

บทวิจัย

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริการปฐมภูมิ CHRONIC ILLNESS CARE IN PRIMARY CARE

นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์*

บทนำ

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ในปี ค.ศ. 2005 มีผู้เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ จำนวน 58 ล้านคน ซึ่งคาดว่าประชาชนในจำนวนนั้น ประมาณ 35 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง และเป็นสาเหตุการตาย 5 ใน 10 ของประเทศกำลังพัฒนา และคาดว่าในปี ค.ศ. 2020 จะเพิ่มขึ้นเป็น 7 ใน 10 (World Health Organization, 2010) โดยโรคไม่ติดต่อ มักเกิดจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่า ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ (World Health Organization, 2013)

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยมีการกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในปัจจุบันรวมถึงการนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังมาใช้ในการบริการปฐมภูมิ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) ทั้งยังให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านกระบวนการดูแลแบบให้ความร่วมมือ (Collaborative care) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management) (Bodenheimer, Lorig, Holman, & Grumbach, 2002) สอดคล้องกับคุณลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิในประเด็นความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ โดยการดูแลโรคเรื้อรังนั้น ต้องมีการดำเนินการทั้งระบบ ในส่วนของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และระบบบริการ

สุขภาพ ทั้งนี้ประเทศไทยมีความท้าทายในการดูแลโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตามพบว่าประเทศไทย มีสิ่งสนับสนุนหลายประเด็นในการพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี บทความนี้มีวัตถุประสงค์นำเสนอความหมายของโรคเรื้อรัง นโยบายและแผนยุทธศาสตร์เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังกับการนำไปปฏิบัติ บริการปฐมภูมิกับการดูแลโรคเรื้อรัง การดูแลโรคเรื้อรังทั้งระบบ และข้อเสนอแนะในการดูแลโรคเรื้อรัง

ความหมายของโรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรัง (Chronic disease) หมายถึงโรคที่เมื่อเป็นแล้วจะมีอาการหรือต้องรักษาติดต่อกันนาน ต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานานและก้าวหน้าอย่างช้าๆ ส่วนโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable disease) คือ โรคที่ไม่ติดเชื้อสาเหตุเกิดจากพันธุกรรม วิถีชีวิต และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้พบคำว่า ภาวะเรื้อรัง (Chronic conditions) เป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องยาวนานเป็นปีหรือสิบๆ ปี ซึ่งจะรวมโรคไม่ติดต่อ (หรือโรคเรื้อรัง) และโรคติดต่อที่ต้องการการดูแลยาวนานจากภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น HIV, ตับอักเสบชนิดซี ความผิดปกติทางจิตระยะยาว และภาวะที่ทำให้เกิดความพิการหลงเหลือ (Sharma, 2013; World Health Organization, 2005)

โรคเรื้อรัง เกิดจากสาเหตุที่หลายประการ จากหลากหลายปัจจัยเสี่ยงโดยสาเหตุหลัก ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เกิดจากพฤติกรรมมารับประทาน

ผู้รับผิดชอบหลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

อาหารหวาน มัน เค็ม กินผักน้อย ขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักตัวเกิน สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า นอกจากนี้อีกร้อยละ 10 เกิดจากพันธุกรรม ทั้งนี้หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง หรือไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร มีความพิการหลงเหลืออยู่พยาธิสภาพที่เกิดขึ้น (Hung, Ross, Boockvar, & Siu, 2012) ไม่สามารถกลับคือสูปกติได้ ซึ่งต้องการการฟื้นฟูสภาพ (Sharma, 2013) โรคเรื้อรัง มีชื่อเรียกอีกอย่าง คือ โรคไม่ติดเชื้อ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง อัมพาต โรคหัวใจ โรคหืด หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ฤกษ์ลมโป่งพอง ตับแข็ง มะเร็ง เป็นต้น

ผลกระทบจากโรคเรื้อรัง พบว่าส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของบุคคลหรือระบบสุขภาพเพื่อวินิจฉัย ดูแลรักษา ทั้งในระดับบุคคล สังคม และเศรษฐกิจ โดยในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หัวใจ และมะเร็ง สูญเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 25,225 ล้านบาทต่อปี หากคนไทยป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรครวม 18.25 ล้านคนต่อปีมารับบริการที่สถานพยาบาล จะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้นประมาณ 335,359 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 2.94 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ และพบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวานหนึ่งคน คิดเป็นเงิน ประมาณ 28,207 บาทต่อปี (Chatterjee et al., 2011) และระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Sparring et al., 2013) เห็นได้ว่า

ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในระดับบุคคลและการพัฒนาประเทศ

การจัดบริการโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพนั้น จะต้องเข้าใจความแตกต่างของลักษณะการดำเนินโรค (ตารางที่ 1) จากลักษณะของโรคที่ต้องการการดูแลระยะยาว การรักษาจึงไม่ใช่เป้าหมายของการดูแลโรคเรื้อรัง แต่เป็นการดูแลเพื่อมุ่งลดภาวะโรค ลดการป่วยด้วยภาวะเรื้อรังหลายประเด็น (Multiple chronic conditions) รูปแบบการดูแลที่เน้นการรักษาทั่วไปตามอาการเจ็บป่วยเป็นครั้งๆ (Episode care) ด้วยการใช้มุมมองทางชีวการแพทย์ มุ่งให้การรักษากลับเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับโรคติดเชื้ที่ต้องรับการรักษาทันที มีประสิทธิภาพรวดเร็ว สามารถหยุดโรคและการแพร่กระจายเชื้อได้ทันต่อเหตุการณ์ แต่โรคเรื้อรังมีระยะเวลาในการเป็นโรคนาน การดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้าๆ ต้องการการดูแลต่อเนื่อง มีความซับซ้อนหลายมิติทั้งทางกาย จิต และสังคม เกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรม การดำเนินชีวิต (Sharma, 2013) ที่ต้องการการดูแลตนเองที่เหมาะสม การควบคุมโรคจึงขึ้นอยู่กับ การดูแลตนเองของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และการจัดระบบบริการ (Kennedy, Roger, & Bower, 2007) ที่ต้องการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้รับบริการ มีแผนการรักษาระยะยาว เน้นบทบาทผู้ป่วยในการดูแลกับภาวะเรื้อรังโดยเฉพาะเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรค และให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว (Coleman, Austin, Wagner, & Brach, 2009)

ตารางที่ 1 ความแตกต่างระหว่างโรคที่มีภาวะเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง

ลักษณะ	โรคที่มีภาวะเฉียบพลัน	โรคเรื้อรัง
ระยะเวลาการเกิดโรค	• ทันทีทันใด	• ค่อยเป็นค่อยไป
ระยะเวลาการดำเนินโรค	• จำกัด	• ยาวนานไม่สามารถบอกได้
สาเหตุ	• มักเกิดจากสาเหตุเดียว	• มักเกิดจากหลายสาเหตุและมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาเปลี่ยนไป
การวินิจฉัยและพยากรณ์โรค	• มักถูกต้อง	• ไม่แน่นอน
การใช้เทคโนโลยี	• มีประสิทธิภาพ	• อาจมีผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น อาจจะมีหรือไม่มีประโยชน์
รูปแบบการรักษา	• เน้นความสามารถเฉพาะตัวของแพทย์	• เน้นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
ผลการรักษา	• รักษาหายขาดได้	• ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
ความไม่แน่นอน	• น้อย	• มาก
ความรู้	• แพทย์มีความรู้และประสบการณ์มากกว่าผู้ป่วย	• แพทย์และผู้ป่วยสามารถหาความรู้ได้เท่าเทียมกัน

ที่มา: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557; หน้า 15

จากลักษณะของโรคเรื้อรัง และสถานการณ์ของโรคเรื้อรังของประเทศไทยที่พบว่ามีประชาชนป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มากถึงร้อยละ 60 ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรค หัวใจ โรคมะเร็ง ปีกว่า 97,900 คน (พินิตา สุธาพิทักษ์, 2555) รัฐบาลให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพ และกำหนดให้มโนบายและแผนยุทธศาสตร์เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ระดับประเทศ ในการจัดบริการ และให้การดูแลที่สอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรของประเทศ

นโยบายและแผนยุทธศาสตร์เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย รัฐบาลให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยมีการกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในปัจจุบัน ได้แก่

1. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 (Thailand lifestyle healthy strategic plan 2011-2020) มีเป้าหมายให้ประชาชน ชุมชน สังคม และประเทศ มีภูมิคุ้มกันและศักยภาพในการสกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญได้ โดยมุ่งเน้นการลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ด้วยการเพิ่มวิถีชีวิตพอเพียง ใน 3 ด้าน ได้แก่ การบริโภค การออกกำลังกาย และการดูแลอารมณ์ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)

2. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 มีวิสัยทัศน์ให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ร่วมสร้างระบบสุขภาพ พอเพียงเป็นธรรม

นำสู่สังคมสุขภาวะ แผนฯ 11 นี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้หน่วยงานทั้งภาครัฐ ธุรกิจเอกชน ท้องถิ่น ชุมชน สามารถนำไปใช้เป็นการรอบในการจัดทำแผนพัฒนา ระดับต่างๆ ทั้งที่เป็นแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการประจำปี เช่นแผนยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณแผ่นดิน แผนยุทธศาสตร์กระทรวง แผนยุทธศาสตร์เศรษฐกิจประเทศไทยของหอการค้าไทย และแผนชุมชน เป็นต้น โดยมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ และหลอดเลือดสมอง มะเร็ง เป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายในการพัฒนา (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี, 2555)

3. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2555-2559 (Service plan 2012-2016) จากแผนฯ 11 กระทรวงสาธารณสุข ได้นำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิและศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย มีการกำหนดสาขาที่เร่งรัดให้มีการพัฒนาทั้งสิ้น 10 สาขา ทั้งนี้ มีสาขาที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 3 สาขา ได้แก่ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาโรคตาและไต แสดงให้เห็นว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2558)

4. แผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พ.ศ. 2556 (8 Flagship project) กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป็นแผนงานตามกลุ่มวัย 8 แผนงาน แต่ละแผนงานเน้นการทำงานร่วมกันแบบเบ็ดเสร็จระหว่าง 4 กรม ได้แก่ กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต และกรมการแพทย์ มุ่งหวังให้เกิดการบูรณาการทั้งด้านการ

พัฒนา การแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมโดย แผนงานที่ 6 คือ แผนงานการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

5. แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ (a multi-sectoral network for non-communicable diseases control; NCD network) โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับองค์การอนามัยโลก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชน ชุมชน สังคม และประเทศ มีภูมิคุ้มกันและศักยภาพในการสกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญ (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

6. ยุทธศาสตร์และเป้าหมาย กระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีการบูรณาการยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขร่วมกันในยุทธศาสตร์แต่ละด้านตั้งแต่กระบวนการวางแผน การจัดทำรายละเอียดมาตรการ เป้าหมาย แผนงาน โครงการงบประมาณ โดยยึดปัญหาประชาชนเป็นเป้าหมายหลัก ใน 15 ประเด็น โดยมุ่งพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังกับการนำไปปฏิบัติ

ในปีค.ศ. 2002 Edward Wagner ได้เสนอรูปแบบการดูแลกลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model; CCM) ซึ่งปรับจากการดูแลแบบระดับบุคคลมาเป็นการดูแลแบบบูรณาการเข้าถึงประชากรและการป้องกันมากขึ้น เป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก โดยมีการปรับกระบวนการที่คนใหม่ของการจัดการภาวะเรื้อรังที่มากกว่าการรักษาทางการแพทย์ แต่รวมถึงการมี

ปฏิสัมพันธ์ที่ีระหว่างกลุ่มเสียง/กลุ่มป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ บทบาทของกลุ่มเสียง/กลุ่มป่วยมีใช้เพียงผู้รับการดูแลรักษาแต่เป็นส่วนหนึ่งของทีมการดูแลรักษา (Wagner et al., 2001) โดย CCM เป็นการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติซึ่งกรอบแนวคิดนี้สอดคล้องกับการดูแลในบริการปฐมภูมิ (Bodenheimer, Wagner, & Grumbach, 2002) โดย CCM ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) นโยบายและทรัพยากรของชุมชน 2) หน่วยงานบริการสุขภาพ 3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง 4) การออกแบบระบบการให้บริการ 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ และ 6) ระบบสารสนเทศทางคลินิก

จากการทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมกรมแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2557) พบว่าหลายประเทศมีการนำแนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังที่หลากหลายในการนำไปปฏิบัติ ให้สอดคล้องกับทรัพยากรและโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพในแต่ละประเทศ รูปแบบที่พบแพร่หลายและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการยืนยันประสิทธิภาพของรูปแบบนั้น

คือ รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง Wagner และคณะ (Lorig, Ritter, Pifer, & Werner, 2014) ซึ่งได้เสนอแนวทางในการจัดระบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการทำงานร่วมกัน และการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เน้นให้ผู้ปฏิบัติเปลี่ยนการให้บริการมาเป็นการสนับสนุนการดูแลตนเอง การเชื่อมโยงสู่ชุมชนด้วยการการดูแลที่ทำงานประสานร่วมกับชุมชนในการส่งต่อผู้ป่วย การพัฒนาแนวทางปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ การติดตามผู้ป่วย และการใช้สารสนเทศทางคลินิก เช่น ระบบลงทะเบียนโรค การปรับระบบใหม่นี้ รวมถึงการใช้ผู้จัดการรายกรณี การเยี่ยมบ้านเป็นกลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้ในปัจจุบันประเทศไทยดำเนินการโดยทีมหมอครอบครัว (Family care team; FCT) ในแต่ละระดับ (สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2557) โดยรวมการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่ใช่แพทย์ด้วย เพื่อให้การดูแลครอบคลุมปัจจัยกำหนดสุขภาพของประชาชน ปัจจุบันหลายประเทศ มีการนำ CCM ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีตัวอย่างของการดำเนินการในแต่ละองค์ประกอบ (Denis et al., 2008) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 องค์ประกอบและตัวอย่างโปรแกรม/กิจกรรม ที่ดำเนินการ

องค์ประกอบของ CCM	รายละเอียด	ตัวอย่างโปรแกรม/กิจกรรม ที่ดำเนินการ
1. นโยบายและทรัพยากรของชุมชน (Community resources and policy)	หน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีการประสานงานเพื่อเชื่อมโยงชุมชนและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ตระหนักและสนับสนุนทรัพยากรเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	การสนับสนุนของท้องถิ่น เช่น การจัดสถานที่ออกกำลังกาย การจัดงบประมาณสนับสนุนการคัดกรองโรคเรื้อรังของชุมชน เป็นต้น

ตารางที่ 2 องค์ประกอบและตัวอย่างโปรแกรม/กิจกรรม ที่ดำเนินการ (ต่อ)

