



“ในฐานะที่ทีม รพ.สต. เป็นคนที่ใกล้ชิดชาวบ้าน
เรียกว่ารู้จักชีวิตสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย
หรือครอบครัว หรือชุมชนมาก
ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะมีข้อมูลในการดูแลอย่างต่อเนื่อง
รพ.สต. จะเป็นจุดที่ต่อเนื่อง
เชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนในการดูแลได้ดี
อีกส่วนคือ รพ.สต. จะเป็นคนที่มีข้อมูลที่จะรู้ว่ามีอาการป้องกัน
หรือแนะนำคนไข้อย่างไร
จึงจะเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมายได้มากที่สุด
รวมถึงการทำงานอยู่ชุมชนอยู่แล้ว
ก็จะเป็นฐานสำคัญของการขับเคลื่อนให้ชุมชน
เข้ามามีส่วนร่วมในการที่จะป้องกัน การลดความเสี่ยง
จนถึงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี”

คำกล่าวจากการประชุมวิชาการ “การจัดการเบาหวานบูรณาการปี 2552”
พญ.สุภัทรา ศรีวนิชชากร

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ถ.ติวานนท์
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2951 1286 <http://www.hsri.or.th>

โครงการสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
<http://www.hph.moph.go.th>

การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง

การจัดการความรู้และสังเคราะห์
แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: 
การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
กรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



การจัดการความรู้และสังเคราะห์
แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล:
**การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
กรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง**



การจัดการความรู้และสังเคราะห์

แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล:

การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง

พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤศจิกายน 2553

ISBN: 978-974-299-154-8

บรรณาธิการบริหาร พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ

บรรณาธิการฝ่ายวิชาการ พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร
รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ

ผู้เขียน พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร
นพ.สวางค์ ศุภผล
ทัศนีย์ ญาณะ
รัชดา พิพัฒนศาสตร์
อรอนงค์ ดิเรกบุษราคม
ผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ
พฤกษา บุญบุญ

จัดพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สนับสนุนและเผยแพร่ โครงการสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)
สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

ประสานงาน วรรณพร บุญเรือง

ออกแบบ วัฒนสินธุ์ สุวรรตนานนท์

พิมพ์ที่ บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิง จำกัด
โทรศัพท์ 0 2903 8257 9

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต
ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2951 1286 <http://www.hsri.or.th>

โครงการสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
<http://www.hph.moph.go.th>

คำนำ

นพ.ชูชัย ศุภวงศ์
ผู้จัดการโครงการสนับสนุนนโยบาย รพ.สต. สสส.
รองประธานคณะกรรมการอำนวยการ
รพ.สต. และ อสม.

ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้แถลงนโยบายต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2551 โดยที่นโยบายด้านสาธารณสุข รัฐบาลมุ่งเน้นในการปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น โดยการยกระดับสถานอนามัยขึ้นเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และส่งเสริมบทบาทของท้องถิ่นให้เข้ามาร่วมผลิตบุคลากรสาธารณสุข เพื่อกลับไปทำงานในท้องถิ่น รวมถึงการพัฒนาบทบาท อสม. ให้มีศักยภาพมากยิ่งขึ้น

นโยบายด้านสาธารณสุขดังกล่าว ได้รับการขานรับจากผู้คนในแวดวงสุขภาพอย่างกว้างขวางโดยเฉพาะนักวิชาการ นักวิจัยระบบบริการสาธารณสุขและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน สถานอนามัย เพราะการพัฒนา รพ.สต. เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นยุทธศาสตร์ที่เปลี่ยนจากงานรักษาพยาบาลแบบตั้งรับ มาเน้นการส่งเสริมให้มีการสร้างสุขภาพเชิงรุกของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะมีผลทำให้ระบบบริการสุขภาพในภาพรวม มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ลดปริมาณผู้ป่วย

ที่ไปใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ลดลง ลดภาระค่าใช้จ่าย และเวลาในการเดินทางของประชาชน อีกทั้งเป็นการประหยัดงบประมาณของชาติในระยะยาว ที่สำคัญคือ ลดทุกภาวะของบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างเห็นได้ชัด

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข **นายวิทยา แก้วภราดัย** ได้นำนโยบายด้านสาธารณสุข ดังกล่าวมาสู่การปฏิบัติ โดยได้มอบหมายให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งกลไกทางราชการรองรับนโยบาย รพ.สต. อีกทั้งได้มีคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 408/2552 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2552 แต่งตั้งคณะทำงานติดตามและสนับสนุนนโยบาย รพ.สต. ต่อมารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข **นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฐ์** ได้มีคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 858/2553 ลงวันที่ 23 เมษายน 2553 แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุข และได้ถือเอานโยบาย รพ.สต. เป็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานตามนโยบายด้านสาธารณสุข ดังกล่าว เป็นไปตามหลักการและแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพทางสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงได้สนับสนุนให้มีการจัดทำคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติงานของ รพ.สต. ขึ้น โดยเอกสารวิชาการชุดนี้สังเคราะห์และเรียบเรียงจากผู้ที่ปฏิบัติงานจริงใน รพ.สต., โรงพยาบาล (รพช./รพท./รพศ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) รวมทั้งนักวิชาการจากกรมวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องใน

กระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนนโยบายรัฐบาลให้ปรากฏผลเป็นจริงในการสร้างสุขภาวะของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในที่สุด

จึงขอขอบคุณบรรณาธิการและกองบรรณาธิการทุกท่าน มา ณ โอกาสนี้ด้วย อนึ่ง สสส.มีแผนในการผลิตคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติงานของ รพ.สต. ออกมาทั้งหมด ประมาณ 9 ฉบับ โดยทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) ต่อไป

คำนำ

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ให้ความสำคัญกับการวิจัยและพัฒนากระบวนการปฏิรูปภูมิ โดยเป็นแผนงานวิจัยหนึ่งที่ทำให้การสนับสนุนมาอย่างต่อเนื่อง มีสถาบันวิจัยและพัฒนาแบบสุขภาพชุมชน (สพข.) เป็นกลไกสำคัญ เมื่อรัฐบาลมีนโยบายในการยกฐานะสถานอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สวรส. และเครือข่ายฯ ได้สนับสนุนด้านวิชาการในการพัฒนาและดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวอย่างเต็มที่ โดยเน้นการพัฒนากำลังคนและระบบการจัดบริการเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากเป็นปัจจัยชี้ขาดคุณภาพบริการ ที่จะสร้างความยอมรับของประชาชนต่อ รพ.สต. ในที่สุด

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยทีมนักวิชาการสาขาต่างๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าว โดยมีการสรุปบทเรียนและกรณีตัวอย่าง (good practice) การจัดบริการสำหรับปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในชุมชน ทั้งนี้คาดหวังว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ รพ.สต. จะสามารถใช้ในการศึกษาหาความรู้ด้วย

ตนเอง และพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพของชุมชนได้อีกทาง
หนึ่ง ควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่กระทรวงสาธารณสุข
กำลังเร่งดำเนินงาน

