

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จังหวัดอุทัยธานี

พลสิทธิ์ ศีตีสาร พ.บ., รพ.ม. (นโยบายสาธารณะ)

นิโลบล จุลภาค วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

บทคัดย่อ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นับว่าเป็นประเด็นท้าทาย สำหรับระบบสาธารณสุขในปัจจุบัน ที่ต้องมีการจัดกระบวนการตัดสินใจในการดูแลใหม่ โดยไม่มองเฉพาะพยาธิสภาพของโรค แต่ต้องอยู่บนการจัดการที่เหมาะสม ด้วยแผนการดูแลระยะยาวที่มีระบบประสานระหว่างทีมสหวิชาชีพและระหว่างหน่วยบริการต่างพื้นที่ เป้าหมายของการดูแลมองที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งบทบาทของผู้ป่วยและญาติจะเป็นส่วนหนึ่งของทีมดูแล มากไปกว่าการมองที่อัตราป่วยและอัตราตาย จากความท้าทายดังกล่าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี จึงได้กำหนดให้การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนางานด้านสาธารณสุขของจังหวัดในปี 2554 โดยการจัดทำโครงการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย นำร่องในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย (patient care guideline - PCG) ที่เชื่อมโยงสถานบริการทุกระดับในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน การดำเนินงานประกอบด้วย (1) การทบทวน CPG ในการดูแลผู้ป่วยทุกระดับ (2) การสำรวจความต้องการบริการของผู้ป่วย (3) การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย ทุกระดับ ทั้งในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ความสำคัญในการเป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วย และ (4) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย และคู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วย ผลการดำเนินงานได้ทำเป็น PCG ประกอบด้วย (1) clinical pathway หรือ care map และ (2) แนวทางการจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพเพื่อมอบให้ผู้ป่วยได้รับทราบสภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตัว รวมทั้งใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างไรก็ตามการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว เป็นเพียงจุดเริ่มต้นของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ได้เครื่องมือที่จะใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งโครงการดังกล่าวต้องดำเนินการต่อไป เพื่อการนำเครื่องมือไปใช้ และประเมินประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว หากใช้ได้ผล ข้อมูลในคู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอาจพัฒนาเป็นข้อมูลสารสนเทศในบัตรประจำตัวประชาชน (smart card) ที่เป็นข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายที่ผู้ดูแลในสถานบริการทุกระดับ รวมทั้งการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในระบบบริการประเภทอื่น ๆ ทุกประเภท สามารถดึงข้อมูลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมในทุกสถานที่และตลอดเวลา

คำสำคัญ: แนวทางการดูแลผู้ป่วย, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม อย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ จากรายงาน การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552⁽¹⁾ พบความชุกของโรค เบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 6.9 ทั้งนี้ พบว่าหนึ่งในสามของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่เคย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมาก่อน และมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานแต่ไม่ได้รับการรักษา คิดเป็น ร้อยละ 3.3 สำหรับความชุกของโรคความดันโลหิตสูงใน ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 21.4 โดยพบว่า ร้อยละ 60.0 ในชาย และร้อยละ 40.0 ในหญิงไม่เคยได้ รับการวินิจฉัยมาก่อน และร้อยละ 8.0 – 9.0 ได้รับการ วินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา ทั้งนี้ การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้ อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ต่างๆ โดยใน ปี พ.ศ. 2551 พบว่าอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 – 2551 โดยพบว่า โรคความดัน-โลหิตสูงมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 169.6 เป็น 760.5 ต่อแสน ประชากร และโรคเบาหวานมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 175.7 เป็น 675.7 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้ จากข้อมูลใน รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2553 โดย สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ ซึ่งสำรวจข้อมูลจำนวนผู้ป่วยสะสม (รายใหม่และเก่า) และอัตราความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอด-อุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างปี พ.ศ. 2549 – 2553 พบว่า โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจะมีอัตรา ความชุกในลำดับที่ 1 และ 2 โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ปัญหาสำคัญของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง คือการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบต่อคุณภาพ ชีวิตผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขโดยรวม ซึ่ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ตระหนัก

