล เพื่อการดูแลต่อเนื่อง จากแนวคิดผู้ป่วยเป็นหุ้นส่วนในการดูแลตนเอง กระบวนทัศน์การเป็นหุ้นส่วนที่เน้นการติดต่อสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลไม่เป็นทางการและผู้ให้การดูแลที่มีส่วนร่วมในลักษณะของเป็นหุ้นส่วนการดูแล การดูแลต่อเนื่องเป็นการร่วมกันสร้าง (Co-constructed) ขณะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว เครือข่ายผู้ดูแลไม่เป็นทางการและผู้ให้การดูแล การดูแลต่อเนื่องจะประสบความสำเร็จได้นั้นขึ้นกับความเข้มแข็งของการเป็นหุ้นส่วน การติดต่อสื่อสารและสัมพันธ์ที่ดี มีความสำคัญกับการเข้าถึงบริการและการได้รับการตอบสนองความต้องการที่สำคัญของผู้ป่วย ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้ที่มีศักยภาพ ทางเลือก และควบคุม

กำกับติดตาม เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง ผู้ให้การดูแลทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวประเมินความต้องการความชอบ และเอื้ออำนวยความสะดวกการจัดบริการที่เหมาะสม¹⁰⁻¹²

จากวิวัฒนาการความหมายของการดูแลต่อเนื่องหมายถึงประสบการณ์การดูแลของผู้ป่วยที่มีผู้ให้การดูแล ในทุก ๆ สถานที่ดูแลที่แยกจากกัน เป็นคนที่รู้จักและติดตามผู้ป่วย มีการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระหว่างผู้ให้การดูแล และความร่วมมือระหว่างผู้ให้การดูแล ทั้งในสถานที่ดูแลเฉพาะทาง และระหว่างสถานที่ดูแล เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการเชื่อมต่อการดูแลซึ่งกันและกัน และการดูแลต่อเนื่องเป็นการร่วมกันสร้างขณะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว เครือข่ายผู้ดูแลไม่เป็นทางการและผู้ให้การดูแล การเป็นหุ้นส่วนร่วมกันในการดูแลสุขภาพ

แนวคิดที่ใกล้เคียงกับการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ แนวคิดการประสานความร่วมมือการดูแล (coordination of care) เป็นการทำงานเป็นทีมระหว่างผู้ให้การดูแล มีการสื่อสารและความร่วมมือกัน แนวคิดการบูรณาการการดูแล (integration of care) ประกอบด้วย การสื่อสารและการร่วมมือ การแบ่งปันความรับผิดชอบร่วมกันและการบริหารจัดการการดูแล ทั้งแนวคิดการประสานความร่วมมือการดูแลและการบูรณาการการดูแลจะไม่ให้ความสำคัญกับผู้ให้การดูแลส่วนบุคคล แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเน้น ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลจะเอื้อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แต่ไม่รวมการสื่อสารและความร่วมมือระหว่างผู้ให้การดูแล ส่วนการจัดการรายกรณีเป็นกิจกรรมทั้งหมดที่ใช้เป็นแนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้แก่ผู้ให้การดูแลส่วนบุคคล การสื่อสารและความร่วมมือระหว่างผู้ให้การดูแล^๕ (รายละเอียดดังภาพที่ 1)

สำหรับการดูแลต่อเนื่องในประเทศไทย เริ่มมีในรูปแบบบริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care, HHC) ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 ภายใต้นโยบาย

สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ซึ่งรัก เพื่อดูแลครอบครัวและชุมชนให้มีสุขภาพดี โดยมีรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน 4 รูปแบบ คือ 1) ใช้โรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐานการดูแล 2) เป็นงานหนึ่งของกลุ่มการพยาบาล 3) เป็นงานหนึ่งของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม และ 4) เป็นงานหนึ่งของโรงพยาบาลที่มีหน่วยงานเฉพาะผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพที่บ้าน¹³ ซึ่งเป็นการดูแลต่อเนื่องตามพื้นที่ภายหลังจำหน่ายจากสถานพยาบาล สำหรับนิยามการดูแลต่อเนื่องพบว่ามี การให้ความหมายการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยเบาหวานและ ผู้ดูแลและผู้ให้บริการสุขภาพ ในกิจกรรมการปฏิบัติตัวเป็นส่วนใหญ่ เช่น ติดตามเยี่ยมที่บ้าน ตรวจสอบน้ำตาลอย่าง