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
(สสส.) ที่ให้ความสำคัญในการสนับสนุนการผลิตเอกสารฉบับนี้
ขอขอบคุณความทุ่มเทเสียสละของนักวิชาการที่เกี่ยวข้องทุกท่าน
จนทำให้ได้ผลงานที่มีคุณภาพชิ้นนี้ และสุดท้าย ขอขอบคุณ
บุคลากร รพ.สต. ทุกท่านที่จะได้มีส่วนช่วยกันพัฒนาสุขภาพะของ
ประชาชนในชุมชนให้ดีขึ้นตามนโยบายของรัฐบาล

สารบัญ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากนโยบายสู่การปฏิบัติ	11
ส่วนที่ 1 แนวคิดการทำงานในการดูแลกลุ่ม ผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง	21
ส่วนที่ 2 สถานการณ์ เป้าหมายและแนวทางการทำงาน สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	31
ส่วนที่ 3 กระบวนการพัฒนาระบบจัดการเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	41
ส่วนที่ 4 การจัดการและใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อประเมินผล กิจกรรมและผลลัพธ์บริการ	125
ภาคผนวก	143

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากนโยบายสู่การปฏิบัติ

นายจรินทร์ ลักษณะวิศิษฎ์
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ภาพลักษณ์ใหม่ของสาธารณสุขไทย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขมีความภาคภูมิใจ เพราะเป็นนิมิตหมายใหม่ของระบบบริการสาธารณสุขที่จะปรับ “ภาพลักษณ์ใหม่ของการบริการ” ตามนโยบายของกระทรวงฯ ด้วยการปรับมาตรฐานการบริการสาธารณสุขทุกระดับ เพื่อให้ประชาชนได้มีสุขภาพะที่ดีภายใต้การเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โดยเริ่มจากยกระดับสถานีนอมาลัยซึ่งถือว่าเป็นหน่วยงานปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดและรับรู้ปัญหาความต้องการของประชาชนมากที่สุด ขึ้นมาเป็น “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” ปรับรูปแบบใหม่ของการบริการให้สมกับเป็น “ทัพหน้าของกระทรวงสาธารณสุขในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพของประชาชน”

แค่เปลี่ยนความคิด...ภาพลักษณ์ก็เปลี่ยน

การบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อรองรับนโยบายฯ อันนำไปสู่เป้าหมายสุดท้ายที่กระทรวงฯ

ต้องการคือประชาชนมีสุขภาพที่ดีโดยการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง บุคลากรจำเป็นต้องปรับกระบวนการทัศนคติทางความคิดให้ไปในทิศทางเดียวกับหลักแนวคิดการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามที่กำหนด ดังนี้

1. เป็นผู้นำนโยบายของกระทรวงฯ ไปสู่การปฏิบัติ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นกลไกสำคัญทำหน้าที่แปลงนโยบายให้เกิดขึ้นได้จริงในพื้นที่ด้วยการบริหารจัดการตามแนวคิดใหม่

2. บริหารจัดการภายใต้ความคิดเห็นของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลฯ ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหลายๆ ภาคส่วน เช่น ผู้แทนจากผู้รับบริการ ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนจากภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน บุคลากรของหน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้แทนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ฯลฯ ซึ่งคณะกรรมการจะมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนในการตัดสินใจด้านบริหารจัดการ เช่น ร่วมรับรู้ข้อมูล ร่วมวางแผนปฏิบัติการให้สามารถดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ และร่วมระดมทรัพยากรเพื่อการสนับสนุนการดำเนินงาน

3. รับผิดชอบภารกิจ 5 ด้าน คือ ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล ควบคุมป้องกันโรค พัฒนาสุขภาพ คุ้มครองผู้บริโภค

4. เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพโดยทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมโยงถึงการมีส่วนร่วม ระหว่างประชาชน ครุวัตรเรือนชุมชน โดยดึงให้มีส่วนร่วมดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพื่อนำไปสู่

“การสร้างสุขภาพแนวใหม่” ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งกาย ใจ สังคม และวัฒนธรรม รวมถึงเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น โรงพยาบาลแม่ข่าย อาสาสมัครสาธารณสุข

5. ยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็น “ผู้นำด้านสุขภาพประชาชน” โดยสามารถสร้างงาน / แผนงานได้เอง “หยุดระบบสั่งการจากเบื้องบน”

พื้นที่การทำงาน

รพ.สต.มีเขตพื้นที่รับผิดชอบ (catchment area) อย่างชัดเจน โดยใช้บ้านเป็นเรือนผู้ป่วย (home ward) ซึ่งเป็นแนวทางที่เหมาะสมสอดคล้องกับการดำเนินงานด้านจิตสังคม

จากแนวคิด...สู่การปฏิบัติ

หลักแนวคิดใหม่ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าให้ความสำคัญของ **“การเสริมสร้างสุขภาพแนวใหม่”** **“การมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตนเอง”** **“การให้บริการเชิงรุก”** จึงกำหนดลักษณะการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้

1. การบริการเชิงรับ (การบริการในโรงพยาบาลฯ) ซึ่งเป็นการบริการที่ยังคงต้องทำอยู่ เช่น

1.1 การตรวจวินิจฉัย การรักษาเบื้องต้นตามศักยภาพของหน่วยงาน

1.2 การให้การปรึกษา ให้คำแนะนำ สุขศึกษาแก่ผู้รับบริการและครอบครัว

1.3 การบริการต่อเนื่อง และติดตามผลการรักษา

1.4 การส่งต่อตามระบบ โดยมีการประสานกับโรงพยาบาล
แม่ข่ายจัดช่องทางด่วนสำหรับผู้รับบริการที่มีใบส่งต่อ

แต่ให้ปรับมาตรฐานการให้บริการให้เป็นไปตามเกณฑ์ 3 ดี
กล่าวคือ

• **บรรยากาศดี** การสร้างบรรยากาศที่ดีด้วยการปรับโฉมพื้นที่ ภูมิทัศน์ให้ดูสะอาดสบาย สะอาด สวยงาม จัดมุมให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการ

• **บริการดี** การให้บริการทางการแพทย์ โดยคำนึง 4 เรื่องคือ

- ลดเวลาการรอคอยทุกจุดบริการ เช่น รอการตรวจ การรับยา ฯลฯ
- การจัดคิวควรกำหนดระยะเวลาที่ต้องรอโดยประมาณ ให้ผู้รับบริการรับทราบเบื้องต้น อาจจัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้มีจิตอาสาเป็นผู้ให้การต้อนรับตามความเหมาะสม
- จุดให้บริการ ควรมีเจ้าหน้าที่คอยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน แก่ผู้รับบริการและหรือครอบครัว
- มีระบบส่งต่ออย่างเป็นรูปธรรม

• **บริหารจัดการดี** ปรับระบบการบริหารจัดการที่ดี มีระบบประกันคุณภาพ มีผู้รับฟังความคิดเห็น สามารถสร้างการมีส่วนร่วม

ของประชาชน ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ราชการส่วนภูมิภาค องค์กรเอกชน ในการพัฒนาระบบงานที่มีความยืดหยุ่น คล่องตัว มีความยั่งยืน ความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ เป็นระบบที่ชุมชนสนับสนุน กำกับดูแล และรู้สึกเป็นเจ้าของ