และเห็นความจำเป็นที่จะต้องลงทุนด้านสุขภาพเพื่อ เร่งรัดดำเนินการอย่างจริงจังในการลดหรือชะลอ ความเจ็บป่วย และหากเจ็บป่วยก็สามารถเข้าถึงบริการ ควบคุมป้องกันความรุนแรงที่มีคุณภาพเพื่อป้องกัน หรือชะลอภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ดังนั้น ในปี 2553 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้จัดตั้ง กองทุนโรคเรื้อรังดูแลป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง⁽³⁾

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงนับว่าเป็นประเด็นท้าทายสำหรับระบบสาธารณสุขในปัจจุบัน ที่ต้องมีการจัดกระบวนการในการดูแลใหม่ โดยไม่มอง เฉพาะพยาธิสภาพของโรค แต่ต้องอยู่บนการจัดการ ที่เหมาะสม ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น ต้องการ แผนการรักษาระยะยาวที่มีระบบประสานระหว่างทีม สหวิชาชีพและระหว่างหน่วยบริการต่างพื้นที่ โดย เป้าหมายของการรักษามากไปกว่าการวัดผลที่อัตราป่วย หรืออัตราตาย หากแต่มองที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว รวมทั้งบทบาทของผู้ป่วยและญาติจะเป็น ส่วนหนึ่งของทีมรักษา มิใช่เป็นเพียงผู้รับการรักษา และรูปแบบการดูแลจะต้องทำเป็นแนวปฏิบัติของ องค์กรที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย มิใช่ขึ้นอยู่กับความ รู้ความสามารถเฉพาะตัวของแพทย์หรือพยาบาล และ ทีมงานในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่นในปัจจุบัน⁽⁴⁾

จากความท้าทายดังกล่าว สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี จึงได้กำหนดให้ การพัฒนากระบวนการ ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นประเด็นยุทธศาสตร์ของ แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขของจังหวัดอุทัยธานี ในปี 2554 โดยให้มีการพัฒนา แนวทางการดูแลผู้ป่วย (patient care guideline – PCG) ที่เหมาะสมกับพยาธิสภาพ และบริบทของผู้ป่วยสำหรับสถานบริการทุกระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาล ชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ใช้ในการ ดูแลผู้ป่วยแต่ละรายร่วมกัน โดย PCG: Uthaithani-Model จะไม่ใช่ CPG (clinical practice guideline) ซึ่งเป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วย และไม่เหมือน PCG

ในซีกโลกตะวันตก ซึ่งเป็น complex CPG ที่เป็นการดูแลรักษาร่วมกันระหว่างวิชาชีพ⁽⁵⁻⁷⁾ แต่ PCG: Uthaithani-Model จะประกอบด้วย (1) แนวทางสำหรับผู้ให้บริการใน รพ.สต., รพช. และ รพท. ใช้ในการดูแลสุขภาพร่วมกัน โดยสอดคล้องกับ CPG ในทุกระดับ และ (2) คู่มือสำหรับผู้ป่วยที่จะเป็นเอกสารสำหรับใช้สื่อสารระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน หรือ การดูแลที่บ้าน นำไปสู่บริการที่ต่อเนื่อง ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ได้ดำเนินการจัดทำ PCG นำร่องในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

วิธีการดำเนินงาน

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย (PCG) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดอุทัยธานีนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของจังหวัดอุทัยธานี ระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2554 - 2558) โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (PCG) โดยทีมสหวิชาชีพ ระยะที่ 2 เป็นการนำ PCG ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ 8 อำเภอของจังหวัดอุทัยธานี และ ระยะที่ 3 เป็นการติดตามประเมินคุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการใช้ PCG ในการดูแลผู้ป่วย

การดำเนินงานพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยใน ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2554 - 2555) ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. การประชุมแพทย์ผู้เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงและพัฒนา CPG ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในทุกระดับ

2. การสำรวจความต้องการบริการของผู้ป่วย (customer need) โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 400 ราย ที่มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยสุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลในสถานบริการ 16 แห่ง (คลินิกฯ ของโรงพยาบาลทุกแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ 1 แห่ง)