สม่ำเสมอ การรับประทายยาต่อเนื่อง¹⁴ นอกจากนี้วรรณภา ศรีธัญรัตน์และคณะ¹³ ได้กล่าวถึงระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง หมายถึงระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่องในทุกๆระยะของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ครอบคลุมบริการสุขภาพและสังคม 1) การดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care, HHC) ที่เป็นการต่อเนื่องจากระยะเฉียบพลัน (acute care) (การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน) 2) การดูแลระยะกลาง (intermediate care) เพื่อการฟื้นฟูสภาพ และ 3) การดูแลระยะยาว (long-term care) ในชุมชน ซึ่งเป็นนิยามการดูแลต่อเนื่องในลักษณะการดูแลในทุกๆระยะของความเจ็บป่วย

แนวคิด	ค.ศ. 1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010
ความต่อเนื่องการดูแล (Continuity of care)		ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การสื่อสาร การประสานร่วมมือกัน	ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล		ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การสื่อสาร การประสานร่วมมือกัน	
การประสานความร่วมมือการดูแล (Coordination of care)		การประสานความร่วมมือกัน และการสื่อสาร		การสื่อสาร		ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การสื่อสาร การประสานร่วมมือกัน	
การบูรณาการดูแล (Integration of care)		การสื่อสารและ การประสานร่วมมือกัน					
การดูแลเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered care)		ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล					
การจัดการรายกรณี (Case management)		ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การสื่อสาร การประสานร่วมมือกัน					

ภาพที่ 1 วิวัฒนาการของความหมายของแนวคิดที่ใกล้เคียงกับการดูแลต่อเนื่อง⁵

ชนิดของการดูแลต่อเนื่อง

Reid และคณะ⁸ แบ่งชนิดการดูแลต่อเนื่องเป็น 3 ชนิดได้แก่ การต่อเนื่องของข้อมูล การต่อเนื่องของการจัดการและการต่อเนื่องของความสัมพันธ์

1. การต่อเนื่องของข้อมูล หมายถึง การใช้ข้อมูลเหตุการณ์ในอดีตและสภาพแวดล้อมส่วนบุคคล

เพื่อให้การดูแลในปัจจุบันให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน จัดหาและรวบรวมจัดการข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนให้ ผู้ให้ การดูแล มีพร้อมใช้ สำหรับการดูแลผู้ป่วย กระบวนการที่เข้าถึงและสื่อสารข้อมูลการดูแลอย่างเป็นระบบ ข้อมูลอาจเป็นเอกสาร ข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์และข้อมูลจากความทรงจำของผู้ให้การ

ดูแล การต่อเนื่องของข้อมูล ประกอบด้วย การส่งต่อข้อมูล และข้อมูลความรู้สะสมเกี่ยวกับผู้ป่วย^{8,15}

1.1 การส่งต่อข้อมูล เป็นการส่งต่อรายงานข้อมูลของผู้ป่วยจากผู้ให้การดูแลคนหนึ่งไปอีกคนเป็นการเชื่อมการดูแลที่แยกจากกันตลอดเวลา⁸ การส่งต่อข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญเพื่อการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลผู้ให้การดูแลหนึ่งไปยังอีกคนในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลกับที่อื่น ๆ มีการสื่อสารข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตอบสนองความต้องการและการดูแลอย่างสม่ำเสมอ การส่งต่อข้อมูลนอกจากเป็นการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยจากผู้ให้การดูแลคนหนึ่งไปอีกคนแล้วต้องมีการส่งต่อข้อมูลจากผู้ให้การดูแลไปยังผู้ป่วย และครอบครัวด้วย¹⁵