2. การบริการเชิงรุก (การบริการในครอบครัว ชุมชน) การบริการเชิงรุกนั้นนับว่าเป็นจุดเน้นที่สำคัญของการให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการที่จะเป็นด่านแรกทำให้ประชาชนรู้ เข้าใจและเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ตลอดจนในรายที่เจ็บป่วยแล้วจะเป็นการช่วยดึงครอบครัว ญาติเครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย ดังนั้นการบริการเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาทำงานร่วมกัน อาจทำได้หลายรูปแบบ บางกิจกรรมสามารถยกให้อาสาสมัครสาธารณสุขหรือภาคีเครือข่ายเป็นหลักได้ ดังนี้

2.1 เริ่มจากปรับความคิดของประชาชนจากที่คอยพึ่งพิงระบบสาธารณสุขในเรื่องการรักษาความเจ็บป่วย มาเป็นพึ่งตนเองด้วยการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมป้องกันดูแลสุขภาพตัวเองก่อนที่จะเจ็บป่วย **“สร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ”** โดยอาจทำในรูปแบบการประชุมประชาคม ดึงเครือข่ายต่างๆ มา ร่วมกันกำหนดเป็นแผนสุขภาพตำบลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน เป็นต้น

2.2 จัดทีมเยี่ยมบ้านซึ่งประกอบด้วย บุคลากรของหน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลแม่ข่าย อาสาสมัคร สาธารณสุข ผู้มีจิตอาสา และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อ

- การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care)
- การเฝ้าดูแลผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังที่บ้าน (Home Ward Round) โดยใช้บ้านเปรียบเสมือนเป็น Ward เพียงที่บ้านเป็นเตียงผู้ป่วย เน้นครอบครัวเป็นหลักในการดูแลพยาบาลเวชปฏิบัติหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คอยเป็นผู้ให้คำแนะนำ ประเมินอาการเป็นระยะๆ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ช่วยพยาบาลในการเฝ้าระวังร่วมและประสานข้อมูลการดูแลกับทีมงาน

2.3 ร่วมกันจัดกิจกรรมให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนได้รับรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพผ่านช่องทางต่างๆ เช่น หอกระจายข่าว การอบรม ฯลฯ การรณรงค์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น รณรงค์ให้มีการใช้จักรยาน รณรงค์ไม่ให้กินหวาน มัน เค็ม เป็นต้น

2.4 เสริมสร้างวัฒนธรรมสร้างสุขภาพในชุมชน เช่น การงดดื่มสุราในวันพระ วัดปลอดเหล้า เป็นต้น

2.5 มีระบบส่งต่อและประสานแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นมาสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น อุปกรณ์ช่วยคนพิการ

4 หัวใจหลัก.....ร่วมประสานสู่ความสำเร็จ

การดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับความร่วมมือร่วมใจของ 4 หัวใจหลักที่จะพร้อมดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุดท้ายคือ “การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง” ดังนี้

หัวใจดวงที่ 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีความพร้อมในทุกด้านไม่ว่าจะเป็นบุคลากรที่มีทัศนคติที่ดียอมรับการเปลี่ยนแปลงและเห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับประชาชน บุคลากรนี้ควรประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพซึ่งมีจุดเด่นของศักยภาพที่แตกต่างกันเพื่อการทำงานที่ครอบคลุมทุกมิติ นอกจากนั้นควรเป็นผู้มีสัมพันธภาพที่ดีและมีความใกล้ชิดกับประชาชน สามารถทำให้ประชาชนมีความไว้วางใจ เชื่อใจ กล้าเข้าหา และรับรู้ได้ถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน มี**แผนปฏิบัติการที่ดี** ที่จะส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุตามแผนงาน/นโยบายของหน่วยงานและกระทรวง**งบประมาณ** ควรจัดสรรให้ครอบคลุมงานทุกด้านอย่างพอเพียงและมีการบริหารจัดการที่ดี เช่น มีการระดมทุนจากภาคีเครือข่ายต่างๆ มาร่วมดำเนินการ **สถานที่**ควรมีบรรยากาศที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนเข้ามาใช้บริการ หรือเกิดความเชื่อมั่นในการบริการ

หัวใจดวงที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จากแนวคิดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนี้จะเป็นผู้มีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากเป็นกำลังสำคัญในการร่วมพัฒนาสุขภาพ

ประชาชน “ผู้นำด้านสุขภาพประชาชน” โดยเป็นทีมร่วมจัดทำแผนสุขภาพตำบลเพราะอยู่ใกล้ชิดและรับรู้ปัญหาของประชาชนได้เป็นอย่างดี

หัวใจดวงที่ 3 แผนสุขภาพตำบล ซึ่งถือว่าเป็นเข็มทิศวางแผนการทำงานร่วมกันว่าควรจะไปทิศทางใด ดังนั้นทุกตำบลควรจัดทำแผนสุขภาพตำบลโดยอาศัยการมีส่วนร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวบรวมปัญหาความต้องการ ข้อคิดเห็นที่ได้จากหลายๆฝ่ายมาเป็นฐานในการร่วมตัดสินใจ และจัดทำแผนฯด้านส่งเสริมสุขภาพของตำบลจะได้ตรงกับความต้องการของพื้นที่ สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน เพื่อจะส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่เกิดการยอมรับและให้ความร่วมมือดูแลสุขภาพตนเอง

หัวใจดวงที่ 4 การจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบล เป็นอีกหนึ่งตัวชี้วัดที่แสดงถึงความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพราะแสดงให้เห็นถึงความสามารถที่ทำให้พื้นที่ตระหนักเห็นความสำคัญในการมีส่วนร่วมรับผิดชอบจัดสรรงบประมาณเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในตำบล กองทุนสุขภาพตำบลประกอบด้วยแหล่งงบประมาณ 2 แหล่งคือ งบประมาณจาก สปสช. และงบประมาณจากองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.)

ระบบสนับสนุน

- สามารถเข้าถึงระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ
- มีระบบการปรึกษากับโรงพยาบาลแม่ข่ายตลอดเวลา
- มีระบบเวชภัณฑ์ที่สอดคล้องกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

บุคลากรปฏิบัติงาน

- มีความรู้และทักษะในการให้บริการผสมผสาน และมีทักษะที่ตอบสนองความต้องการของพื้นที่
- มีศักยภาพในการบริหารจัดการและการทำงานเป็นทีม
- มีศักยภาพในการทำงานเชิงรุกในชุมชน
- มีศักยภาพในการใช้ และจัดการระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ เข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์

การทำงานต้องควบคู่กับขวัญและกำลังใจ

ผู้ปฏิบัติงานที่มีขวัญและกำลังใจที่ดีย่อมมีความกระตือรือร้น มีแรงจูงใจ และมีความมั่นใจในการทำงาน การสร้างขวัญและกำลังใจสามารถทำได้ ดังนี้

1. การพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ควรมีแผนพัฒนาบุคลากร อาสาสมัครสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายทั้งระยะสั้นและระยะยาวเพื่อให้มีความสามารถรองรับกับงานที่จะดำเนินการ รวมถึงการให้ทุนเรียน ฯลฯ

2. **จัดให้มีการเสริมแรงเพื่อสร้างแรงจูงใจ** เช่น การส่งประกวด
อสม.ดีเด่นระดับตำบล การประกาศเกียรติคุณแก่ผู้ทำประโยชน์
ให้ตำบล ฯลฯ

การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้อง
อยู่บนพื้นฐานของขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขที่ผสม
ผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การ
รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการคุ้มครองผู้บริโภค
เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของปัญหา ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวชุมชน
และสังคม ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีจุดเน้นดังนี้

- **ดำเนินการเชิงรุก** โดยมุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชนเพื่อ
การสร้างสุขภาพเป็นหลัก รวมทั้งสามารถวิเคราะห์เพื่อจัดการกับ
ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพได้

- **บริการอย่างต่อเนื่อง** สามารถให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วย
ได้ตลอดเวลา โดยสามารถปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลแม่ข่าย
และหากมีกรณีฉุกเฉิน ก็มีระบบบริการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

- **มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วม** โดยมีความเชื่อมโยงกับ
บริการสุขภาพในระดับอื่นในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพหรือผู้ป่วย
รายการอย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการ
ดำเนินงานของประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองท้องถิ่นรวม
ทั้งสามารถเชื่อมต่อกับโครงสร้างหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น
กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ +

ส่วนที่ 1 แนวคิดการทำงาน ในการดูแลกลุ่ม ผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง



"มาตรการการป้องกันและควบคุมโรคจากหลายประเทศ
ที่พัฒนาแล้ว มีบทสรุปในการวางแผนการจัดการโรคเรื้อรัง
ที่คล้ายกัน คือ

- การวางแผน มาตรการการป้องกันผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพื่อลดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงต้องเริ่มตั้งแต่การสร้างสุขภาพ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย ลดภาวะอ้วน หรือการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต
- การคัดกรองและเร่งค้นหาและวินิจฉัยโรค เป็นมาตรการเพื่อป้องกันโรคและความสูญเสียในระยะยาว
- การจัดบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องและครบวงจรให้กับกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนการสร้างเครือข่ายร่วมกันดูแล ควบคุมโรค ตลอดจนเครือข่ายส่งต่อ
- ผู้ป่วย และประชาชนควรเป็นศูนย์กลางในการมีบทบาทร่วมในการป้องกัน ควบคุมดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ
- การแสวงหาความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการบูรณาการดำเนินการร่วมกัน"

คำกล่าวจากการประชุมวิชาการ "การจัดการเบาหวานบูรณาการปี 2552"
พญ.ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย

สุขภาพนั้นเป็นสภาวะที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน ตั้งแต่

ขณะที่ไม่เจ็บป่วย ไม่มีอาการ มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและเจ็บป่วยรุนแรง ในบางรายมีภาวะผิดปกติที่เรื้อรัง ไม่หายขาด กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง บางภาวะไม่มีอาการผิดปกติทั้งร่างกายและจิตใจ บางภาวะมีอาการขึ้นลงตามระยะการป่วย การดูแลสุขภาพและสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตามแม้จะมีพยาธิสภาพของโรคหรือปัญหาสุขภาพเรื้อรังก็สามารถมีภาวะสุขภาพที่ดีได้ ทั้งนี้ จุดต่างของหลักการดูแลโรคเรื้อรังและโรคเฉียบพลัน คือ การเน้นมีทีมงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เน้นการเสริมศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

กรอบแนวคิด (Conceptual framework) พื้นฐาน
และองค์ประกอบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมีปัญหสุขภาพเรื้อรัง



ที่มา ดัดแปลงจาก innovative care for chronic condition: building block for action, World Health organization 2002

หุ้นส่วนสำคัญ 3 ส่วน คือผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชนและระบบบริการสุขภาพ เป้าประสงค์การจัดคลินิกบริการอยู่ที่การให้โอกาสผู้ป่วย ครอบครัวได้ร่วมประเมินความเจ็บป่วยปัญหาสุขภาพร่วมกัน และเรียนรู้การจัดการโรคเบาหวาน รวมทั้งเรื่องอื่นเพื่อสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล มีศักยภาพและสามารถจัดการปัญหาสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ยั่งยืน โดยแต่ละหุ้นส่วนมีความเชื่อมโยง เกื้อหนุนซึ่งกันและกันแม้จะมีบทบาทและศักยภาพที่แตกต่างกัน

องค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ระบบการจัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

1) การจัดโครงสร้างการทำงานบริการของ รพ.สต. (Health Care Organization) โครงสร้าง เป้าหมาย และค่านิยมของ รพ.สต. ควรมีการกำหนดและให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้มีปัญหาเรื้อรัง มีการจัดโครงสร้างบริหารจัดการที่ชัดเจน รวมทั้งการจัดความสัมพันธ์ของ รพ.สต. กับผู้ป่วย ผู้ประกันสุขภาพ และหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

2) การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery System Design) การออกแบบและปรับโครงสร้างของการบริการ และสร้างทีมงานที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างชัดเจน ที่ไม่เหมือนกับระบบการดูแลโรคเฉียบพลัน การออกแบบควรเอื้อให้ทำงานเป็นทีม มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวได้พอสมควร สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้

คัดกรองผู้ที่มีปัญหาหนักให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ทันเวลา ซึ่งการออกแบบระบบการให้บริการดังกล่าวเป็นบทบาทของทีม ที่มีแพทย์คนเดียว โดยแพทย์จะเน้นการดูแลภาวะเฉียบพลันที่เกิดขึ้นเป็นช่วงๆ ของระยะโรคเรื้อรังที่ยากแก่การรักษา ทีมงานที่มีแพทย์ (พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ) จะสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น การกินอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การกินยา และนัดกิจกรรมที่ต้องกระทำ เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ (เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจตา การตรวจเท้า) และการนัดตรวจติดตามอย่างเหมาะสม รวมทั้งการวางแผนล่วงหน้าในการดูแล

3) การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) คู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ถือเป็นมาตรฐานอันเหมาะสมของการดูแลโรคเรื้อรัง และจะต้องผสมผสานเข้าไปในกระบวนการดูแลผู้ป่วยประจำวันในรูปของการย้ำเตือนหรือกระตุ้นเตือน โดยมีหัวหน้าทีมบริการคอยควบคุมกำกับให้มีการปฏิบัติตามคู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิกนี้โดยผ่านกระบวนการฝึกอบรมในรูปแบบต่างๆ นอกจากนี้ในทางอุดมคติควรมีผู้เชี่ยวชาญที่พร้อมให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์โดยไม่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ

4) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self Management Support) สำหรับโรคเรื้อรังนั้น ผู้ป่วยจะเป็นผู้ดูแลสุขภาพที่สำคัญที่สุดของตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องมีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังเป็นเวลานาน การจัดการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น การควบคุม

อาหาร การออกกำลังกาย การตรวจติดตามด้วยตนเอง การตรวจวัดน้ำตาลในเลือด การชั่งน้ำหนัก และการใช้ยา เป็นต้น จึงเป็นสิ่งที่อยู่ภายใต้การควบคุมโดยตรงของผู้ป่วย ซึ่งสามารถสอนให้ผู้ป่วยได้เกือบทุกคน ดังนั้นการสนับสนุนการดูแลตนเองจึงหมายถึง **ความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว** ให้มีทักษะและความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วยของตนเอง จัดหาอุปกรณ์เครื่องมือหรือวิธีการที่ใช้ในการดูแลตนเอง เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหาร การส่งต่อไปยังบริการที่มีอยู่ในชุมชน และการประเมินปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ

5) การจัดระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information System) เป็นเครื่องมือที่บันทึกการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวที่เตือนความจำให้แก่แพทย์และทีมบริการ ใช้ประกอบในการพิจารณาวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้ง บันทึกกระบวนการให้บริการในเครือข่ายหน่วยบริการ (โรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต.)