องค์ประกอบของ CCM	รายละเอียด	ตัวอย่างโปรแกรม/กิจกรรม ที่ดำเนินการ
2. หน่วยงานบริการสุขภาพ (Health Systems organization of health care)	ระบบสุขภาพที่สนับสนุนจากผู้บริหาร โดยผู้บริหารกำหนดนโยบายและ สนับสนุนให้สถานบริการทุกระดับ ให้ ความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการ ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมี โครงสร้างการเบิกจ่ายหรือตอบแทน การดูแลรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมต่อ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	<ul style="list-style-type: none"> • นโยบายของหน่วยบริการ • การกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินกรอบ คุณภาพ (Quality Outcome Framework; QOF) เช่น ตัวชี้วัดด้านที่ 1 คุณภาพและผลงานการจัดบริการสร้าง เสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ตัวชี้วัด พื้นที่) ประกอบด้วย ร้อยละของ ประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการ คัดกรองเบาหวาน ร้อยละของ ประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการ คัดกรองความดันโลหิตสูง เป็นต้น
3. การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self- management support)	การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความมั่นใจในการดูแลดูแลความ เจ็บป่วย จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือ หรือวิธีที่ใช้ในการดูแลตนเอง สามารถประเมินปัญหาอุปสรรคและ ความสำเร็จในการดูแลตนเองเป็น ระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ	<ul style="list-style-type: none"> • การให้สุขภาพศึกษาที่สนับสนุนการดูแล ตนเอง • การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ • การสนับสนุนสื่อที่ใช้ในการสอนเกี่ยวกับ โรคเรื้อรัง • ผลของการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรม สนับสนุนการดูแลตนเอง มักพบใน ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิต สูง พบบ้างในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ หอบ หืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. การออกแบบระบบการ ให้บริการ (Delivery system design)	ระบบบริการที่เชื่อมโยงตลอด กระบวนการดูแลผู้ป่วย มีการปรับ ระบบบริการ ที่สามารถเชื่อมโยงกันใน สถานบริการทุกระดับอย่างมีคุณภาพ มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากร เพื่อการวางแผนดูแลผู้ป่วยระยะยาว รวมทั้งระบบการดูแลภาวะเฉียบพลัน	<ul style="list-style-type: none"> • การดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ • การส่งต่อระหว่างบริการปฐมภูมิ ทุติย ภูมิ และตติยภูมิ • การดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างชุมชนและ บริการปฐมภูมิของพื้นที่
5. การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support)	มีแนวทางเวชปฏิบัติที่มีหลักฐาน อ้างอิง เชิงประจักษ์ เป็นแนวทางใน การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สำหรับ สถานบริการทุกระดับ รวมทั้ง การจัด ให้มีระบบให้คำปรึกษา	<ul style="list-style-type: none"> • แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง • การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของ เจ้าหน้าที่ • การสนับสนุนเอกสาร สื่อ ที่ใช้ในการ ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

ตารางที่ 2 องค์ประกอบและตัวอย่างโปรแกรม/กิจกรรม ที่ดำเนินการ (ต่อ)

องค์ประกอบของ CCM	รายละเอียด	ตัวอย่างโปรแกรม/กิจกรรม ที่ดำเนินการ
6. ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information system)	มีระบบสารสนเทศทางคลินิก ที่ช่วยสนับสนุนและส่งผ่านข้อมูลถึงกันเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เป็นไปตามแนวทาง	<ul style="list-style-type: none"> • การบันทึกการดูแลผู้ป่วยเมื่อไปเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพ • การบันทึกข้อมูลและเชื่อมโยงการใช้ข้อมูลของบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

ที่มา ประยุกต์จากสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557; หน้า 18

จากรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังทั้ง 6 องค์ประกอบ พบว่า มีความเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบทั้ง ผู้ให้บริการวิชาชีพ (Professional) ผู้ป่วย (Patient) และโครงสร้างของระบบบริการ (Structure) ทั้งในระบบบริการสุขภาพและชุมชน สอดคล้องกับ Kennedy, Rogers, & Bower, (2007) ที่ระบุว่า รูปแบบของการดำเนินการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องมีการดูแลทั้งระบบ เช่น การเปลี่ยนแปลงการส่งมอบบริการของเจ้าหน้าที่นั้น จะต้องมีกรอบมทัชชะการให้บริการ การปรับการทำงานเป็นทีมที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การพัฒนาคุณภาพการดูแลโรคเรื้อรัง เจ้าหน้าที่จะต้องได้รับการอบรมให้มีความรู้ ทักษะ กลวิธีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ โดยเจ้าหน้าที่จะต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เพื่อให้มีการดูแลประสานความร่วมมือ (Collaborative care)

ในส่วนของผู้ป่วยนั้น ต้องพบกับความท้าทายของการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทั้งการรับประทานยา การควบคุมอาการ การเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติ โดยการดูแลโรคเรื้อรังนั้นเจ้าหน้าที่จะต้องคำนึงถึงสภาพเศรษฐกิจสังคม ประสบการณ์ การเจ็บป่วย ครอบครัว ร่วมด้วย ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องมีข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อดูแลตนเองมีทักษะในการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจ

เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง

โครงสร้างของระบบบริการ จะต้องจัดให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ มีความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการดูแลตนเองนั้น หมายถึง การพึ่งพากันในครอบครัว ชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพดี เพื่อจัดการภาวะการเจ็บป่วย ความพิการ โดยได้รับการสนับสนุนหรือไม่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่

บริการปฐมภูมิกับการดูแลโรคเรื้อรัง

มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง จะทำให้เกิดความต่อเนื่องเชื่อมโยงของบริการ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ และเกิดความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ (Shi, 2012) ปัจจุบันพบว่าระบบบริการปฐมภูมิมีบทบาทเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมอาการได้ โดยหน่วยงานที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทในส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเฉียบพลันที่ไม่รุนแรง นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องให้มีคุณภาพและ ประสิทธิภาพ ทั้งการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ เป็นต้น รวมถึงการบริการด้าน

สังคมให้สอดคล้องกับความจำเป็นของผู้ป่วย ประกอบกับปัญหาสุขภาพปัจจุบันที่จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการส่งต่อผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้จากโรงพยาบาลแม่ข่ายไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ปัจจุบันพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีปริมาณมาก รูปแบบการเจ็บป่วยยาวนานในการปฏิบัติงานจริง จึงจำเป็นต้องทำงานเป็นทีม และปรับสภาพแวดล้อมการทำงาน ของระบบบริการสุขภาพให้เอื้อต่อความเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ

บริการปฐมภูมิมิมีคุณลักษณะที่สำคัญ ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการด่านแรก บริการที่ครบถ้วนรอบด้าน บริการต่อเนื่อง การประสานงานส่งต่อ และความร่วมมือของประชาชน ด้วยการประยุกต์หรือปรับวิธีการดูแลนี้ให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่และวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และเมื่อมีอาการที่เกินความสามารถหรือต้องการความช่วยเหลือด้านอื่นเพิ่มเติมทำการประสานงานกับหน่วยงานอื่น (Shi, 2012) อีกทั้งยังสนับสนุนให้ประชาชนพึ่ง ตนเอง ด้านสุขภาพ จากลักษณะสำคัญข้างต้น เห็นได้ว่า บริการปฐมภูมิ มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ด้วยเหตุผลหลายประการ คือ 1) โรคเรื้อรังเป็นแล้วไม่หาย ต้องการการดูแลต่อเนื่อง 2) โรคเรื้อรังส่วนใหญ่ ต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเอง ซึ่งผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการอบรมทางด้านพฤติกรรม และ 3) ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่มักจะมีผู้ป่วยอย่างน้อย 2 โรค เช่น เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง และบางรายพบปัญหาเศรษฐกิจ สังคม ซึ่งต้องการการประสานงานในการดูแลจากหลาย

หน่วยงาน สอดคล้องกับ Macinko, Dourado, Guanais. (2011) กล่าวว่า มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่แสดงให้เห็นว่าบริการปฐมภูมิมิมีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคในทุกๆระยะ เช่น การป้องกันโรคระยะแรก (Primary prevention) ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก การงดสูบบุหรี่ การคัดกรองโรคเบื้องต้น เป็นต้น การป้องกันโรคระยะที่สอง (Secondary prevention) เช่น การได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างทันเวลา และการป้องกันโรคในระยะที่สาม (Tertiary prevention) เช่น การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เป็นต้น อย่างไรก็ตามโรคเรื้อรังมีปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากพฤติกรรมที่ซับซ้อน มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังนั้นจึงมีความท้าทายในการจัดการและการดูแลให้มีความยั่งยืนของพฤติกรรมและการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

การดูแลโรคเรื้อรังในบริการปฐมภูมินั้น Bodenheimer (2002) กล่าวว่า จะต้องใช้กระบวนการที่ศรัทธาเป็นพื้นฐาน ประกอบด้วย ความร่วมมือในการดูแล (Collaborative care) ที่เกิดจากความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย และการสนับสนุนการดูแลตนเอง เป็นการวางแผนสุขภาพเพื่อสร้างทักษะการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย เป็นวิธีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (ตารางที่ 3) ซึ่งการสนับสนุนการดูแลตนเอง เป็นองค์ประกอบหนึ่งของ CCM สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการนำ CCM ไปปฏิบัติ พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประเด็นของการสนับสนุนการดูแลตนเอง (Davy et al., 2015)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการสอนแบบดั้งเดิมและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

