

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Development of care model for diabetic and hypertension patients in Tambon

Health Promoting Hospital, Kosumphisai District, Mahasarakham

อาคม รัฐวงษา, พยม.(วพย.เวชปฏิบัติชุมชน)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Akom Ruttawongsa, M.N.S.(CNP)¹

Registered Nurse, Professional Level, Kosumphisai Hospital, Mahasarakham

บทคัดย่อ

การศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในรพ.สต. เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใช้กรอบแนวคิดต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง กลุ่มเป้าหมายคือผู้ให้บริการสหวิชาชีพ 30 คน เก็บข้อมูลโดยตอบแบบสอบถามทาง Google form ตามแบบประเมินการดูแลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ดำเนินการ ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561

ผลการศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์พบว่าแนวปฏิบัติมีการเปลี่ยนแปลง ผู้ให้บริการเกิดความสับสน อัตรากำลังใจไม่เพียงพอ ข้อมูลซ้ำซ้อน ผู้ป่วยขาดนัด ควบคุมโรคไม่ได้ คะแนนรวมเฉลี่ยขององค์ประกอบการดูแล 6.7 ได้ดำเนินการเน้นพัฒนา 2 องค์ประกอบที่คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย คือ 1) การออกแบบระบบบริการ 2) การสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยพัฒนา Mini nurse case manager ใน รพ.สต.ทุกแห่ง ให้มีการจัดการรายกรณี ประสาน อสม.และ อบต.ร่วมสนับสนุนการดูแล ประเมินผล ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน รพ.สต.ที่ใช้ในปัจจุบัน ผู้ป่วยในพื้นที่เข้าถึงบริการร้อยละ 84 คะแนนองค์ประกอบการดูแลเฉลี่ยเพิ่มจาก 6.7 เป็น 8.6 คะแนน การออกแบบระบบบริการจาก 6.5 เป็น 8.8 คะแนน การสนับสนุนการดูแลตนเอง จาก 6.3 เป็น 8.3 คะแนน อัตราการควบคุมเบาหวานได้ดีเพิ่มจากร้อยละ 7.72 เป็น 16.28 อัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ดีเพิ่มจากร้อยละ 26.94 เป็น 46.39 แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาบางองค์ประกอบ ส่งผลให้องค์ประกอบอื่นๆพัฒนาไปด้วย เพราะมีความเกี่ยวข้องกัน ปัจจัยความสำเร็จคือการวิเคราะห์ปัญหาและออกแบบบริการร่วมกันและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องของทีมผู้ร่วมพัฒนา จึงควรนำต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังไปประยุกต์ใช้ในการดูแลโรคเรื้อรังอื่นๆ

คำสำคัญ:

Abstract

The objective of this study is to develop and establish caring model for diabetic and hypertension patients at Tambon health promoting hospital. The method of this action research base on conceptual framework of chronic care model. The participants were 30 multidisciplinary service providers. Data were collected using diabetes and hypertension care assessments and fill out surveys via Google form and group discussions. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. This study was conducting since October 2017 - September 2018.

Results: analysis phase was found that the care guideline was changed, the service team was confused with their role, insufficient number of service providers, redundant information systems, patients were not

receiving continuous treatment and cannot control the disease. The average total score of the care component is 6.7. We aim for the development of 2 components with scores below the average which are 1) delivery system design and 2) self-management support by developed the potential of nurses to be a mini case manager, co-ordinate supervision from network partners in the community. A caring model for diabetes and hypertension patients in Tambon health promoting hospital have been implemented and effect to : patients have access to 84 percent of the service, the average care component score increased from 6.7 to 8.6. The service system design from 6.5 to 8.8 points, self-care support from 6.3 to 8.3 points. The improved diabetes control rate increased from 7.72 percent to 16.28, also improved blood pressure control rate increased from 26.94 percent to 46.39. The result shown that the development of some components have affects on the development of others as well. The success factors is analyze problems and design services and continuously improve the service. Therefore, the model of chronic care model should be applied in the care of other chronic diseases.