ระบบข้อมูลมีบทบาทที่สำคัญ 3 ประการ คือ

- ช่วยเป็นระบบการย้ำหรือกระตุ้นเตือนให้ทีมแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่น ปฏิบัติตามคู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิก
- เป็นข้อมูลป้อนกลับให้แพทย์และทีมงานได้เห็น ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามตัวชี้วัด เช่น

ระดับ HbA1C¹ ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น

- เป็นทะเบียนข้อมูลสำหรับวางแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการใช้มาตรการดำเนินการในเชิงเฝ้าระวัง ป้องกันในกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้องในชุมชนได้ต่อไป

6) การเชื่อมโยงเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment) ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รพ.สต. จำเป็นจะต้องมีการเชื่อมโยงกับทรัพยากรและทุนที่มีอยู่ในชุมชน การเชื่อมโยงกับชุมชนนี้จะมีความสำคัญมากสำหรับ รพ.สต. ซึ่งมีทรัพยากรจำกัดและไม่สามารถจัดโปรแกรมต่างๆ ได้เองทั้งหมด รวมทั้งการทำงานสนับสนุนให้ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทอย่างมาก ในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ดี และจำเป็นต้องสร้างให้เกิดนโยบายสาธารณะในระดับท้องถิ่น รวมทั้ง

¹ เฮโมโกลบิน เอ วัน ซี คือสารตัวหนึ่งที่อยู่ในกระแสเลือด เป็นตัวที่บ่งบอกถึงระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมย้อนหลังไป 3 เดือน อาจเรียกว่า ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA1c เป็นระยะ ในกลุ่มผู้ที่เป็เบาหวานควรควบคุมระดับ HbA1c ให้น้อยกว่าร้อยละ 7 ตามมาตรฐานเนื่องจากถ้าควบคุมได้ในระดับดังกล่าวจะสามารถลดและชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนของเบาหวานได้เป็นอย่างมาก

ทำให้เกิดแนวปฏิบัติในระดับชุมชนที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพชุมชน เป้าหมายที่ต้องการในระดับชุมชน คือ ชุมชนมีความพร้อมและมีศักยภาพในการร่วมมือ สนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรัง ทั้งส่วนที่เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การป้องกันความเสี่ยง การจัดการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค +



องค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ
ของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังนี้จะเกี่ยวเนื่อง
และอิงอาศัยกันและกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์
ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ซึ่งไม่ได้พิจารณาแต่ผลลัพธ์ทางคลินิกเท่านั้น
แต่ต้องทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้อง
รวมทั้งชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
มีศักยภาพในการจัดการปัญหาสุขภาพ
และกลุ่มเป้าหมายสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
มีคุณภาพที่ดี มีการจัดการเพื่อลดและป้องกันความเสี่ยง
ซึ่งจะเกิดขึ้นได้เมื่อทีมผู้ให้บริการมีการเตรียมตัว
และร่วมทำงานกับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน
ที่ได้รับการส่งเสริมความรู้ ศักยภาพ
และมีความกระตือรือร้น
ในการร่วมพัฒนา



ส่วนที่ ๒

สถานการณ์ เป้าหมาย
และแนวทางการทำงาน
สำหรับโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล





"เป้าหมายการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง
คือ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้
คงสภาพอยู่กับ "สภาพป่วยเรื้อรัง" ได้
ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หากมีภาวะแทรกซ้อน
ก็ให้มีผลกระทบน้อย สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี
คุณลักษณะบริการที่เหมาะสมต้องประกอบด้วย

- 1) เน้นการดูแลที่ต่อเนื่อง ผสมผสาน
- 2) มีการประเมินรอบด้านเป็นระยะๆ
ทั้งด้านกาย จิตใจ สภาพสังคม เศรษฐกิจ
- 3) มีเวลาสำหรับการดูแลเรื่องพฤติกรรม
วิถีปฏิบัติทั้งหลาย
- 4) ปรับบริการให้ยืดหยุ่น ตามสภาพผู้ป่วย
- 5) ตั้งเป้าหมาย แผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วย
ที่ปรับเป้าหมายเป็นระยะๆ"

คำกล่าวจากการประชุมวิชาการ "การจัดการเบาหวานบูรณาการปี 2552"
พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

ข้อเท็จจริงที่ควรทราบในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง)

ข้อมูลพื้นฐานโรคเบาหวาน

เบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่ตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งหากเกิดเป็นระยะเวลานานในผู้ป่วยเบาหวาน จะส่งผลให้เกิดความเสียหายต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกายโดยเฉพาะระบบประสาทและหลอดเลือด ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น 2-4 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน

สถานการณ์โรคเบาหวาน (2552)

- ความชุกของเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป คือ 6.9 % (พบผู้เป็นเบาหวาน 6-7 คนใน 100 คน)
- กลุ่มก่อนเป็นเบาหวาน (เริ่มมีน้ำตาลในเลือดผิดปกติแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัย) และกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการคัดกรอง ซึ่งไม่ได้รับการวินิจฉัย 31.2 %
- กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานแต่ไม่ได้รับการรักษามี 3.3 % ของผู้ที่เป็นเบาหวานทั้งหมด
- ผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาและควบคุมไม่ได้ 37.0 %
- ผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาและควบคุมได้* มี 28.5 % ของผู้ที่เป็นเบาหวานทั้งหมด

*ควบคุมได้ หมายถึงระดับน้ำตาล < 126 mg/dl.

ข้อมูลพื้นฐานโรคความดันโลหิตสูง	สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง (2552)
ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่ระดับความดันโลหิต 140/90 มม.ปรอทหรือมากกว่าซึ่งจะเป็นค่าบนคือ ค่าความดันที่หัวใจกำลังบีบตัว (Systolic pressure) หรือค่าล่างคือ ค่าความดันที่หัวใจคลายตัว (Diastolic pressure) ก็ได้ โดยจำแนกระดับความรุนแรงที่ระดับความดันโลหิตทั้งสองค่าตามเกณฑ์มีทั้งหมดในระดับค่าปกติ, pre-hypertension, hypertension stage 1, hypertension stage 2 โรคนี้นำไปสู่ภาวะปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาตได้หากไม่ได้รับการดูแลตนเองที่ดีและหรือได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม	• ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง คือ 21.4 % (พบผู้เป็นความดันโลหิตสูง 21-22 คนใน 100 คน) • กลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย 50.3% • กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา 8.7 % • ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาและควบคุมไม่ได้ตามเกณฑ์ 20.7 % • ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้ตามเกณฑ์* 20.9 % * ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตและตรวจพบความดัน systolic < 140 mm.Hg. และความดัน Diastolic < 90 mm.Hg

ข้อมูลจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (2552) สามารถสะท้อนสภาพปัญหาในภาพรวมของกลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงว่าปัญหาใหญ่ คือ ยังมีความซ่อนเร้นหรือภัยเงียบ กล่าวคือ กลุ่มที่เป็นโรคแต่ยังไม่รู้ตัวและไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัย

รวมทั้งยังไม่เข้าสู่กระบวนการรักษา นอกจากนี้ยังมีกลุ่มเสี่ยงสูงอื่นในชุมชนซึ่งเป็นกลุ่มประชาชนที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง เช่น กรรมพันธุ์ ไขมันหรือโคเลสเตอรอลในเลือดสูง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วนลงพุง เป็นต้น

ดังนั้น ในการทำงานเกี่ยวกับการจัดการเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ประเด็นแรกที่ต้องพิจารณาคือ สถานการณ์ของประชากรที่เกี่ยวข้องการเป็นเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในภาพรวมในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยต้องเข้าใจว่าประชากรที่เป็นเป้าหมายที่หน่วยบริการรับผิดชอบดูแลนั้น เป็นลักษณะใด โดยต้องระลึกว่าผู้ป่วยที่พบในหน่วยบริการนั้น คือ ผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้เท่านั้น ซึ่งเปรียบได้กับยอดภูเขาน้ำแข็งที่โผล่พ้นทะเล ความจริงแล้วมีอะไรอีกมากที่ซ่อนอยู่ใต้ภูเขาน้ำแข็งที่จมอยู่ในทะเล อันได้แก่ ประชากรที่ยังไม่ได้ถูกคัดกรอง ผู้ป่วยที่ยังไม่ค้นพบ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเป็นโรคแต่ยังไม่มีอาการผิดปกติ ซึ่งมีจำนวนมาก



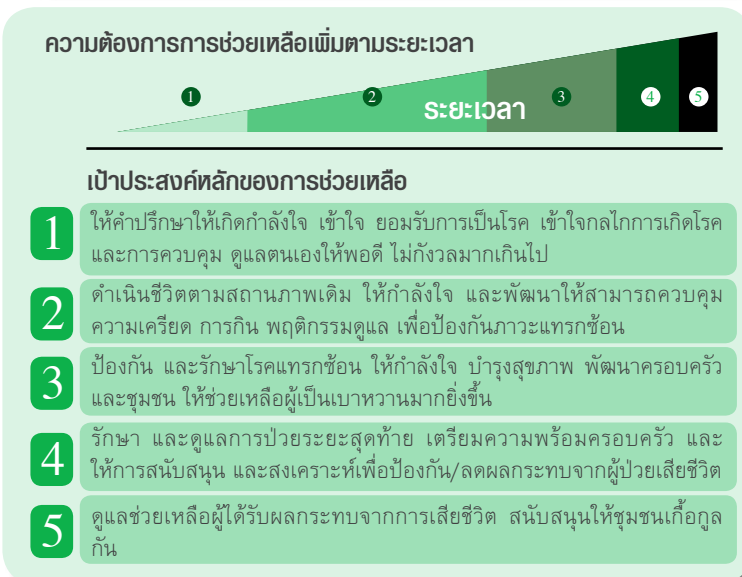
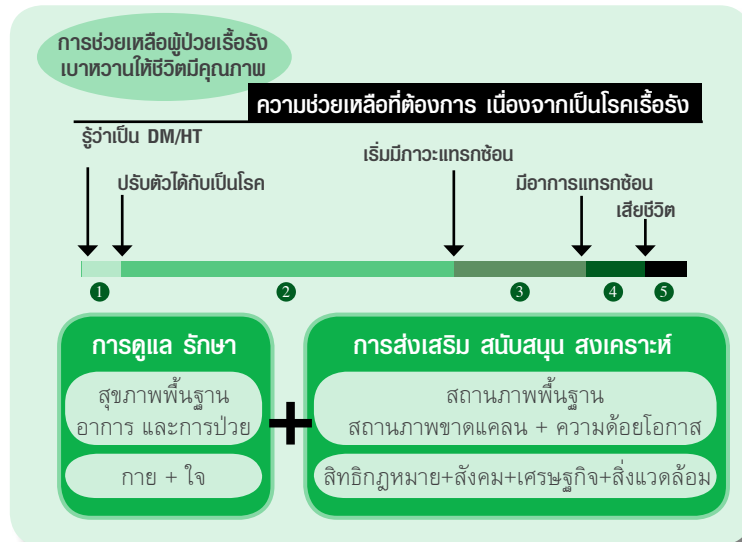
เป้าหมายหลักและแนวทางการทำงานเพื่อจัดการโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง)

“ป้องกันความเสี่ยง ลดเสี่ยง เสริมศักยภาพในการดูแลตนเอง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี” เป็นประเด็นหลัก อย่างไรก็ตามจากการประเมินสถานการณ์ประชากรเป้าหมายในพื้นที่ที่หน่วยบริการรับผิดชอบจำเป็นต้องเห็นขนาดของปัญหาในแต่ละกลุ่มเป้าหมายย่อย กำหนดผลลัพธ์และแนวทางการทำงานให้ชัดเจนและเหมาะสมกับสภาพปัญหา และความต้องการของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ดังนี้

กลุ่มเป้าหมายหลัก	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	แนวทางการทำงาน
กลุ่มประชากรปกติที่ยังไม่ป่วย	- เพิ่มสมรรถนะของร่างกายให้แข็งแรง (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) - ปรับพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การลดสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ อาหารหวาน มัน เค็ม การเคลื่อนไหวน้อย - ปรับปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยง	บูรณาการกับการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย การรณรงค์และความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน
กลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยง (น้ำหนักเกิน ประวัติด)	ปรับพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมเพื่อลดภาวะเสี่ยง	เฝ้าระวัง ค้นหา คัดกรอง และติดตามกลุ่มเสี่ยง มีกระบวนการให้ความรู้

กลุ่มเป้าหมายหลัก	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	แนวทางการทำงาน
พันธุกรรม มีพฤติกรรมเสี่ยง)		ข้อมูลและสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามลักษณะของกลุ่มเสี่ยง
กลุ่มผู้ป่วยในระยะแรกและระยะที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน	ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องอย่างเพียงพอ (กาย จิตใจ สังคม ปัญญา) ทันท่วงทีต่อเนื่อง เฝ้าระวังและลดภาวะเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถปรับชีวิตประจำวันได้เหมาะสม	ค้นหาผู้ป่วยและให้การดูแลได้เร็วตั้งแต่ระยะแรก ดูแลให้การรักษามีคุณภาพตามมาตรฐาน และติดตามต่อเนื่อง พร้อมสนับสนุนให้ความรู้ เสริมทักษะผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เฝ้าระวัง และคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเฉพาะโรค
กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน	ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถปรับวิถีชีวิตอยู่กับโรคและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีความสุข	ดูแลรักษาโรคและภาวะแทรกซ้อนตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเฉพาะโรค ฟื้นฟูทางกายและใจในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนและความพิการ

จุดเน้น: รพ.สต. ต้องเห็นเป้าหมาย แนวทางการดำเนินงาน
หลักตามปัญหาและความต้องการของแต่ละกลุ่ม ดังแผนภาพ