3. การอบรมพัฒนาศักยภาพของทีมนพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ให้มีความเข้าใจในการเป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (case management)

4. การประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อระดมสมองหาข้อสรุปในการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย

ผลการดำเนินงาน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของจังหวัดอุทัยธานี ในปี 2554 - 2555 โดยนำร่องในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงนั้น สรุปผลการดำเนินงาน ได้ดังนี้

1. การประชุมแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 1 ครั้ง ประกอบด้วยแพทย์เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมจากโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 คน และแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ๆ ละ 1 คน จำนวน 7 คน ได้ข้อสรุปพร้อมให้ใช้ CPG การดูแลผู้ป่วยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

2. การสำรวจความต้องการบริการของผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 400 ราย ที่มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และได้ประชุมทีมจัดเก็บข้อมูลของสถานบริการทั้ง 16 แห่ง เพื่อประมวลผลข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้นำมาสรุปเป็นความต้องการบริการของผู้ป่วย เบาหวานและความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยคำถามต่อไปนี้

(1) อยากได้รับการดูแลเรื่องอะไร? ซึ่งคำตอบที่ได้คือ

1. การดูแล 24 ชั่วโมง (สามารถตามหรือติดต่อได้เมื่อฉุกเฉิน)
2. การดูแลสุขภาพทั่วไป
3. ได้รับยาและเวชภัณฑ์
4. การตรวจสุขภาพและการดูแลที่บ้าน

(2) อยากได้รับความรู้หรือข้อมูลเรื่องอะไร?

1. วิธีการป้องกันโรคของตนเองและคนในครอบครัว การปฏิบัติตัวไม่ให้ระดับน้ำตาลเพิ่ม การกินยาที่ถูกต้อง อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และการออกกำลังกายที่เหมาะสม

2. บอกสาเหตุการป่วยและโรคแทรกซ้อน

3. อาการผิดปกติและการแก้ไขเบื้องต้น

4. อาการที่เป็นอาการดำเนินของโรคและความรุนแรงของโรค

5. คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ เกี่ยวกับอาหาร การปฏิบัติตัว เพื่อการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

6. ผลการตรวจน้ำตาล ผลการตรวจร่างกาย และการนัดตรวจครั้งต่อไป

7. บอกผลการวินิจฉัยจากแพทย์ แผนการรักษาของแพทย์และค่าใช้จ่าย

8. ยาและเวชภัณฑ์ที่ได้รับ รวมทั้งผลข้างเคียง

(3) อยากได้รับคำแนะนำเรื่องอะไร?

1. การตรวจเลือดเบื้องต้น การฉีดยา การวัดความดันโลหิต

2. การออกกำลังกายและมีคู่มือ

3. การดูแลเท้า และการนวดเท้า

4. การรับประทานอาหาร

5. การดูแลตนเองเมื่อพบอาการผิดปกติ

6. การแก้ไขการนอนไม่หลับ การฝึกคลายเครียด

7. การทำกายภาพบำบัด

8. การทำแผล การดูแลแผล

9. การปฐมพยาบาลเบื้องต้น

10. การอดบุหรี่

ผู้รับผิดชอบโครงการได้นำประเด็นดังกล่าวข้างต้น มาจัดทำร่างคู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วย เพื่อให้ทีมพยาบาลซึ่งเป็นผู้แทนของพยาบาลทั้งใน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้พิจารณาต่อไป

3. การอบรมพัฒนาศักยภาพของทีมพยาบาลวิชาชีพ ที่ดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 60 คน

ระยะเวลา 2 วัน ให้มีความเข้าใจในการเป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (case management) และการจัดทำ clinical pathway ได้ผลสรุปให้พยาบาลทั้ง 3 ระดับ จัดทำร่างแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ทีมพยาบาลทั้ง 3 ระดับได้พิจารณาต่อไป

4. การประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มทีมพยาบาลที่เป็นผู้แทนของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 50 คนประชุมระดมสมอง จำนวน 3 ครั้ง เพื่อหาข้อสรุปในการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยได้ข้อสรุปร่วมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของจังหวัดอุทัยธานี ที่จะใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด ทั้งในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ชื่อว่า “แนวทางการดูแลผู้ป่วย Patient Care Guideline: Uthaithani-Model” จัดทำเป็นเอกสารคู่มือเพื่อมอบให้สถานบริการ ประกอบด้วย

ก. Patient care guideline part 1 ซึ่งเป็น clinical pathway หรือ care map ในการดูแลผู้ป่วยในสถานบริการ (คลินิกผู้ป่วยหรือห้องฉุกเฉินเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในภาวะฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วยเมื่อต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล) และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home care) ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ที่เป็นหมอประจำครอบครัว การเยี่ยมดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ (home health care) และการดูแลผู้ป่วยนอนเตียงที่บ้าน (home ward) สำหรับพยาบาลที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเป็นคู่มือสำหรับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด

ข. Patient care guideline part 2 ซึ่งเป็นคู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วย บรรจุเนื้อหาที่ได้จากข้อสรุปของการสำรวจความต้องการบริการของผู้ป่วย โดยจัดทำเป็นคู่มือประจำตัวของผู้ป่วย และเป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการในทุกกระดับ รวมทั้งผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วย โดยเอกสารนี้จะมอบให้กับผู้ป่วยเก็บไว้ โดยมีข้อมูลทั้งผลการตรวจต่างๆ ผลการวินิจฉัยหรือข้อสันนิษฐานเบื้องต้น คำแนะนำ

เกี่ยวกับโรคและการรักษา การปฏิบัติตัวในด้านต่างๆ (ยา อาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์) และการฝึกทักษะที่จำเป็น ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งข้อมูล การดูแลรักษาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งสรุปข้อมูลเกี่ยวกับการนอนโรงพยาบาล การดูแลในคลินิกคนไทยไร้พุง ผลสรุปการส่งปรึกษาในด้านต่างๆ และการดูแลที่บ้าน

วิจารณ์

การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ จังหวัดอุทัยธานี ในปี 2554 - 2555 โดยนำร่อง ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงนี้ เป็นเพียงจุด เริ่มต้น (ระยะที่ 1) ของการพัฒนาแบบแผนการดูแล ผู้ป่วยที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมีความต่อเนื่องของ การดูแล ผลของการดำเนินงานคือการได้เครื่องมือที่ สำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสำหรับ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขั้นตอนต่อไป (ระยะที่ 2) จะดำเนินงานในปี 2556 เป็นการจัดการให้สถาน- บริการทุกระดับนำแนวทางดังกล่าวไปใช้ในการดูแล ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และในปี 2557 - 2558 ซึ่งเป็นการพัฒนาในระยะที่ 3 จะได้มีการประเมิน ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ผลงานการพัฒนาแบบแผนการ ดูแลผู้ป่วยครั้งนี้ จะเป็นเพียงการสร้างเครื่องมือเพื่อ เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย แต่ผลงานดังกล่าว นับได้ ว่าเป็นนวัตกรรมของการสร้างแนวทางของการดูแลผู้ป่วย ด้วยความร่วมมือร่วมใจจากทีมนักวิชาชีพพยาบาลทุกระดับ เพื่อให้เกิดรูปแบบของความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยเป็นตัวกำหนด กระบวนการดูแลที่ทำให้เกิดการเชื่อมโยงการดูแล ผู้ป่วยทั้งในระดับตติยภูมิ ทติยภูมิและปฐมภูมิ ให้เป็น มาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด โดยแนวทางดังกล่าว สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีม พยาบาลและทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ นอกจากนี้ การดำเนินการดังกล่าว ยังได้ข้อสรุปของขั้นตอนที่เป็น รูปธรรมเพื่อเป็นต้นแบบในการนำไปพัฒนาหรือจัดทำ แนวทางการดูแลผู้ป่วยในโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป โดย

เฉพาะโรคที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลของทีมนักวิชาชีพ พยาบาลและทีมด้านสาธารณสุขในระยะยาว ควบคู่ไป กับการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุม การดำเนินของโรคได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