Keyword:

บทนำ

ประชากรที่เป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงของอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปัจจุบันอำเภอโกสุมพิสัยมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงรวมประมาณ 8,300 คน การจัดบริการคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลโกสุมพิสัยจึงไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย เพราะสถานที่คับแคบ บุคลากรไม่เพียงพอ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการ ทำให้เกิดปัญหาขาดนัด โรงพยาบาลโกสุมพิสัยจึงได้มีนโยบายการกระจายผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงออกไปรับบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ใกล้เคียงมาตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา แต่ก็พบปัญหาที่เกี่ยวกับระบบบริการ เช่น จำนวนผู้ป่วยมีจำนวนมากเฉลี่ย 160 คนต่อครั้ง แนวทางการดูแลที่มียังไม่ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ซึ่งแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยจึงเกิดความสับสนในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนีย์ ไกร

อ่อน และ สาริณี วอนแก่น้อย (2558) ที่พบว่าทีมสหวิชาชีพ บางส่วนยังมีปัญหาในเรื่องการรับรู้ระบบการให้บริการและนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาในการดูแลมีความแตกต่างแต่ละวิชาชีพ บางครั้งบุคลากรประจำไม่สามารถอยู่ปฏิบัติงานได้ เช่นติดประชุม การสื่อสารประสานงานเพื่อดูแลยังขาดความต่อเนื่อง ผู้จัดการดูแลยังขาดสมรรถนะในการจัดการดูแลอย่างเป็นระบบ ผู้ป่วยขาดนัด ส่งผลให้อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน หรือการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่บรรลุเป้าหมาย ในปี พ.ศ. 2558-2559 พบว่าอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีของผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 3.35 และ 7.72 ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร้อยละ 25.52 และ 26.94 ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน รพ.สต. จากผลการศึกษาของ อาคม รัฐวงษา (2554) ได้ใช้ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังในการพัฒนาแนวทางจัดบริการอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ

โรงพยาบาลโกสุมพิสัย และเครือข่าย โดยเลือกพัฒนาเพียง 4 ใน 6 องค์ประกอบ พบว่าได้แนวทางการดูแลต่อเนื่องที่เชื่อมโยงการดูแลโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร ส่งผลให้คะแนนองค์ประกอบการดูแลโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกองค์ประกอบ และจากการศึกษาของพรพิมล พงษ์สุวรรณ (2553) วิจัยเรื่องการพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดขอนแก่น เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การวางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหา ปฏิบัติและประเมินผลกลุ่มเป้าหมาย คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ดูแล กลุ่มสมาชิกองค์กรในชุมชนและกลุ่มผู้ให้บริการ โดยวิเคราะห์สถานการณ์ตามต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง 6 องค์ประกอบ ซึ่งผลการวิเคราะห์สามารถสรุปประเด็นปัญหาที่ต้องแก้ไขเป็นอันดับแรก คือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่น การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จึงได้จัดเวทีประชุมเสวนาชุมชน ซึ่งได้กิจกรรมในการพัฒนา 3 กิจกรรม คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จัดตั้งกลุ่มออกกำลังกาย การสร้างเครือข่ายในการดูแลโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย มีระดับความดันโลหิตลดลง ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

รพ.สต. เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิด้านสุขภาพที่สำคัญและใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุดจึงเปรียบเสมือนจุดเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงานบริการสุขภาพทุกระดับกับชุมชน การดำเนินงานคลินิก

NCD คุณภาพใน รพ.สต. เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมได้รับข่าวสารและมีการเตรียมความพร้อมจะช่วยปิดช่องว่างที่เกิดขึ้นจากการที่สถานบริการระดับโรงพยาบาลที่ไม่สามารถให้บริการแก่ประชาชนได้ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2557)

ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Wargner, 2001) (ภาพที่1) ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการจัดการดูแลกลุ่มโรคเรื้อรัง มี 6 องค์ประกอบ คือ 1) นโยบายและการสนับสนุนจากผู้บริหาร 2) การประสานและใช้ทรัพยากรของชุมชน 3) การออกแบบระบบบริการ 4) การสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ให้บริการ 5) การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้รับ บริการ 6) ระบบข้อมูลและเวชระเบียน ซึ่งเป็นสารสนเทศทางคลินิกของโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงใน รพ.สต.เครือข่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน รพ.สต. และศึกษาผลการพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมี 4 ขั้นตอน คือ (1) การวางแผน(Plan) (2)การปฏิบัติตามแผน (Action) (3)การสังเกตการณ์(Observe) (4) การสะท้อนกลับ(Reflex) และปรับปรุงให้ดีขึ้น ดำเนินการตุลาคม 2560กันยายน 2561 โดยใช้กรอบแนวคิดต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ประเมินคุณภาพการดูแลโรค เบาหวานและความดันโลหิตสูง วิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งหาโอกาสพัฒนาองค์ประกอบที่มีคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

กลุ่มเป้าหมาย คือกลุ่มผู้ให้บริการที่ร่วมพัฒนา ได้แก่แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข ทันตภิบาล พยาบาล วิชาชีพในโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่าย รวม 30 คน

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างคือ แบบประเมินการดูแลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง(Assessment DM HT Care) ซึ่งได้ปรับแนวคำถามจากแบบประเมินคุณภาพการดูแลโรคเรื้อรังAssessment of Chronic Illness Care (ACIC) version 3.5 ฉบับภาษาไทย (ปีพ.ศ. ๒๕๕๒, ๒๕๕๓) ที่ปรับปรุงจากต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง โดยให้ทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละหน่วยงานร่วมกันประเมินคุณภาพการดูแลแล้วตอบแบบสอบถามทาง Google form ก่อนดำเนินการกิจกรรม ตามองค์ประกอบของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังทั้ง 6 องค์ประกอบโดยกรอกคะแนนตั้งแต่ 0-11 คะแนน 0 หมายถึงมีข้อจำกัดต่อการดูแล คะแนน11 หมายถึง มี การสนับสนุนการดูแลอย่างเต็มที่ต่อโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง รวมทั้งความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแล ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหาและหาข้อสรุปร่วมกันด้วยการสนทนากลุ่มประเมินผลโดยกรอกข้อมูลทาง Google form ซ้ำหลังการพัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูลอื่นๆ เช่น Family folder แบบบันทึกโรคเรื้อรัง สมุดประจำตัว ใบสั่งยาโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แผนปฏิบัติงานประจำเดือน ประจำปี

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เป็นร้อยละ ความถี่

และค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยใช้แผนที่ความคิดในการจัดกลุ่มข้อความสำคัญตามหัวข้อที่เกี่ยวข้องกัน และนำมาสรุปเป็นประเด็นหลัก วิเคราะห์และอภิปรายร่วมกับทีมสหวิชาชีพผู้ร่วมพัฒนา สร้างข้อสรุปชั่วคราว เพื่อนำไปเปรียบเทียบกับแนวคิดทฤษฎี ถ้ายังไม่ชัดเจนก็กลับไปรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมซ้ำหลายๆรอบจนกว่าจะอิ่มตัวหรือไม่มีข้อมูลใหม่ที่แตกต่างจากข้อมูลเดิม สามารถนำไปสร้างเป็นข้อสรุปที่สะท้อนให้เห็นภาพของรูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน รพ.สต. เครือข่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย

ผลการวิจัย

สถานการณ์ก่อนการพัฒนา ได้เสนอผลการวิจัยตามวงจรการพัฒนาเพื่อสร้างรูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน รพ.สต. เครือข่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จำนวน 20 แห่ง โดยมีทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการที่ร่วมให้ข้อมูลซึ่งเป็นหัวหน้าทีมในแต่ละสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ 2 คน เภสัชกร 1 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 1คน ทันตแพทย์ 1คน ทันตภิบาล 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข (ผอ.รพ.สต.) 1 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบการดูแลงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในรพ.สต. 20 คน พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบคลินิก โรคเบาหวานความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย1 คน ผู้รับผิดชอบโครงการจัดบริการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง 1 คน ซึ่งพบว่าคะแนนรวมเฉลี่ยทุกองค์ประกอบก่อนการพัฒนาเท่ากับ 6.7 คะแนน (เต็ม11 คะแนน) วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 นโยบายในการสนับสนุนจากผู้บริหาร คณะณณเฉลี่ย 6.7 คณะณณ ผู้บริหารมีนโยบายชัดเจนในการกระจายผู้ป่วยไปรับบริการใน รพ.สต.ใกล้เคียง โดยจัดทำโครงการเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณ เวชภัณฑ์และบุคลากรที่จำเป็นจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อร่วมให้บริการในวันที่มีคลินิกใน รพ.สต. แต่พบว่าผู้ป่วยมีจำนวนมาก 150-250 คนต่อครั้ง จึงให้บริการไม่ทันเนื่องจากบางครั้งอัตรากำลังไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่ที่อยู่ประจำติดราชการ หรือไปประชุม จึงได้มีการเสนอแผนจัดอัตรากำลังเพิ่มตามจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแต่ละ รพ.สต. โดยขอสนับสนุนอัตรากำลังจาก รพ.สต.ใกล้เคียง หรือจากโรงพยาบาลโกสุมพิสัยร่วมให้บริการ และสนับสนุนค่าตอบแทนต่างหน่วยบริการด้วย

องค์ประกอบที่ 2 การประสานและใช้ทรัพยากรในชุมชน คณะณณเฉลี่ย 7.1 คณะณณ พบว่าในการจัดบริการในแต่ละครั้งสถานบริการบางแห่งจะขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาช่วยในการคัดกรองเบื้องต้น เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณประวัติ และจัดคิวคนนอกจากนี้ยังพบว่าบางแห่งได้ขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ของแต่ละตำบล ในการจัดหาอาหารเช้า ข้าวต้มให้ผู้มารับบริการหลังเจาะเลือดตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว และยังมีรถสำหรับรับส่งผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน การดูแลเรื่องสวัสดิการเบี้ยยังชีพ เบี้ยผู้สูงอายุ ผู้พิการ และพบว่าผู้นำชุมชน อสม.และ Caregiver ยังสนับสนุนภารกิจในการดูแลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่นร่วมกับทีมสุขภาพ เช่น การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย การค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่

องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย คณะณณเฉลี่ย 6.3 คณะณณ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังควบคุมโรคไม่ได้ มารับการรักษาต่อเนื่องแต่ยังไม่เข้าใจเป้าหมายในการควบคุมอาการของโรคอย่างแท้จริง เช่นมองว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีในวันที่มาตรวจก็เพียงพอแล้ว จึงทำให้ขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง บางคนมองว่าผู้สูงอายุควบคุมพฤติกรรมได้ยากเนื่องจากมีโรคประจำตัว เช่นตามัว สภาพร่างกายอ่อนเพลีย บางครั้งให้ญาติมารับยาแทนเนื่องจากไม่สามารถมารับบริการได้ บางคนไม่รอตรวจรักษาเนื่องจากติดธุระ เช่น มาเจาะเลือดแต่ไม่อยู่รอพบแพทย์หรือพยาบาล จึงมีแค่ผลน้ำตาลในเลือดและสัญญาณชีพเพื่อขอรับยาจึงทำให้เสียโอกาสในการได้รับการตรวจรักษา และคำแนะนำที่ควรจะได้รับ จึงได้เสนอให้มีการจัดการดูแลรายกรณี โดยวางแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาล รพ.สต.ให้เป็น Mini nurse case manager รวมทั้งระบบการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยการจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านร่วมกันในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ โดยกำหนดเกณฑ์ในการเยี่ยมสหวิชาชีพร่วมกันเป็นรายๆ ของทีมในแต่ละ รพ.สต.