1.2 การส่งต่อข้อมูลความรู้สะสมเกี่ยวกับผู้ป่วย ข้อมูลที่ส่งต่อส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ข้อมูลที่สำคัญอีกส่วนคือ ข้อมูลความรู้สะสม (accumulated knowledge) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยในลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลความชอบ ค่านิยม บริบททางสังคมของผู้ป่วย และการสนับสนุน เป็นข้อมูลอีกส่วนที่มีความสำคัญนำไปสู่การวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับลักษณะและบริบทของผู้ป่วย ข้อมูลเหล่านี้อยู่สะสมในความทรงจำของผู้ให้การดูแลขณะที่ให้การดูแลกับผู้ป่วย^{8, 15} โดยเฉพาะการดูแลระดับปฐมภูมิ ความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้ป่วยทำให้ผู้ให้การดูแลรู้จักข้อมูลผู้ป่วยมากกว่าบันทึกที่กรายงานที่เขียนไว้ ซึ่งการนำข้อมูลนั้นไปวางแผนการดูแลและประสานความร่วมมือการดูแล ทำให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องได้ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Freeman และคณะ⁹ ซึ่งชี้ให้เห็นว่านอกจากส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์และบริบทของผู้ป่วยแล้วผู้ให้การดูแลต้องส่งต่อข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเข้าใจการเจ็บป่วยและการรักษา การดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและทางเลือกการดูแลของผู้

ป่วย รวมทั้งผู้ให้การดูแลต้องตระหนักถึงความสามารถที่แตกต่างกันของผู้ป่วยในการรับรู้ข้อมูลด้วย

การส่งต่อข้อมูลเป็นการสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอระหว่างผู้ให้การดูแลในสถานพยาบาลเดียวกันและอยู่ข้ามระดับสถานพยาบาลหรือระหว่างโรงพยาบาล เทคโนโลยีเกี่ยวกับข้อมูล สารสนเทศที่สามารถเข้าถึงได้ ณ ขณะให้การดูแล และการลงบันทึกที่รายงานสุขภาพเป็นการต่อเนื่องข้อมูลโดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากหลายวิชาชีพ ช่วยทำให้ผู้ป่วยไม่ถูกถามข้อมูลหรือการทดสอบซ้ำ ๆ โดยไม่จำเป็น ใช้เวลาคุ้มค่า ปัญหาการต่อเนื่องของข้อมูล เช่น ปัญหาการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลต่างระดับที่ขาดการสื่อสารระหว่างผู้ให้การดูแล ข้อมูลที่มีความขัดแย้งกันจากผู้ให้การดูแลหลายคนทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นต่อผู้ให้การดูแลลดลง ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลมากขึ้น รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง รู้สึกคับข้องใจเมื่อต้องได้รับการอธิบายซ้ำโดยไม่มีข้อมูลเพิ่มเติมขึ้น⁶

2. การต่อเนื่องของความสัมพันธ์ หมายถึงสัมพันธภาพเชิงบ่าบต่ออย่างต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การดูแลคนเดียวหรือมากกว่า การพบปะระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา การพบผู้ให้การดูแลคนเดิมอย่างต่อเนื่อง นอกจากจะส่งเสริมการต่อเนื่องของข้อมูลแล้วยังส่งเสริมให้เกิดความไว้วางใจ ความเข้าใจร่วมกัน และความรู้สึกรับผิดชอบต่อผู้ป่วย ซึ่งไม่เพียงแต่เชื่อมการดูแลในอดีตและปัจจุบัน แต่ยังเชื่อมต่อการดูแลในอนาคตด้วย^{8,15} การต่อเนื่องของความสัมพันธ์ประกอบด้วย สัมพันธภาพต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล และความสม่ำเสมอของบุคลากร⁸

2.1 สัมพันธภาพต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล สัมพันธภาพที่ดีเป็นความไว้วางใจ การไว้วางใจในการรักษาความลับ รูปแบบท่าทีของผู้ให้การดูแล การพูดด้วยความจริงใจ ทักษะการสื่อสารและการใช้เวลาเพียงพอที่พูดคุยอธิบายสิ่งต่าง ๆ รวม

ทั้งบุคลิกภาพ มากกว่าการรู้จักคุ้นเคยเป็นส่วนตัว¹¹ สัมพันธภาพที่ดีนำไปสู่ความรู้สึกรักผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การดูแล ผู้ให้การดูแลที่ให้การดูแลที่ใส่ใจต่อผู้ป่วยเป็นเวลานานจะสัมพันธ์กับการดูแลที่ดีขึ้น เช่น การตระหนักปัญหาได้ดีขึ้น การวินิจฉัยถูกต้องแม่นยำได้ถูกต้องแม่นยำและการติดตามรักษาต่อเนื่อง ลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาล แต่กลไกการเกิดยังไม่แน่ชัด⁸

