

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง

The Role of the Nurse in the Chronic Disease Management

ปราโมทย์ ถ่างกระโทก

Pramote Thangkratok

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหัวใจกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร
Registered Nurse, Bangkok Heart Hospital, Bangkok, Thailand.

Corresponding author: pramot_computer@hotmail.com

บทคัดย่อ

พยาบาลวิชาชีพได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการโรคเรื้อรัง บทความนี้มุ่งเน้นการบูรณาการบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและกิจกรรมการพยาบาลในการจัดการโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในแต่ละองค์ประกอบที่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการจัดการโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย 1) บทบาทในการกำหนดทิศทางและนโยบายการจัดการโรคเรื้อรัง 2) บทบาทในการจัดระบบการบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) บทบาทในการใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการโรคเรื้อรัง 4) บทบาทในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5) บทบาทในการใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการโรคเรื้อรัง และ 6) บทบาทในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นบทบาทที่มีความสำคัญอย่างยิ่งของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรังเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้รับบริการ

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาลวิชาชีพ, การจัดการโรคเรื้อรัง

Abstract

Registered nurses in primary care have been indicated as key in implementing the Chronic Care Model. This article focuses on the integration of the role of the nurse and nurse's activities in working with the Chronic Care Model (CCM). Specifically for each of the model's elements, this indicates the nurses as key elements for implementing. 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.

Keyword: role of the nurse, chronic disease management

สถานการณ์และความหมายของโรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก¹ ในปี 2555 มีรายงานจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด 56 ล้านคน และพบว่าผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรังประมาณ 38 ล้านคน โดยสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (เสียชีวิต 17.5 ล้านคน หรือ 46.2 % ของการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง) โรคมะเร็ง (เสียชีวิต 8.2 ล้านคน หรือ 21.7 % ของการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง) โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง เช่น โรคหอบหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (เสียชีวิต 4.0 ล้านคน หรือ 10.7 % ของการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง) และโรคเบาหวาน (เสียชีวิต 1.5 ล้านคน หรือ 4 % ของการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง) และจากรายงานการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังปี 2555 ของสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข² พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังรวมถึง 1,009,002 ราย โดยโรคความดันโลหิตสูง มีอัตราการป่วยสูงสุดจำนวน 602,548 ราย อัตราป่วย 937.58 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือโรคเบาหวาน จำนวน 336,265 ราย อัตราป่วย 523.24 ต่อประชากรแสนคน โรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง จำนวน 24,927 ราย อัตราป่วย 38.79 ต่อประชากรแสนคน โรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 24,587 ราย อัตราป่วย 38.26 ต่อประชากรแสนคน และโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20,675 ราย อัตราป่วย 32.17 ต่อประชากรแสนคน ปี 2555 อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานเพิ่มขึ้นมากกว่าปี 2554 ส่วนโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยและจากสถิติพบว่าในช่วงปี 2551-2555 ทุกโรคมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

โรคเรื้อรัง (chronic diseases) หมายถึง โรคที่มีระยะเวลาดำเนินโรคนาน (long duration) มีการดำเนินโรคช้า (slow progression)³ โดยจะมีการสะสมและการก่อตัวของโรคเกิดขึ้นทีละน้อย ไม่สามารถรักษาให้หายขาด การรักษาเป็นการประคับประคองเพื่อไม่ให้เกิดการสูญเสียการทำงานของร่างกายมากขึ้น โรคเรื้อรังที่สำคัญมี 4 ประเภท ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (เช่นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและโรคหลอดเลือดสมอง) โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง (เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด) และโรคเบาหวาน³ ปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรังมีทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (non-modifiable risk factors) เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม และปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

(modifiable risk factors) เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และความเครียด ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ล้วนมาจากวิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลง ทำให้มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นด้วย⁴ ดังนั้นโรคเรื้อรังจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทำนายทั้งในระดับประเทศและระดับโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม⁵ และส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจในเชิงของการควบคุมการป้องกันและการรักษาพยาบาลนับเป็นมูลค่ามหาศาล⁶

รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model)

รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรังที่เป็นต้นแบบแพร่หลายคือ แนวคิดการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง The Chronic Care Model (CCM)⁷ พัฒนาโดยกลุ่มนักวิจัยของ MacColl Center for Health Care Innovation นำโดย เอ็ดเวิร์ด วากเนอร์ (Edward Wagner) ในปี ค.ศ. 1997 โดยเสนอรูปแบบการจัดการระบบดูแลโรคเรื้อรังซึ่งปรับจากการดูแลสุขภาพในระดับบุคคลมาเป็นการดูแลแบบบูรณาการเข้าถึงประชากรและเน้นการป้องกันมากขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก โดยมีการปรับกระบวนการใหม่ของการจัดการโรคเรื้อรังที่มากกว่าการรักษาทางการแพทย์ เป็นการให้บริการในเชิงรุก การส่งเสริมสุขภาพในขณะที่ยังไม่ป่วย การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ที่ีระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ บทบาทของผู้รับบริการมิใช่เพียงผู้รับการรักษาแต่เป็นส่วนหนึ่งของทีมการดูแลรักษา ซึ่งเป็นระบบการดูแลที่จะส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์การดูแลโรคเรื้อรังที่มีคุณภาพ องค์ประกอบหลักของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model) มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ระบบสุขภาพ (Health System) หมายถึง การมีหน่วยงานหรือองค์กรทำหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพประชาชน ในที่นี้หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ซึ่งต้องมีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรและกลไกที่ส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงาน ระบบสนับสนุนการทำงาน การสร้างแรงจูงใจในการทำงาน การวางกลยุทธ์แนวปฏิบัติ และการตัดสินใจในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ส่งเสริมปรับปรุงเปลี่ยนแปลงระบบที่มีประสิทธิภาพ

การอำนวยความสะดวกในประสานงานทั้งภายในและระหว่างองค์กร ระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องได้รับการเตรียมความพร้อมและส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั่วทั้งองค์กร ผู้นำขององค์กรจะต้องให้ความชัดเจนกับนโยบาย กำหนดเป้าหมาย แนวทางการพัฒนา และสร้างแรงจูงใจภายในองค์กรเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงาน การป้องกันไม่ให้เกิดข้อผิดพลาด การสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลภายในองค์กรที่มีความสะดวกและเข้าถึงง่าย

2. การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery System Design) หมายถึง การมีกลไกส่งมอบการดูแลที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้รับบริการ ทั้งการดูแลรักษาพยาบาล การส่งเสริมและป้องกันโรค โดยเน้นการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ มีการกำหนดบทบาท หน้าที่ และภาระงานในที่มิให้บริการ มีการวางแผนการดูแล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดบริการ ให้บริการการจัดการรายกรณีในคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน มีระบบติดตามตรวจเยี่ยมดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ให้การดูแลผู้รับบริการบนพื้นฐานความเข้าใจและเหมาะสมกับพื้นฐานทางวัฒนธรรม

การพัฒนาสุขภาพของประชาชนที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังต้องเปลี่ยนจากระบบเดิมที่มีการรักษาเมื่อบุคคลมีอาการป่วย เป็นการให้บริการเชิงรุกโดยมุ่งเน้นไปที่การรักษาคอนที่มีสุขภาพดีไม่ให้เจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้นอาจจะต้องจัดการอย่างเข้มข้น (การดูแลหรือการจัดการรายกรณี) มีการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยในคลินิกและระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย

3. ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) หมายถึง การให้บริการโดยใช้หลักฐานทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น แนวทางเวชปฏิบัติ แนวทางการจัดการโรค คู่มือการให้บริการ คู่มือปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย การตัดสินใจการรักษายาบาลจะต้องอยู่บนพื้นฐานความถูกต้อง ชัดเจน และได้รับการพิสูจน์การวิจัยทางคลินิกว่ามีประสิทธิภาพและปลอดภัย ผู้ให้บริการต้องพัฒนาตัวเองอยู่เสมอ เช่น มีการฝึกอบรมการใช้คู่มือแนวทางปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างต่อเนื่อง การทบทวนพัฒนาให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

4. ระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (Clinical Information Systems) หมายถึง การจัดการระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของประชากร

ข้อมูลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยที่ป้อนเข้าไปในระบบเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ ระบบข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ที่สามารถเรียกใช้งานได้สะดวก มีความเป็นปัจจุบัน สามารถใช้เป็นระบบข้อมูลย้อนกลับสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล มีระบบข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีระบบการแจ้งเตือนสำหรับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เช่น การแจ้งเตือนกำหนดวันนัด การแจ้งเตือนการเยี่ยมบ้าน มีระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้รับบริการเชิงรุก มีระบบข้อมูลที่อำนวยความสะดวกในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อใช้ในการประสานความร่วมมือประสานงานในการดูแล รวมถึงการมีระบบการตรวจสอบประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ

5. ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-Management Support) หมายถึง การจัดระบบบริการที่สามารถช่วยเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการจัดการสุขภาพ และดูแลสุขภาพของพวกเขาได้ด้วยตนเอง โดยมีการวางแผนการดำเนินการ การกำหนดเป้าหมาย การแก้ไขปัญหา และการติดตามผล รวมถึงการประสานความร่วมมือและการใช้ทรัพยากรภายในชุมชนเพื่อให้การสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังทุกรายมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย กำหนดแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่วมกับทีมผู้ให้บริการ

6. การมีส่วนร่วมของชุมชน (The Community) หมายถึง การระดมทรัพยากรที่มีในชุมชน เพื่อให้เกิดการป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สนับสนุนและผลักดันให้เกิดความร่วมมือภายในชุมชน มีการจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จะเห็นได้ว่าแนวคิดการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง The Chronic Care Model (CCM) ถือเป็นระบบบริการที่มีคุณภาพและมีการใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก โดยระบบบริการดังกล่าวจะให้ความสำคัญในการป้องกัน ควบคุม ส่งเสริมการจัดการกับปัจจัยเสี่ยง โดยสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน การนำศักยภาพของชุมชนและระบบบริการทางสาธารณสุขเข้ามาดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ ให้มีคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้รับบริการ

บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง

พยาบาลวิชาชีพได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการโรคเรื้อรัง The International Council of Nurses (ICN)^๑ ได้กำหนดบทบาทและกิจกรรมการพยาบาลในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ โดยการบูรณาการบทบาทและกิจกรรมการพยาบาลกับแนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง The Chronic Care Model (CCM) โดยเน้นการ

ให้บริการเชิงรุก เพื่อระบุหรือค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังตั้งแต่เริ่มแรกของการเกิดโรค ป้องกันไม่ให้โรคพัฒนารุนแรงมากขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการรักษา สนับสนุนผู้ป่วยให้มีบทบาทในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง และสถานบริการให้การดูแลรักษาอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพ ตามรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 บทบาทและกิจกรรมการพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ

องค์ประกอบหลักของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง	บทบาทและกิจกรรมการพยาบาล
สนับสนุนการดูแลตนเอง(Support for self-care)	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้รับบริการมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการวางแผนจัดการกับความเจ็บป่วย - ให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่รับบริการและประชาชนทั่วไป - ให้การสนับสนุน อำนาจความสะดวกในการจัดการและดูแลตนเองของผู้ป่วย - พัฒนาคือความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแล
ออกแบบระบบการดูแล (Design of the line of care)	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นผู้นำในการส่งเสริม ป้องกัน วินิจฉัยโรค และติดตามประเมินผลการรักษา - ปรับเปลี่ยนจากการดูแลเชิงรับไปสู่การวางแผนการดูแลเชิงรุก - ใช้แนวทางการทำงานเป็นทีมและการปฏิบัติร่วมกันของทีมสุขภาพ - ดำเนินการติดตามกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง - ประสานงานการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน
สนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (Support for clinical decisions)	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้เครื่องมือประเมินผู้รับบริการและวินิจฉัยโรคอย่างเป็นระบบ - ใช้โปรโตคอลและแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้รับบริการ - ประสานงานขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้รับบริการ
ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical information system)	<ul style="list-style-type: none"> - สื่อสารข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จัดการข้อมูลข่าวสารได้อย่างเหมาะสม - ใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการจัดการและสื่อสารข้อมูลข่าวสาร - ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการปรับปรุงการให้บริการ
ทรัพยากรและนโยบาย (Resources and policies)	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างการมีส่วนร่วมและเชื่อมโยงหน่วยงานในชุมชน - กระตุ้นให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ
การจัดการองค์กรดูแลสุขภาพ (Organization of health care)	<ul style="list-style-type: none"> - มุ่งมั่นที่จะสนับสนุนและพัฒนาศาสตร์ในการดูแลผู้รับบริการ - ใช้บทบาทความเป็นผู้นำที่เหมาะสมในองค์กรและระหว่างองค์กร - พัฒนาแนวทางในการประสานงานผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้รับบริการ - ใช้และจัดการทรัพยากรอย่างคุ้มค่า - มีส่วนร่วมในการวางแผน การจัดการ และการดำเนินการตามนโยบาย