องค์ประกอบที่ 4 การสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ให้บริการ คณะณณเฉลี่ย 6.7 คณะณณ พบว่ามีการปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติที่ใช้จากมาตรฐานการดูแล ซึ่ง รพ.สต.บางแห่งยังไม่นำมาสู่การปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน เนื่องจากขาดทักษะในการสืบค้นข้อมูล ดังนั้นจึงเสนอแนะให้มีการทบทวนแนวปฏิบัติร่วมกันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ส่งอบรม Case manager และจัดอบรม Mini nurse case manager (หลักสูตร 3 วัน) จัดประชุมติดตามตัวชี้วัดทุก 3 เดือน รวมทั้งการจัดตั้งกลุ่มไลน์ของผู้

ให้บริการเพื่อปรึกษาหารือระหว่างวิชาชีพในการตัดสินใจดูแลร่วมกัน เช่นผู้ป่วยที่มีผลระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติซึ่งอยู่ในค่าวิกฤติ ห้องตรวจทางปฏิบัติการจะแจ้งพยาบาลให้ทราบเพื่อให้จัดการดูแล ผู้ป่วยในภาวะวิกฤติหรือปรึกษาแพทย์ผู้รักษา การสนับสนุนการดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา โดยมีเภสัชกรจ่ายยาและให้คำปรึกษา เช่น ผู้ป่วยที่ปรับลดยาเอง หรือไม่ยอมรับประทานยาจะต้องมีการประสานแพทย์ และเภสัชกรร่วมประเมินและให้คำปรึกษา เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 5 การออกแบบระบบบริการ คະแนนเฉลี่ย 6.5 คະแนน พบว่าการแบ่งงานไม่ชัดเจนบางคนทำงานได้ทุกอย่าง เช่นพยาบาลเวชปฏิบัติ สามารถคัดกรอง ตรวจรักษาเบื้องต้นตามแนวทางเวชปฏิบัติ จ่ายยาและให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การประสานไม่ต่อเนื่อง เช่น การประสานการดูแลมีช่องทางจำกัดทำให้เกิดความล่าช้า ดังนั้นจึงเสนอแนะให้แต่ละ รพ.สต.ตั้งกลุ่มไลน์ของทีมผู้ดูแลในพื้นที่ตนเองร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อ่ายในการประสาน และมอบหมายให้พยาบาลประจำศูนย์ดูแลต่อเนื่องเป็นผู้ประสานและจัดแผนบริการรายปี และรายเดือนเพื่อให้เกิดการติดต่อและประสานงานที่มีประสิทธิภาพ โดยแผนประจำเดือนซึ่งจะจัดบริการอย่างน้อยเดือนละครั้งในทุก รพ.สต.ซึ่งในแผนจะระบุผู้รับผิดชอบบทบาทหน้าที่ของแต่ละตำแหน่ง รวมทั้งประสานงานกับพนักงานขับรถยนต์ในการรับและส่งเจ้าหน้าที่เพื่อออกให้บริการตามวัน และเวลาที่กำหนดในแผนประจำเดือน

องค์ประกอบที่ 6 ระบบข้อมูลและ เวชระเบียน คະแนนเฉลี่ย 6.0 คະแนน ข้อมูลผู้ป่วยมีความซ้ำซ้อน จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นเบาหวานถูกขึ้นทะเบียนเบาหวาน

เนื่องจากเคยมีประวัติน้ำตาลสูงในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งได้มีการติดตามสอบถามผู้ป่วยแล้วยืนยันว่าไม่ได้เป็นเบาหวาน และเสนอแนะให้เก็บรวบรวมและตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรค เบาหวานหรือความดันโลหิตสูงและส่งรายชื่อให้กับผู้รับผิดชอบระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อดำเนินการลบผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นเบาหวานออกจากทะเบียนโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นการจัดการในภาพรวมของจังหวัดและเขตสุขภาพ จึงถือว่าอยู่ระหว่างดำเนินการแก้ไขปัญหาไม่ได้นำมาสู่การแก้ไขปัญหาในการบริการตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ

การบูรณาการทุกองค์ประกอบ โดยการมองภาพรวมในการดูแลทั้ง 6 องค์ ประกอบมีคะแนนเฉลี่ยมีคะแนน 6.9 คະแนน พบว่าค่าคะแนนรวมเฉลี่ยทุกองค์ประกอบเท่ากับ 6.7 คະแนน โดยมีองค์ประกอบที่มีคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยจำนวน 3 องค์ประกอบ คือ 1)ระบบข้อมูลและเวชระเบียน คະแนนเฉลี่ย 6.0 คະแนน 2) การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย คະแนนเฉลี่ย 6.3 คະแนน 3) การออกแบบระบบบริการ คະแนนเฉลี่ย 6.5 คະแนน แต่เนื่องจากระบบเวชระเบียนอยู่ระหว่างการดำเนินการแก้ไข ทีมสหวิชาชีพจึงมีข้อสรุปร่วมกันโดยจะเน้นพัฒนาใน 2 องค์ประกอบที่มีคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย คือการออกแบบระบบบริการ และการสนับสนุนการดูแลตนเอง

2. ระยะการพัฒนาโดยมุ่งพัฒนา 2 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การออกแบบระบบบริการในคลินิกโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูงใน รพ.สต. และรูปแบบการติดตามดูแลในชุมชน โดยมองว่าก่อนที่จะให้การดูแลผู้ป่วย ทีมผู้ให้บริการต้องมีความพร้อมและกระตือรือร้น จึงตัดสินใจพัฒนาการออกแบบระบบบริการก่อนในวงรอบ

แรกของการพัฒนา โดยเสนอผู้บริหารเพื่อส่งพยาบาลอบรม Nurse case manager มอบหมายผู้รับผิดชอบจัดทำโครงการเสนอแผนเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณ จัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปี แผนประจำเดือน และระบบนัดหมายร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในแผนการปฏิบัติงานปรับปรุงแบบบันทึกสุขภาพและใบสั่งยา สร้างไลน์กลุ่มเพื่อการประสานงานและทำงานร่วมกันเป็นทีมอย่างสร้างสรรค์ และหาโอกาสให้ผู้บริหารได้ไปดูสถานการณ์ในการปฏิบัติงานจริง

2) การสนับสนุนการดูแลตนเอง เนื่องจากผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยยังไม่บรรลุเป้าหมาย เช่น อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลหรือควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี วงรอบที่ 2 จึงเน้นพัฒนาการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวโดยพัฒนา Mini nurse case manager ใน รพ.สต.ทุกแห่งให้มีการจัดการรายการผู้ป่วยที่ควบคุมอาการของโรคไม่ได้ ออกแบบการเยี่ยมบ้านโดย รพ.สต.คัดเลือกผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และนำมาจัดการรายการรายกรณี โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องส่งพบแพทย์ทุกครั้งจนกว่าจะควบคุมอาการได้ดี สนับสนุนอุปกรณ์ที่บ้าน เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้วประจำหมู่บ้าน ประสาน อสม. ผู้นำชุมชนและ อบต.ร่วมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผลการพัฒนาทั้ง 2 องค์ประกอบส่งผลให้ คะแนนการดูแลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน รพ.สต. เพิ่มขึ้นทุกองค์ประกอบเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนา (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบองค์ประกอบการดูแลก่อนและหลังการพัฒนา

องค์ประกอบ (เต็ม11)	คะแนน	
	ก่อน	หลัง
การสนับสนุนจากผู้บริหาร	6.7	8.4
การประสานใช้ทรัพยากรชุมชน	7.1	8.9
การสนับสนุนการดูแลตนเอง	6.3	8.3
การสนับสนุนการตัดสินใจ	6.7	8.8
การออกแบบระบบบริการ	6.5	8.8
ระบบข้อมูลและเวชระเบียน	6.0	8.7
การบูรณาการองค์ประกอบ	6.9	8.5
mean	6.7	8.6