สรุปส่งท้าย

มีผู้เปรียบเทียบว่า “ผู้ป่วยเรื้อรัง เปรียบเสมือนนักบินขับเครื่องบินลำเล็ก ที่ต้องประกอบตัวเองไปในทิศทางที่เหมาะสม และไม่เกิดอันตราย หรืออุบัติเหตุ ถ้าเป็นนักบินก็ต้องการคู่มือการขับ แผนการบิน การดูแลซ่อมบำรุงที่สม่ำเสมอ และการเฝ้าระวังการจราจร ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเรื้อรังก็เช่นเดียวกัน เขาต้องการแนวทางการดูแลตนเอง แผนการดูแลรักษาการจัดการทางคลินิกที่เหมาะสม และระบบการติดตามดูแลที่ต่อเนื่อง ระบบบริการในปัจจุบันมักเป็นระบบ ที่จัดการไม่ให้เกิดอุบัติเหตุไม่ให้เครื่องบินตก แต่ไม่ได้ถูกจัดให้ประกอบเครื่องบินได้อย่างเหมาะสม ในการดูแลผู้ให้บริการควรเข้าใจธรรมชาติ ของผู้ป่วยเรื้อรังแต่ละคน ในแต่ละระยะ และดูแลแบบองค์รวมให้สอดคล้องกับแต่ละคน”





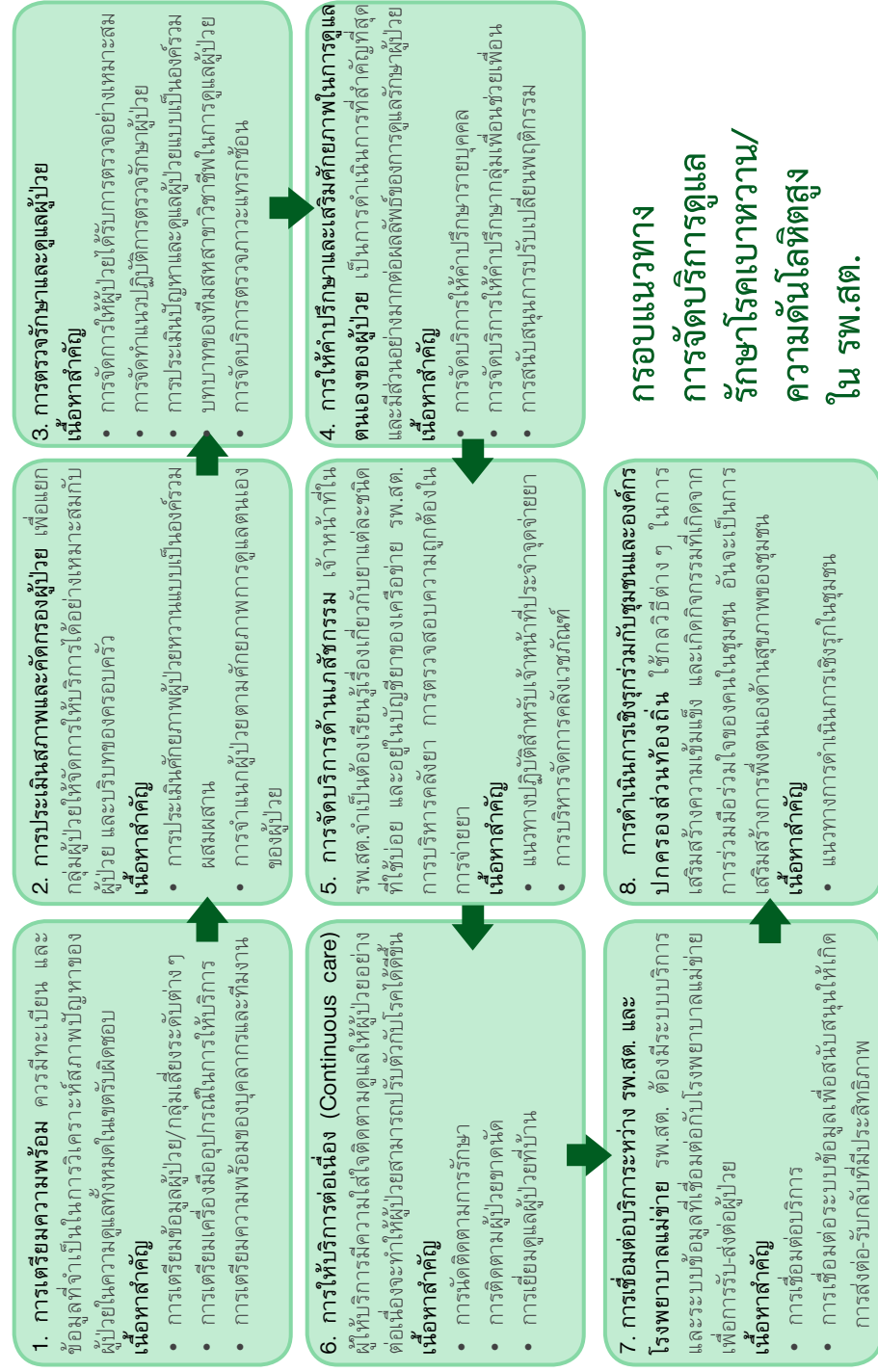
ส่วนที่ 3

กระบวนการพัฒนา
ระบบจัดการเบหฺวาน/
ความดันโลหิตสูง
แบบบูรณาการของ
โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล (รพ.สต.)



กรอบแนวทางการจัดบริการ ดูแลรักษาโรคเรื้อรังใน รพ.สต.

เป้าประสงค์ของการจัดคลินิกบริการดูแลผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีไว้เพียงเพื่อการตรวจเลือด และจ่ายยาเท่านั้น แต่แก่นที่แท้จริง น่าจะเป็นโอกาสที่ผู้ให้บริการ และผู้ป่วย ครอบครัว ได้ประเมิน ความเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพร่วมกัน และเรียนรู้การจัดการโรค รวมทั้งปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้อง เสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม และยั่งยืน



1. การเตรียมความพร้อมเรื่องข้อมูลสถานการณ์เกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย ระบบยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งบุคลากร รพ.สต.

1.1 การเตรียมข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน

สำรวจผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ (ทั้งโดยทบทวนจากทะเบียนการดูแลผู้ป่วย แพ้มครอบครัวและการใช้แบบสำรวจ แบบคัดกรองความเสี่ยงที่คลินิก และการลงสำรวจพฤติกรรมในชุมชน) และจัดทำทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมทั้งทะเบียนกลุ่มเสี่ยง (ทั้งที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงจากปัจจัยหลัก เช่น กรรมพันธุ์ อ้วน ไขมันสูง อ้วนลงพุง น้ำตาลผิดปกติเล็กน้อย และกลุ่มมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ออกกำลังกายน้อย กินหวาน มันเค็ม นั่งนอน สูบบุหรี่ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มชูกำลัง) ข้อมูลประชากรภาพรวมทั้งหมด ต้องมองทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพบริบทในชุมชนนั้น เพื่อนำมาวางแผนป้องกัน และจัดการเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อมูลในทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงควรประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ข้อมูลประวัติการรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตล่าสุด (และย้อนหลังอย่างน้อย 3 เดือน) ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ (การออกกำลังกาย, การควบคุมอาหาร, ภาวะเครียด) ภาวะเสี่ยงที่พบร่วม (ไขมันในเลือดสูง, ความอ้วน) พฤติกรรม

เสี่ยง (การดื่มเหล้า, สูบบุหรี่) ภาวะแทรกซ้อน (ทางตา, ทางไต, หัวใจและหลอดเลือด, ระบบประสาท)