สัมพันธภาพที่ต่อเนื่องจะส่งเสริมความไว้วางใจ เข้าใจร่วมกัน รู้สึกปลอดภัย พัฒนาความสัมพันธ์ที่แท้จริง รู้สึกมีคุณค่าและสามารถแสดงความรู้สึกวิตกกังวล ปัจจุบันที่เอื้อให้เกิดสัมพันธภาพที่ต่อเนื่องได้แก่ ผู้ให้การดูแลพร้อมที่จะรับฟัง ใส่ใจต่อความต้องการ มีความรู้สร้างความมั่นใจ และตระหนักปัญหาความยากลำบาก ความคุ้นเคยกับผู้ป่วยทำให้มีเวลามากพอที่จะจัดการความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางตรงข้าม การคุ้นเคยมากเกินไป การพบแพทย์คนเดิมบ่อยเกินไปอาจนำไปสู่การวินิจฉัยโรคผิดพลาด หรือชะล่าใจต่อปัญหาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยบางคนเลือกที่ปรึกษาผู้ให้การดูแลอีกคนเพื่อขอความคิดเห็นใหม่ หรือความคิดเห็นที่สอง⁶ ไม่มีความต่อเนื่องระหว่างบุคคล สัมพันธภาพเชิงบ่าบดอาจไม่ดี เนื่องจากขาดความคุ้นเคยกันและไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล¹⁵

2.2 ความสม่ำเสมอของผู้ให้การดูแล ความสม่ำเสมอการพบผู้ให้การดูแลคนเดิมเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเปราะบางไม่ต้องการเล่าเรื่องเดิมซ้ำกับผู้ให้การดูแลหลายคน⁸ ความสม่ำเสมอของผู้ให้การดูแลทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก ความสม่ำเสมอของผู้ให้การดูแลมีความสำคัญมากต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจมากหากผู้ให้การดูแลเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ กำกับติดตาม ตรวจสอบติดตามความก้าวหน้า เมื่อไม่มีความสม่ำเสมอผู้ป่วยรู้สึกไม่พึงพอใจ สิ้นหวัง แยกตัว สับสนการได้รับคำแนะนำและการรักษาที่แตกต่างกัน⁶

3. การต่อเนื่องของการจัดการ เป็นการ จัดหาบริการการดูแลสุขภาพที่อยู่แยกจากกันนำมาเสริมกันและกันในเวลาที่เหมาะสม การวางแผนการจัดการร่วมกันในการดูแลในลักษณะที่เชื่อมต่อกันและสอดคล้องกัน⁸ การประสานความร่วมมือในการดูแลสื่อสารข้อมูลการดูแล วางแผนการดูแลรวมทั้งระหว่างผู้ให้การดูแลในทีม ชำมทีม หน่วยงานและวิชาชีพ และระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้ป่วยผู้ดูแล และครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องเช่น อาสาสมัคร¹⁵ การต่อเนื่องของการจัดการเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรังและซับซ้อนที่ต้องการการจัดการจากผู้ให้การดูแลหลายคน เชี่ยวชาญเฉพาะทางให้ทำงานข้ามขอบเขตบริการ ความสำเร็จของการต่อเนื่องของการจัดการ เป็นการออกแบบบริการสุขภาพที่มีหลากหลายมาเสริมกันและกันในเวลาที่เหมาะสม การวางแผนการจัดการร่วมกันหรือกำหนดขั้นตอนการดูแลเอื้อให้เกิดความต่อเนื่องการจัดการ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลรู้สึกว่าได้รับการดูแลที่สามารถทำนายได้และมีมั่นคงในอนาคต¹⁵ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการดูแล ได้รับการดูแลที่สอดคล้องตรงความต้องการผู้ป่วย และได้รับการจำหน่ายที่ราบรื่น การต่อเนื่องของการจัดการประกอบด้วยความสม่ำเสมอในการดูแล และความยืดหยุ่น (flexibility)