ประเด็น	การสอนแบบดั้งเดิม	การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง
เนื้อหาการสอน ปัญหาได้มาอย่างไร	ข้อมูลและทักษะทางเทคนิค เกี่ยวกับโรค	ทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดจากการป่วย เป็นโรค
ความสัมพันธ์ระหว่างสุข ศึกษากับโรค	ปัญหาเกิดจากการควบคุมโรคไม่ดี เพียงพอ การสอนให้สุขศึกษาเฉพาะโรค สอนและให้ข้อมูลทักษะทางเทคนิค เกี่ยวกับโรค	ปัญหาเกิดจากประสบการณ์ของผู้ป่วย อาจจะเกี่ยวข้องกับโรคหรือปัจจัยอื่น การสอนให้ทักษะการแก้ปัญหาเกี่ยวข้องกับ ภาวะโรคเรื้อรัง
ทฤษฎีที่ใช้ในการดูแลให้ ความรู้	ให้ความรู้เฉพาะโรค ทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้ ผลลัพธ์ทางสุขภาพดี	สร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนให้ ผู้ป่วยเชื่อมั่นในศักยภาพในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้ ผลลัพธ์ทางสุขภาพดี
เป้าหมาย	การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้ เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพดี	การเพิ่มความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพดี
ใครคือผู้สอน	ผู้ให้บริการสุขภาพ	ผู้ให้บริการสุขภาพ กลุ่มเพื่อนที่มี ประสบการณ์การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ทีมา Bodenheimer T., Lorig K., Holman H., & Grumbach K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA, 288(19), 2469-2475.

การดูแลโรคเรื้อรังในบริการปฐมภูมิของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขมีการนำแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ด้วยการสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนมีโครงการพัฒนาศูนย์กลาง (Diet and Physical Activity Clinic) ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีกระบวนการในการทำงาน ได้แก่ การให้การวินิจฉัยและลงทะเบียน ประเมินระยะของโรคความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และปัจจัยกำหนดของผู้รับบริการ บริการป้องกันควบคุมโรค และการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับระยะของโรค โดยทีมสหวิชาชีพ มีผู้ประสานงานโรคเรื้อรังในการบริหารจัดการดูแลในภาพรวม มีการเชื่อมโยงมุ่งเน้นคุณภาพผลลัพธ์ให้กับผู้มารับบริการทั้งกลุ่ม

โรคและกลุ่มเสี่ยงสูงเป็นศูนย์กลาง และมีทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผน เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพทั้งด้านสุขภาพทางกาย จิต และสังคม มีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคเรื้อรังของสถานบริการและเชื่อมโยงถึงชุมชนมีระบบส่งต่อทั้งไปและกลับที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมกรมแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการจัดบริการสุขภาพระดับอำเภอ ที่ซึ่งให้ความสำคัญกับระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพ อย่างมีประสิทธิภาพบูรณาการภาคีเน้นเป้าหมาย ผ่านกระบวนการขึ้นชม และจัดการความรู้แบบอิงบริบทของแต่ละสถานที่ เนื่องจาก

ปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบัน ไม่สามารถแก้ด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงด้านเดียว โดยโรคเรื้อรังเป็นหนึ่งในสิบเป้าหมายของการดูแลที่จำเป็น (Essential cares) ของการดูแลในระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (เดชา แซ่หลี่ และคณะ, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าโรงพยาบาลแต่ละแห่งได้มีการพัฒนาและดำเนินกิจกรรมที่แตกต่างกัน และขาดระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมกรมแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) นอกจากนี้ยังพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้ความร่วมมือกับหน่วยบริการ มีการถ่ายทอดนโยบายการดูแลโรคเรื้อรังไปยังหน่วยงานในระบบบริการสุขภาพ แต่ยังไม่ติดตามประเมินผล การสนับสนุนการดูแลตนเองเป็นการให้สุศึกษาแบบดั้งเดิม การออกแบบระบบบริการเป็นการสร้างแรงจูงใจจากภายนอก การสนับสนุนการตัดสินใจด้วยการสร้างต้นแบบเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ยังไม่ชัดเจน ระบบข้อมูลโรคเรื้อรังขาดการเชื่อมโยงในทางปฏิบัติ (ภูติ ทศชาติวัฒน์, นิทรา กิจธิระวุฒิวงษ์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, สุพัฒนา คำสอน, และจริญา แห่งสันติเยะ, 2558) สอดคล้องกับสุพัตรา ศรีวิชชากร (2555) กล่าวถึงสถานการณ์การดูแลโรคเรื้อรังในบริการปฐมภูมิ พบว่ามุ่งเน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมากถึงร้อยละ 80-90 แต่คัดกรองแล้วไม่มีการจัดการต่อการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการด้านการส่งเสริมป้องกันของกระทรวงสาธารณสุข ทำเป็นโครงการหรือกิจกรรม มากกว่าการเน้นกลุ่มประชากรที่ชัดเจน ทำการจัดกระจายหลายหน่วยงาน การช่วยสนับสนุนปรับพฤติกรรมไม่มีความต่อเนื่อง หรือเข้มข้นมากเพียงพอ ทำให้การเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่บรรลุผล