นอกจากนี้ ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและข้อมูล การดูแลรักษาของผู้ป่วย ใน patient care guideline part 2 จะเป็นข้อมูลที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้ภาวะสุขภาพ การดำเนินของโรค และการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ ทำให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง อย่างเหมาะสม ทั้งนี้หากมีการสนับสนุนให้ใช้คู่มือการ ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยนี้ เป็นเครื่องมือในการสื่อสาร การดูแลผู้ป่วย ระหว่างสถานบริการทั้งภาครัฐ และเอกชน หรือระบบการดูแลโดยแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ร่วมกัน จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับทราบการดำเนินของโรค ของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ที่เหมาะสม โดยอนาคตอาจพัฒนาเป็นข้อมูลสารสนเทศ ในบัตรประจำตัวประชาชน (smart card) ที่เป็นข้อมูล ด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายที่ผู้ดูแลในสถานบริการ ทุกระดับ รวมทั้งการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในระบบบริการ ประเภทอื่นๆ ทุกประเภท สามารถดึงข้อมูลมาใช้ในการ ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ เหมาะสมในทุกสถานที่และตลอดเวลา

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จของการดำเนินงานในครั้งนี้ เกิดขึ้นได้ จากทีมนักวิชาชีพพยาบาลของจังหวัดอุทัยธานี ประกอบด้วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลทุกแห่ง พยาบาลผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงของทุกโรงพยาบาล และผู้แทน พยาบาลในชุมชน ทั้งในกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของ โรงพยาบาลทุกแห่ง และที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาล- ส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้ร่วมกันเสนอแนวคิด ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นปัจจัยนำเข้าในการสร้าง รูปแบบการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: เดอะกราฟโกซิสเต็มส์; 2553.
2. สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ.2553. เอกสารรายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2555;43:257-64.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554 เล่มที่ 4: การบริหารงบประมาณควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์; 2553.
4. ปัทมา โกมุทบุตร. ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง: นวัตกรรมเพื่อความแข็งแกร่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ. วารสารคลินิก 2551; 24:316-24.
5. Fiandt K. The chronic care model: description and application for practice. Posted: 01/05/2007 [cited 2011 Dec 10]. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/549040>
6. Narins RG, Bennett WM. Patient care guidelines: problems and solutions. Clin J Am Soc Nephrol [Internet]. 2007 Jan 2(1):1-2. Epub 2006 Dec 6 [cited 2011 Dec 10]. Available from: <http://cjasn.asnjournals.org/content/2/1/1.full>
7. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. Healthcare Quarterly 2003;7:73-82.

Abstract: Development of patient care guideline for diabetes and hypertension in Uthai-thani Province

Poolsit Sitisara, M.D., M.P.A (Public Policy); Nilobol Chulapak, M.S. (Nursing)

Uthai-thani Provincial Public Health Office

Journal of Health Science 2014;23:181-6.

Caring for patients with chronic diseases is a challenging issue in the health care system. There is a need for a new paradigm in case management which pays attention to not only pathology of illness but also a long-term care process requiring close collaboration between multidisciplinary team and local medical service facilities with an aim to improve quality of life of both patients and family members. Patients and family should also play essential roles as members of the care team. To address to such challenge, Uthai-thani Provincial Health Office has included the continuum of care as one of the strategies in the provincial health plan for 2011. A pilot project was established to develop a patient care guideline (PCG) for diabetes and hypertension which linked all levels of health care facilities to jointly take care of the patients. The process included (1) the review of clinical practice guidelines for different levels of care; (2) a survey on patient needs; (3) strengthening medical care capacity of nurses in the general hospital, community hospitals and sub-district health promotion hospitals; and (4) organizing workshops to develop PCG and patient care handbook. Two documents were developed: (1) PCG-1 – the clinical pathway or care map for diabetes and hypertension and (2) PCG-2 – a practical patient handbook for self care. The PCG-2 also served as a communication tool for patients and care providers at all levels. This development of PCG was the first step in an overall process to develop a patient-centered health service system. If successful, the patient handbook could be further developed to become an information package embedded in individual smart cards which would be useful for all health facilities nationwide to utilize information for the joint care of patients.

Key words: patient care guideline, diabetes, hypertension