จากตารางที่ 1 จะพบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมทุกองค์ประกอบเพิ่มจาก 6.7 เป็น 8.6 คะแนนการออกแบบระบบบริการเพิ่มจาก 6.5 เป็น 8.8 คะแนน การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจาก 6.3 เป็น 8.3 และ จะเห็นว่าการพัฒนาในบางองค์ประกอบสามารถช่วยพัฒนาองค์ประกอบอื่นๆให้มีคะแนนเพิ่มขึ้นด้วย และผลที่เกิดขึ้นพบว่าผู้ป่วยมารับบริการที่ รพ.สต.ใกล้บ้านร้อยละ 84 และที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่จำเป็นต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัย เนื่องจากใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการจ่ายตรง หรือเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนที่ต้องพบอายุรแพทย์ เช่น CKD stage 4-5 และเมื่ออาการดีขึ้นจะส่งกลับมารักษาต่อเนื่องที่ รพ.สต.ใกล้บ้าน โดยมีข้อมูลการบันทึกการดูแลในสมุดบันทึกสุขภาพเป็นหลัก แสดงให้เห็นถึงรูปแบบการจัดบริการส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่เป็นมาตรฐานตามทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นอัตราการควบคุมเบาหวานได้ดีเพิ่ม

จากร้อยละ 7.72 เป็น 16.28 อัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ดีเพิ่มจากร้อยละ 26.94 เป็น 46.39

รูปแบบที่ได้จากการพัฒนา

มีนโยบายการดูแลเบาหวานและความดันโลหิตสูงในรพ.สต.เครือข่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัยจากการเขียนโครงการทุกปีมาเป็นงานประจำ โดยมีรูปแบบ ดังนี้

1) พยาบาลประจำศูนย์ดูแลต่อเนื่องเป็นผู้จัดการ จัดทำโครงการและขออนุมัติงบประมาณจัดทำแผนให้บริการรายปี แผนปฏิบัติงานของสหวิชาชีพรายเดือน โดยจัดบุคลากรจากหน่วยงานอื่นๆ เช่น จาก รพ.สต.ใกล้เคียงร่วมให้บริการ

2) Nurse case manager / mini nurse case manager ร่วมกันควบคุมกำกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การดูแล และวางแผนจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลหรือควบคุมอาการได้ตามแนวทางปกติ

3) จัดบริการวันคลินิกโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ใน รพ.สต.เดือนละครั้ง โดยแบ่งหน้าที่ดังนี้ (3.1) อสม.ค้นประวัติ วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง จัดคิว (3.2) พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชักประวัติคัดกรอง เจาะ DTX การดูแลในเชิงวิชาชีพ เจาะเลือด เก็บสิ่งส่งตรวจส่งห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นแม่ข่ายเช่น BUN Cr LDL HbA1C Urine albumin มีการรายงานผลทางอีเมลล์หรือไลน์ (3.3) พยาบาล NP ตรวจรักษาโรคตาม CPG คัดกรองเพื่อส่งพบแพทย์ ให้คำปรึกษา การให้ความรู้ ให้คำแนะนำและนัดหมาย (3.4) เภสัชกรเบิกจ่ายยา ให้คำแนะนำเรื่องยา (3.5) พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข

จัดยาช่วยเภสัชกร (3.6) ทันตแพทย์ ทันตภิบาล ให้บริการช่องปาก (3.7) แพทย์ออกบริการตรวจรักษาในช่วงบ่าย รวมทั้งมีการส่งต่อผู้ป่วยพบผู้เชี่ยวชาญ

4) พยาบาลเวชปฏิบัติ เป็นผู้จัดการดูแลในรพ.สต.คัดกรองอาการ ตรวจรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติที่ใช้ร่วมกันของเครือข่ายและให้ความรู้ในการดูแลตนเอง คัดกรอง CVD Risk คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ ในคลินิกชะลอไตเสื่อมรวมทั้งส่งต่อพยาบาลโรคไต อายุรแพทย์ คัดกรองความเสี่ยงการเกิดแผลที่เท้า และส่งต่อนักกายภาพบำบัดในรายที่มีความเสี่ยงสูง ส่งตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตาปีละครั้ง

5) ระบบการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย โดยทีมหมอครอบครัว ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล โดยมีช่องทางในการขอคำปรึกษา เช่นทางไลน์ หรือทางโทรศัพท์

6) การปรึกษาหารือในทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการโดยมีไลน์กลุ่มของทีมผู้ให้บริการ

7) บริการเยี่ยมบ้านโดยทีม อสม. ทีมหมอครอบครัว และทีมสหวิชาชีพโดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่จะเยี่ยมบ้าน เช่น กลุ่ม Poor control จะต้องได้รับการเยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อจัดการรายกรณี หรือผู้ป่วยที่มา รับบริการไม่ได้แต่อาการไม่เปลี่ยนแปลง จะให้ อสม.เยี่ยมและวัดความดันโลหิตมาก่อนแล้วจึงนำผลมาประกอบเพื่อขอรับยาต่อเนื่องที่ รพ.สต. เป็นต้น

8) ประสานการใช้ทรัพยากรชุมชน เช่น งบประมาณโครงการสนับสนุนการดูแล ระบบรับส่งจาก EMS เครื่องมืออุปกรณ์ สวัสดิการทาง

สังคม เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการ ผู้สูงอายุเพื่อรับเบี้ยยังชีพ การดูแลจาก อสม. และ Care giver ในชุมชน

9. จัดให้มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติทุก 6 เดือนเพื่อให้ทันสมัยอยู่เสมอ และประกาศใช้ให้เป็นแนวทางเดียวกัน

อภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบที่ได้จากการพัฒนา มีความสอดคล้องกับแนวพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ (โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง) 4 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2558 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค(2557) ที่มีการพัฒนาโดยใช้ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังใน 6 องค์ประกอบ สอดคล้องกับการศึกษาของ อาคม รัชวงษา(2554) ที่พบว่าการพัฒนาองค์ประกอบ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียง 4 องค์ประกอบสามารถทำให้คะแนนทุกองค์ประกอบเพิ่มขึ้น เพราะแต่ละองค์ประกอบมีความเกี่ยวข้องกัน ความสำเร็จคือการวิเคราะห์ปัญหา และออกแบบบริการร่วมกันอย่างต่อเนื่องของทีมนสหวิชาชีพ จนได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย

เบาหวานและความดันโลหิตสูงใน รพ.สต. ที่ใช้ในปัจจุบัน และมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิมล พงษ์สุวรรณ (2553) ซึ่งพัฒนาโดยได้ใช้รูปแบบการดูแลโรคความดันโลหิตสูง และมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี โดยผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง(Chronic care model) ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลโรคเรื้อรังอื่นๆ และข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปคือการวิเคราะห์ผลลัพธ์ ทางคลินิกสำหรับ รพ.สต.ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย หรือมีระดับความสำเร็จต่ำกว่าค่าเฉลี่ยรวมของทุกแห่ง เช่น คะแนนคุณภาพการดูแลโรค เบาหวานและความดันโลหิตสูง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หรือควบคุมระดับความดันโลหิต ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรวิเคราะห์ รพ.สต.ที่มีคะแนนที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย และผลงานที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย วิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุที่เกี่ยวข้อง และนำมาวางแผนพัฒนาเป็นราย รพ.สต. เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

- ปัทมา โกมุกทุต. (2552). *Chronic Care model :Improving Primary Care for Patient with Chronic Illness*. ค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2559, จาก <http://www.med.cmu.ac.th/dept/family/Patama/CDM>
- พรพิมล พงษ์สุวรรณ.(2553). *การพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2557). *แนวพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) 4 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2558*. นนทบุรี : [ม.ป.พ.]
- เสาวนีย์ ไกรอ่อน และ สารีณี วอนแก่นน้อย.(2558). *การพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 21(1), 41-53.

อาคม รัฐวงษา.(2554). การพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของ
โรงพยาบาลโกสุมพิสัย และเครือข่าย. รายงานการศึกษาระยะพหุบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการพยาบาลเวช
ปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Wagner, E.H,Austin,B.T, DavisC., Hindmarsh,M.,Schaefer,J., Bonomu, A. (2001). Improving ChronicIllness Care :
Translating Evidence Into Action. *Health Affairs*, 20(6), 64-78.