ข้อเสนอแนะในการดูแลโรคเรื้อรังของประเทศไทย

ความท้าทายของการดูแลโรคเรื้อรัง คือ การไม่ได้มองการดูแลโรคเรื้อรังทั้งระบบ ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องอยู่ในภาวะที่ไม่พึงประสงค์ทางร่างกาย เช่น ความจำกัดในการเคลื่อนไหว เหนื่อยง่ายเมื่อออกแรงเพียงเล็กน้อย ทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิดจากการที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร หรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ รวมถึงประเด็นด้านความรู้ ทักษะ และความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วย การเข้าถึงบริการ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เพื่อปรับตัวให้เผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนั้นการดูแลโรคเรื้อรังจึงต้องมีการดำเนินการอย่างรอบด้านทั้งผู้ให้บริการวิชาชีพ ผู้ป่วย และโครงสร้างของระบบบริการ โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรังตามองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ดังนี้

1. นโยบายและทรัพยากรของชุมชน มีการจัดตั้งทีมงานประกอบด้วยภาคสาธารณสุขจากสาขาวิชาชีพ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน สนับสนุนกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับโรคเรื้อรังในพื้นที่ สื่อสารนโยบาย แผนกลยุทธ์ และแผนงานให้กับทีมงานทราบ เป้าหมายและวิธีการที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย
2. หน่วยงานบริการสุขภาพ ออกแบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยให้ชัดเจน เช่น ในรายที่ควบคุมโรคไม่ได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาพมาใช้ในการจัดโครงการในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ควรมีการติดตามประเมินผลการกระบวนการดูแลผลลัพธ์ทางคลินิก เงินทุน และเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
3. การสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นการพัฒนาระบบบริการที่มีองค์ประกอบทั้งผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และระบบสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ การจัดการตนเองจำเป็นจะต้องพัฒนาให้ครอบคลุมทั้งระบบ ดังนี้

3.1 ในส่วนของผู้ป่วยนั้น ผู้ให้บริการ ต้องมีการจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมต่างๆ เพื่อปรับทัศนคติ พัฒนาทักษะ ให้ความสำคัญกับการกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย ในการจัดการตนเองการเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วยจากแรงจูงใจภายในตนเอง

3.2 ผู้ให้บริการต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในการสนับสนุนผู้ป่วยจากเดิมที่ผู้ให้บริการเป็นผู้ตัดสินใจ เป็นการตัดสินใจร่วมกัน โดยยึดปัจจัยด้านผู้ป่วยเป็นหลัก การทำงานต้องพัฒนาการทำงานเป็นทีมงานทำงานกับผู้ป่วยในการวางแผนกิจกรรม มีการติดตามประเมินผลเพื่อแก้ปัญหา และกำหนดเป้าหมายใหม่ รวมถึงการทำงานเป็นทีมงานกับผู้ให้บริการด้านต่างๆ ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนโดยไม่เป็นหน้าที่ของภาคสาธารณสุขเพียงผู้เดียว และระบบสุขภาพต้องมีระบบการตอบสนองแก่ผู้ให้บริการที่สนับสนุนการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม เช่น การใช้กลไกทางการเงินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผ่านกลไกการประเมินตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality Outcome Framework; QOF) ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เป็นต้น

3.3 หน่วยงานที่กำหนดนโยบายต้องมีการจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอในการสนับสนุนให้เกิดระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย ทั้งนี้ระบบสุขภาพที่สนับสนุนการดูแลโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องการทีมสหสาขาวิชาชีพและความร่วมมือจากหลากหลายหน่วยงาน

4. การออกแบบระบบการให้บริการ ปัจจุบันระบบการให้บริการผู้ป่วยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

4.1 ระดับปฐมภูมิ การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคด้วยการเน้นการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และติดตามประเมินผล

4.2 ระดับทุติยภูมิ มีเป้าหมายในการค้นหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยและป้องกันชะลอระยะการดำเนินโรค การดำเนินงานในปัจจุบัน ควรดำเนินการเชิงรุก ด้วยการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการจัดการตนเอง และดำเนินการติดตามประเมินผล

4.3 ระดับตติยภูมิ ให้การบริการผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน ป้องกันความพิการจากโรค ควรจัดระบบการส่งต่อให้มีความเชื่อมโยง ด้วยการสร้างแนวปฏิบัติในเรื่องของการรับ/ส่งต่อ และการเชื่อมต่อข้อมูลของผู้ป่วย

5. การสนับสนุนการตัดสินใจ ดำเนินการพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินสมรรถนะการดูแลโรคเรื้อรัง เพื่อนำสร้างหลักสูตรหรือโปรแกรมการอบรมที่สอดคล้องกับการดูแลโรคเรื้อรัง และพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อเชื่อมการดูแลระหว่างภาครัฐกับภาคประชาชน ด้วยการจัดอบรมส่วนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของทีมผู้ให้บริการและอสม.