3.1 ความสม่ำเสมอของการดูแล การสร้างแผนการจัดการ แผนการดูแลต่อเนื่อง หรือเส้นทางการดูแล (care pathway) ที่ระบุเป้าหมายการดูแลและแนวทางความรับผิดชอบอย่างชัดเจนของผู้ให้การดูแลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด และการแบ่งปันแผนการจัดการร่วมกันและ ปฏิบัติตามแผน รวมทั้งการวางแผนจำหน่าย ที่ส่งผ่านการดูแลผู้ป่วยระหว่างสถานที่ หรือจากโรงพยาบาลที่ดูแลเฉียบพลันไปยังบ้าน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ดีเมื่อกลับบ้าน^{8,15} นอกจากนี้การมีผู้จัดการรายกรณีที่ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือบริการการดูแลจากหลายแหล่งแก่ผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม การจัดการรายกรณีเป็นแนวทางหนึ่งที่ผลัก

ต้นให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง การมีผู้จัดการรายกรณีอาจเกี่ยวข้องกับต่อเนื่องของความสัมพันธ์ แต่บทบาทส่วนใหญ่ของผู้จัดการรายกรณีจะเกี่ยวข้องกับการต่อเนื่องของการจัดการ^๑

3.2 ความยืดหยุ่น (flexibility) การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ยืดหยุ่นเป็นการบริการที่ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อความต้องการทันที และปรับเปลี่ยนการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน สามารถเข้าถึงบริการและผู้ให้การดูแลได้เมื่อต้องการ เช่น ได้รับคำแนะนำเมื่อต้องการ สามารถเข้าถึงแพทย์ พยาบาล หรือแพทย์เฉพาะทางได้เมื่อต้องการ ปัญหาการเข้าถึงบริการ เช่น ใช้เวลารอรักษานาน ขาดแคลนผู้ให้การดูแล การยกเลิกนัด หรือนัดไม่ได้ การต่อเนื่องของการดูแลทั้ง 3 ชนิด จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ให้การดูแล รวมถึงการใช้ทรัพยากรสุขภาพ

ผลลัพธ์การดูแลต่อเนื่อง

หากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านต่าง ๆ กล่าวคือด้านการใช้ทรัพยากรสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการเข้ารับการรักษาฉุกเฉินหรือเร่งด่วนลดลง^{4,16,17,18} จำนวนวันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งรักษานอนโรงพยาบาล และรักษาแบบผู้ป่วยนอกลดลง¹⁹ การเข้ารับการรักษาซ้ำ จำนวนและสาเหตุของการเข้ารับการรักษาซ้ำลดลง⁴ ค่าใช้จ่ายในการดูแลลดลง^{4,16,19} ภาวะแทรกซ้อนลดลง¹⁶ อัตราการตายของโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง¹⁹ คุณภาพการดูแลดีขึ้น การดูแลต่อเนื่องส่งผลต่อผู้ป่วยทำให้ภาวะสุขภาพและหรือความพึงพอใจในการดูแล คุณภาพชีวิต ความผาสุกและหรือภาวะสุขภาพดีขึ้น อาทิ ความรุนแรงของอาการและการกลับเป็นซ้ำ ผลข้างเคียง ภาวะเจ็บป่วยที่แย่งลงหรืออัตราการเสียชีวิต ผู้ดูแลพึงพอใจต่อการบริการเพิ่มขึ้น และความพึงพอใจลดลง ส่วนการดูแลต่อเนื่องส่งผลต่อผู้ให้การ

ดูแลได้แก่ การสื่อสารและการประสานความร่วมมือในการกิจกรรม กระบวนการดูแล และการรู้จักโรคและการรักษาของผู้ป่วย⁴

จะเห็นว่าการดูแลต่อเนื่อง จะส่งผลดีทั้งต่อระบบสุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้การดูแล ซึ่งการประเมินผลการดูแลต่อเนื่อง อาจประเมินตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ให้การดูแล และระบบสุขภาพ หรือประเมินตามชนิดของการดูแลต่อเนื่องได้