จะเห็นได้ว่าการบูรณาการบทบาทและกิจกรรมการพยาบาลกับแนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง The Chronic Care Model (CCM) มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างครอบคลุมทุกมิติและเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต่อผู้รับบริการ ดังนั้นเพื่อให้ระบบการจัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง

ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลควรมีบทบาทและกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับองค์ประกอบหลักของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model) ทั้ง 6 องค์ประกอบดังมีรายละเอียดกิจกรรมการพยาบาลดังต่อไปนี้

1. บทบาทในการกำหนดทิศทางและนโยบายการจัดการโรคเรื้อรัง พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการวางแผนการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการโรคเรื้อรัง และมีส่วนร่วม

ในการกำหนดนโยบาย สามารถชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงาน ติดตามความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการโรคเรื้อรังเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญและปนัดดา ปรียพฤษ์⁹ ที่พบว่าพยาบาลชุมชนควรให้ความสำคัญของทุนทางสังคมในชุมชน การประเมินความต้องการของชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการสร้างนโยบายสาธารณะ ผลักดันให้เกิดนโยบายในระดับพื้นที่ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีระบบการดูแลสุขภาพที่ประสบความสำเร็จและยั่งยืน

2. บทบาทในการจัดระบบการบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการคัดกรอง การวินิจฉัยลงทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ การรณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคในชุมชน ให้บริการป้องกัน ควบคุม และดูแลรักษาผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ ให้การรักษาโดยการให้ยาและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามแนวปฏิบัติเป็นผู้ประสานงานโรคเรื้อรัง Case Manager/Coordinator จัดระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งไป-กลับที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ง่าย สร้างเครือข่ายการดูแลจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน เช่น อสม. ผู้นำในชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดย อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือทีมสหวิชาชีพ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจากผลการศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี Case Management Model ของวิไลวรรณ โพธิ์ศรีทองและคณะ¹⁰ พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี ทำให้เกิดแนวทางการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวม มีทีมพยาบาลที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นอย่างดี ผลของการนำระบบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน/ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลเบาหวานในระดับมาก มีพฤติกรรมสุขภาพภายหลังให้การดูแลและคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนให้คำแนะนำ อัตราการกลับมาอนมน้ำในโรงพยาบาลด้วยปัญหาเบาหวานลดลง อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น

3. บทบาทในการใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการโรคเรื้อรัง พยาบาลวิชาชีพสามารถใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีโดยเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศกับ data center ของจังหวัดในการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นำข้อมูลมาวิเคราะห์และนำเสนอ

แก่ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดการโรคเรื้อรัง นับได้ว่าการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารถูกนำมาประยุกต์ใช้อย่างมากในการจัดการกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพื่ออำนวยความสะดวกในการให้บริการ เช่น การใช้บันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวก รวดเร็ว¹¹

4. บทบาทในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พยาบาลวิชาชีพสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลแก่ผู้รับบริการ ครอบครัวเพื่อการตัดสินใจในการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันวางแผนและส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อป้องกัน รักษา ฟื้นฟูกับผู้รับบริการและครอบครัว สร้างและใช้เครื่องมือสนับสนุนการจัดการตนเอง เช่น สมุดบันทึกสุขภาพ เอกสารคำแนะนำ การดูแลตนเอง จัดกิจกรรมเสริมทักษะการจัดการตนเอง เช่น การจดค่าย กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน การรวมกลุ่ม โดยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-Management Support) สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการและดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง¹²

5. บทบาทในการใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการโรคเรื้อรัง พยาบาลวิชาชีพสามารถใช้แนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2557 (Clinical Practice Guideline For Diabetes 2014) แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดปี 2557 (Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk) แนวทางเวชปฏิบัติการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงปี 2555 (Exercise in Patients with Diabetes and Hypertension) เป็นต้น การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วย สามารถขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

6. บทบาทในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรัง พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนมีแผนงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคเรื้อรัง เช่น ชมรมเพื่อสุขภาพ กิจกรรมเพื่อสุขภาพ จัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเรื้อรังในชุมชน สนับสนุนให้ผู้นำชุมชน อสม. มีส่วนร่วมในการดูแล ติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน และสนับสนุนชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค

เรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกศศิริ วงษ์คงคำ¹³ ที่พบว่า การสร้างเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพจากการได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานและทุกภาคส่วนในชุมชน ส่งผลให้ผู้รับบริการในพื้นที่ที่มีทักษะพื้นฐานในการดูแลตนเอง สามารถลดระดับน้ำตาลเจ็ดยี่สิบสี่ในเลือด ควบคุมระดับความดันโลหิต ชะลอความรุนแรงและชะลอการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง รวมทั้งสามารถลดค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการได้อีกด้วย

สรุป

บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย บทบาทในการกำหนดทิศทางและนโยบายการจัดการโรคเรื้อรัง บทบาทในการจัดระบบการบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บทบาทในการใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการโรคเรื้อรัง บทบาทในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บทบาทในการใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการโรคเรื้อรัง และบทบาทในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นบทบาทที่มีความสำคัญอย่างยิ่งของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรังเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases, 2014 [Internet]. Geneva, Switzerland; 2014. [Cited 2015 Nov 15]. Available from: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
- Bureau of Epidemiology, Ministry of Public Health, Thailand. Chronic Diseases Surveillance Report, 2012 [Internet]. Nonthaburi, Thailand; 2014. [Cited 2015 Nov 15]. Available from: <http://www.boe.moph.go.th/report>
- World Health Organization. Noncommunicable diseases, 2015[Internet]. Geneva, Switzerland; 2014. [Cited 2015 Nov 15]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
- Bentzen N, editor. WONCA dictionary of general/family practice. Trondheim, Norway: WONCA International Classification Committee; 2003.
- World Health Organization. Chronic diseases and their common risk factors. Geneva, Switzerland; 2005.
- World Economic Forum. The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. Geneva, Switzerland; 2011.
- The MacColl Center for Health Care Innovation. The Chronic Care Model, 2006[Internet]. [Cited 2015 Nov 15]. Available from: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2
- Luciana GF, Maria M L. Model of care in chronic disease: inclusion of a theory of nursing. Text Context Nursing, Florianopolis, 2013 Oct-Dec; 22(4): 1197-204. doi: 10.1590/50104-070720 13000400039
- Sittipreechachan P, Priyatruk P. Community health care system development process: 14 case studies of communities in central region. Journal of Public Health Nursing, 2014 Jan-Apr; 28 (1):1-15.
- Phosritong W, Maneesilp T, Podhipak P, et al. The development of diabetes care system: A case management model at Saraburi Hospital. Journal of Nursing Division. 2012; 39(2): 79-93.
- Celler BG, Lovell NH, Basilakis J. Using information technology to improve the management of chronic disease. Med J Aust. 2003; 179(5): 242-6.
- Harvey PW, Petkov JN, Misan G, et al. Self-management support and training for patients with chronic and complex conditions improves health-related behaviour and health outcomes. Aust Health Rev. 2008; 32(2): 330-8.
- Wongkongkam K. Innovation of care service system for patients risk with chronic kidney disease: A case study of the community hospital, Nakhon Pathom Province. J Nurs Sci. 2016; 34 (1): 27-41.