6. ระบบสารสนเทศทางคลินิก ระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต้องทำงานประสานและบูรณาการกับหลายหน่วยงาน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน เช่น การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลชุมชน ในระดับอำเภอ รวมถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริการปฐมภูมิกับบริการทุติยภูมิ

สรุป

การดูแลโรคเรื้อรังของประเทศไทย มีนโยบายและแผนยุทธศาสตร์เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่ชัดเจน บริการปฐมภูมิมีบทบาทมากขึ้นในการดูแลโรคเรื้อรัง จากคุณลักษณะที่สำคัญ คือ บริการด้านแรกที่เข้าถึงได้ง่าย บริการที่ครบถ้วนรอบด้าน ตั้งแต่การคัดกรอง รักษา ดูแล และฟื้นฟูสภาพ การส่งต่อเมื่อเกินความสามารถในการรักษา การรับส่งมาดูแลต่อในชุมชน ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลระยะยาว และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสนับสนุนทรัพยากรในการดูแลโรคเรื้อรังตามบริบทของพื้นที่ อีกทั้งยังมีการนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังทั้ง 6 องค์ประกอบ ที่เป็นการมองภาพทั้งระบบ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้ป่วย และโครงสร้างของระบบบริการทั้งในระบบบริการสุขภาพและชุมชน มาดำเนินการ อย่างไรก็ตาม การพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรังเพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2558). *แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) กระทรวงสาธารณสุข 5 ปี (2555-2559)*. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2558]. จาก http://plan.hss.moph.go.th/uploadFiles/document/D0000000637_24336.pdf

กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *ยุทธศาสตร์ เป้าหมาย และตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2558*. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2558]. จาก http://www.pho.in.th/images/doc/yuth/Strategy Kpi58/strategy_and_kpi_2558_.pdf

เดชา แซ่หลี และคณะ. (2557). *เสริมคุณค่าด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ*. นนทบุรี: โครงการพัฒนารองค์ความรู้ แนวคิดและจัดพิมพ์ผลงานการพัฒนากลไกสนับสนุนระบบสุขภาพระดับอำเภอ มูลนิธิแพथ์ชนบท ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).

พินิตา วสุธาพิทักษ์. (2555). *การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน*. นครปฐม: สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) และสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภูติท เตชาติวัฒน์, นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, สุพัฒนา คำสอน และ จริญญา แห่งสันเทียะ. (2558). *การจัดการโรคเรื้อรังตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอแห่งหนึ่ง*. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(2), 41-49.

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมกรมแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *การทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. นนทบุรี: บริษัทอาร์ตควอลิตี้ จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานยกรัฐมนตรี. (2555). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559*. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2558]. จาก <http://www.nesdb.go.th/Portals/0/news/plan/p11/plan11.pdf>

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2552*. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธรักษาแห่งชาติ.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สุพัตรา ศรีวิณิชชากร. (2555). *การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน*. นครปฐม: สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) และสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness- The chronic care model, part 2. *JAMA*, 288.
- Bodenheimer T., Lorig K., Holman H., & Grumbach K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288(19), 2469-2475.
- Chatterjee S., Riewpaiboon A., Piyathakit P., Riewpaiboon W., Boupaikit K., Panpuwong N., et al. (2011). Cost of diabetes and its complications in Thailand: a complete picture of economic burden. *Health Soc Care Community*, 19(3), 289-298.
- Coleman K., Austin B.T., Wagner E.H., & Brach C. (2009). Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Affairs*, 28(1), 75-85.
- Davy C., Bleasel J., Liu H., Tchan M., Ponniah S., & Brown A. E. (2015). Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-11.
- Denis S. M., Zwar N., Griffiths R., Roland M., Hasan I., Powell Davies G., et al. (2008). Chronic disease management in primary care: from evidence to policy. *Medical Journal Australian*, 21(188(8 Suppl)), S53-56.
- Hung W.W., Ross J.S., Boockvar K.S., & Siu A.L. (2012). Association of chronic diseases and impairments with disability in older adults: a decade of change? *Med Care*, 50 (6):501-507.
- Kennedy A., Roger A., & Bower P. (2007). Support for self care for patients with chronic disease. *BMJ*, 335-337.
- Lorig K., Ritter P.L., Pifer C., & Werner P. (2014). Effectiveness of the Chronic Disease Self-Management Program for Persons with a Serious Mental Illness: A Translation Study. *Community Mental Health Journal*, 50, 96-103.

- Macinko J., Dourado I., & Guanais F. C. (2011). *Chronic Diseases, Primary Care and Health Systems Performance Diagnostics, Tools and Interventions*. New York: Inter-American Development Bank.
- Sharma J. (2013). Chronic disease management in the South-East Asia Region: a need to do more. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 2(2), 79-82.
- Shi L. (2012). The impact of primary care: A focus review. *Scientifica (Cairo)*, Epub 2012 Dec 31, 1-23.
- Sparring V., Nyström L., Wahlström R., Jonsson P. M., Östman J., & Burström K. (2013). Diabetes duration and health-related quality of life in individuals with onset of diabetes in the age group 15—34 years – a Swedish populationbased study using EQ-5D. *BMC Public Health* 13, 377-388.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff*, 20., 64-78.
- World Health Organization. (2005). *Preventing chronic diseases a vital investment*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *Global status report on non-communicable diseases*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva: World Health Organization.