การประเมินการดูแลต่อเนื่อง

การประเมินการดูแลต่อเนื่อง ส่วนใหญ่เน้นการประเมินการต่อเนื่องตามลำดับเวลา อาจใช้การคำนวณ ดัชนีการต่อเนื่องของผู้ให้การดูแลตามปกติ (The usual provider continuity index, UPCI) ดัชนีการดูแลต่อเนื่อง (continuity of care index, COCI) วัดการต่อเนื่องผู้ให้การดูแลที่รู้จัก (known provider continuity) เป็นการคำนวณการต่อเนื่องที่มารับการดูแลจากผู้ให้การดูแลคนเดิมในปีปัจจุบันเทียบกับปีที่ผ่านมาเมื่อเทียบกับการได้รับการดูแลจากผู้ให้การดูแลหรือแพทย์ทั้งหมด²⁰ การวัดการต่อเนื่องการดูแลตามชนิดของการดูแลต่อเนื่อง เช่น ประเมินการต่อเนื่องของการจัดการโดยการวัดการติดตามเยี่ยมตามตาราง เวลาที่ใช้เยี่ยม^๘ การวัดด้วยแบบสอบถามการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีคุณภาพดี ได้แก่ 1). แบบสอบถามการต่อเนื่องการดูแลเบาหวาน (Diabetes Continuity of Care Questionnaire, DCCQ) 2). แบบประเมินการต่อเนื่องของการบริการสุขภาพจิต แอลเบอร์ตา (Alberta Continuity of Services Scale – Mental Health, ACSS–MH) 3). แบบสอบถามการดูแลต่อเนื่องโรคหัวใจ (Heart Continuity of Care Questionnaire, HCCQ) 4). สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยไม่คำนึงถึงชนิดของโรคเรื้อรัง แบบสอบถามการต่อเนื่องของไนจิมเจน (Nijmegen Continuity Questionnaire,

NCQ)²¹

สรุปแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง เป็นแนวคิดที่กว้าง มีนิยามที่หลากหลาย เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและบริบท การดูแลต่อเนื่องหมายถึง การได้รับการดูแลจากผู้ให้การดูแลคนเดิมหรือน้อยคน การดูแลที่มีการประสานความร่วมมือกันและไม่ขาดตอน มีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการเป็นหุ้นส่วนระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว และผู้ให้การดูแล เพื่อการดูแลต่อเนื่อง การดูแลต่อเนื่องแบ่งเป็น 3 ชนิด ได้แก่ 1). การต่อเนื่องของข้อมูลเป็นการส่งต่อข้อมูลระหว่างผู้ให้การดูแล และผู้ให้การดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา ลักษณะส่วนบุคคล บริบทของผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลความรู้ เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา การปฏิบัติตน การมีส่วนร่วม 2). การต่อเนื่องของความสัมพันธ์ เป็นการส่งเสริมให้เกิดสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัดต่อเนื่องตลอดเวลาระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การดูแลคนเดิม หรือเป็นทีมเล็ก ๆ และได้พบกับผู้ให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอ 3). การต่อเนื่องของการจัดการ เป็นการวางแผนการจัดการและเส้นทางการดูแลร่วมกัน การแบ่งปันและปฏิบัติตามแผนการจัดการร่วมกัน การวางแผนจำหน่ายการจัดการรายกรณี และการจัดการให้เข้าถึงบริการสุขภาพที่ยืดหยุ่นตอบสนองต่อความต้องการ และปรับเปลี่ยนการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน การดูแลต่อเนื่องส่งผลลัพธ์ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ให้การดูแล รวมถึงการใช้ทรัพยากรสุขภาพ การประเมินการดูแลต่อเนื่องตามชนิดการดูแลต่อเนื่อง ส่วนใหญ่จะประเมินความต่อเนื่องของความสัมพันธ์ เช่น UPCI, COCI และแบบสอบถามการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีคุณภาพ เช่น DCCQ, ACSS-MH, HCCQ เป็นต้น

References

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases, **Fact sheet**. Updated April 2017.

- Retrieved April 10, 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
2. Golics CJ, Basra MKA, Salek MS, Finlay AY. The impact of patients' chronic disease on family quality of life: an experience from 26 specialties. *International Journal of General Medicine*. 2013; 6:787-798. doi:10.2147/IJGM.S45156.
 3. Sparbel, K. J. H. and Anderson, M. A. Integrated Literature Review of Continuity of Care: Part 1, Conceptual Issues. *Journal of Nursing Scholarship* 2000; 32: 17-24. doi: 10.1111/j.1547-5069.2000.00017.
 4. Van Servellen G, Fongwa M, D'Errico EM. Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: A literature review. *Nursing & Health Sciences* 2006; 8(3):185-195.
 5. Uijena A A, Schersa HJ, Schellevis FG, van den Bosch JHM. How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. *Family Practice* 2012; 29:264-271.
 6. Waibel S, Henao, D, Aller M, Vargas I, Vázquez M. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *International Journal for Quality in Health Care* 2012; 24(1): 39-48.
 7. Hennen B. K. E. Learning Continuity of Care. *Can Fam Physician* 1981; 27:831-833.
 8. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care. the Canadian Health Services Research Foundation, the Canadian Institute for Health Information, and the Advisory Committee on Health Services of the Federal/Provincial/

- Territorial Deputy Ministers of Health; 2002. <http://www.chspr.ubc.ca/hpru/pdf/hpru02-6D.pdf>
9. Freeman G, Shepperd S, Robinson I, Ehrich K, Richards S. Continuity of Care: Report of a Scoping Exercise Summer 2000 for the SDO Programme of NHS R&D. London: NCCSDO, 2001. Retrieved April 10, 2016, from http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_ES_08-1009-002_V01.pdf
 10. Parker, G, Corden A, Heaton J. Synthesis and Conceptual Analysis of the SDO's Programme's Research on Continuity of Care, National Institute for Health Research Evaluations, Southampton, Trials and Studies Coordinating Centre;2010.
 11. Parker G, Corden A, Heaton J. Experiences of and influences on continuity of care for service users and carers: synthesis of evidence from a research programme. *Health Soc Care Community* 2011; 19(6):576-601.
 12. Heaton J, Corden A, Parker G. Continuity of care: a critical interpretive synthesis of how the concept was elaborated by a national research programme. *Int J Integr Care* 2012; Apr-Jun: 12: 1-9.
 13. Sritanyaratana W, Aroonsang P, Leethong-in M, Piyawattanapong S, Panpanich L. Synthesis of continuity care service system for older persons: case study of older persons with stroke and persons with dementia. *Khon Kaen: Nursing faculty*; 2015. (in Thai)
 14. Chomnirut W. Development of continuity of care system for diabetic patients at primary care unit. Doctor of Philosophy thesis in nursing, Graduate School, Khon Kaen University; 2008. (in Thai)
 15. Haggerty J, Reid R, Freeman G, Starfield B, Adair, McKendry R. Continuity of care: a multi-disciplinary review. *British Medical Journal* 2003; 327: 1219-1221.
 16. Hussey PS, Schneider EC, Rudin RS, Fox DS, Lai J, Pollack CE. Continuity and the costs of care for chronic disease. *JAMA Intern Med.* 2014 May; 174(5):742-8. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.245.
 17. Eva H. DuGoff, Karen Bandeen-Roche, Gerard F. Anderson. Relationship between continuity of care and adverse outcomes varies by number of chronic conditions among older adults with diabetes *Journal of Comorbidity* 2016;6(2): 65-72.
 18. Sveréus S, Larsson K, Rehnberg C. Clinic continuity of care, clinical outcomes and direct costs for COPD in Sweden: a population based cohort study. *Eur Clin Respir J.* 2017 Mar 3; 4(1):1290193.
 19. Shin DW, Cho J, Yang HK, Park JH, Lee H, Kim H, Oh J, Hwang S, Cho B, Guallar E. Impact of continuity of care on mortality and health care costs: a nationwide cohort study in Korea. *Ann Fam Med.* 2014 Nov-Dec; 12(6):534-41. doi: 10.1370/afm.1685.
 20. Tousignant P, Diop M, Fournier M, Roy Y, Haggerty J, Hogg WB.. Validation of 2 New Measures of Continuity of Care Based on Year-to-Year Follow-up With Known Providers of Health Care. *Annals of Family Medicine,* 2014 12(6), 559-567. <http://doi.org/10.1370/afm.1692>

21. Uijen AA, Heinst CW, Schellevis FG, et al. Measurement Properties of Questionnaires Measuring Continuity of Care: A Systematic Review. Timmer A, ed. PLoS ONE. 2012;7(7):e42256.doi:10.1371/journal.pone.0042256.