1.2 เตรียมความพร้อมของเวชภัณฑ์ยา วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือ

- สอบเทียบเครื่องมือให้มีความถูกต้องเที่ยงตรงอยู่เสมอ มีแนวปฏิบัติในการบำรุงรักษาเครื่อง โดยเฉพาะเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด (glucometer) พร้อมอุปกรณ์ครบชุด (ตามคู่มือการสอบเทียบเครื่องแต่ละชนิด) และเครื่องวัดความดันโลหิต (โดยเฉพาะแบบดิจิทัล)
- เครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นอื่น ๆ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดรอบเอว สมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติตรวจรักษาทางคลินิกที่ใช้ในคลินิก รพ.สต. เวชภัณฑ์และระบบยา (การสนับสนุนระบบยาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายทั้งสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงนั้นมีความจำเป็นมาก)

1.3 เตรียมความพร้อมของบุคลากรและทีมงาน

มีบุคลากรรับผิดชอบในการดำเนินการคลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงโดยตรง รวมทั้งนำแนวทางมาตรฐานหรือแนวทางการปฏิบัติที่จะใช้มาชี้แจงและทำความเข้าใจร่วมกันในกลุ่มบุคลากรที่มีส่วนในการให้บริการ ทั้งในส่วนของ รพ.สต. และโรงพยาบาลแม่ข่ายที่สนับสนุนเครือข่ายบริการ รวมทั้งทีมงานอื่นๆ ที่สามารถเสริมการทำงานในเชิงรุกและประสานเชื่อมต่อกับชุมชนได้



**ตัวอย่างการจัดการและพัฒนากำลังคน
กรณี รพ.สต.โคกสี เครือข่าย (โรงพยาบาล) ขอนแก่น
จังหวัดขอนแก่น**

ปัญหาอัตรากำลัง ไม่เหมาะสม (ภายใน รพ.สต.)	แนวทางพัฒนาตามบริบท และผลการพัฒนา
อัตรากำลังในการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน ไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับ จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ที่มี	- ได้กำหนดการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. โดยให้เจ้าหน้าที่พักบ้านพักและ แม่บ้านขึ้นปฏิบัติงานก่อนในเวลา 07.00 น. เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการในเวลา เช้ามากเพื่อผู้ป่วยได้เจาะเลือดเร็วขึ้น เจ้าหน้าที่คนอื่นขึ้นปฏิบัติงานเวลา 07.30 น. - มีเจ้าหน้าที่ตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไปแยก ต่างหากและเมื่อตรวจเสร็จจึงมาช่วยบริการ ผู้ป่วยเบาหวาน - นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมโดยให้อาสาสมัคร สาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ร่วมทีมในการจัดบริการโดยหมุนเวียน แต่ละหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 3 คน

2. การประเมินสภาพและคัดกรองผู้ป่วย

2.1 ประเมินศักยภาพผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวม พสมพสน

แม้ผู้ป่วยจะเป็นโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงเหมือนกัน
แต่ระดับความรุนแรงของโรคไม่เหมือนกัน รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่อ
การเกิดโรค และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีหรือไม่
มากน้อยแตกต่างกันมาก ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายย่อมมี
ข้อแตกต่าง ต้องให้ความสนใจในเชิงลึกมากขึ้นแตกต่างกัน (ศึกษา
รายละเอียดตัวอย่างเครื่องมือในแผ่น CD)

ประเด็นการประเมินผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาในแต่ละ
ครั้ง ควรจะประกอบด้วย

- สภาวะทางด้านคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาล ระดับความ
ดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด
- สภาวะด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม ได้แก่ การประเมิน
ภาวะเครียดและซึมเศร้าเบื้องต้น
- พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การ
ออกกำลังกาย
- ปัจจัยเสี่ยงหรือโรคที่พบร่วม ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือด
สูง อ้วน การสูบบุหรี่
- ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง
 - ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ อาการของน้ำตาล
ในเลือดต่ำหรือสูง ในช่วงเวลาก่อนมารับการตรวจ
อาการจากความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน เช่น อาการ

ปวดศีรษะ วิงเวียน อาการอัมพาตเฉียบพลันจากเส้นเลือดในสมองแตก

- ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ซาปลายมือปลายเท้า ตามัว อาการโรคไตวายเรื้อรัง อาการโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการหัวใจวายเรื้อรัง รวมถึงการได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี
- ความถูกต้องและสม่ำเสมอในการใช้ยา รวมทั้งผลข้างเคียงของการใช้ยา ทั้งนี้ควรประเมินถึงการรับรู้ ความเชื่อ ความรู้สึก ความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติที่มีต่อโรคที่เน้นสาเหตุของภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูง แรงจูงใจและปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเอง โดยสอดคล้องไปกับสภาพปัญหาที่พบแต่ละครั้ง

2.2 การจำแนกผู้ป่วยตามศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

การจำแนกผู้ป่วยตามศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะมีประโยชน์ในกรณีที่ รพ.สต. มีผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในการดูแลมาก มีภาระงานอื่นๆ มาก หรือ มีกำลังคนน้อย ทำให้สามารถวางแผนมุ่งเน้นที่จะให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหา มาก่อน จะทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตัวอย่างเช่น

- ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงบางรายแม้ไม่ได้เข้มงวดในการควบคุมอาหารและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากรวมถึงใช้ยาขนาดต่ำ ยังคงสามารถควบคุมน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ดี สามารถนัดมารับยาด้วยความถี่ที่ห่างกว่า

ปกติ และไม่ต้องประเมินอย่างเป็นองค์รวมทุกครั้งที่มารับบริการ

- ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงบางรายมีความตั้งใจและมีปัจจัยเกี่ยวกับครอบครัวและสังคมสนับสนุนหรือมีปัจจัยเอื้อในการปฏิบัติตนและดูแลรักษาโรคของตนเองได้เป็นอย่างดี การดูแลเพียงแค่สนับสนุนให้กำลังใจ และสามารถเป็นตัวอย่างแก่ผู้ป่วยอื่นๆ
- ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงบางรายมีระดับความรุนแรงของโรคมก ต้องใช้ยาปริมาณมาก และผู้ดูแลต้องเอาใจใส่ให้ความรู้ เข้าใจความคิด และให้กำลังใจเพื่อให้เข้มงวดในการควบคุมอาหารและปรับพฤติกรรมมากกว่าปกติ
- ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงบางรายมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง เช่น สูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดสมอง หรือ หัวใจหรือไตวายแล้ว จึงจำเป็นต้องได้รับยาหรือการดูแลด้านอื่นๆ มากกว่าผู้ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน
- ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงบางรายมีบริบททางเศรษฐกิจสังคม และครอบครัวที่มีผลต่อศักยภาพในการดูแลและปรับพฤติกรรมของตนเอง ผู้ดูแลจึงต้องลงเยี่ยมบ้าน และให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยร่วมด้วย

ตัวอย่างการจำแนกผู้ป่วยตามศักยภาพการดูแลตนเอง

กลุ่มผู้ป่วย	หลักเกณฑ์พิจารณา			
	ระดับน้ำตาลในเลือด (mg%) (โดยการตรวจด้วย glucometer)	พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ • การควบคุมอาหาร • การออกกำลังกาย • ความเครียด	โรคหรือภาวะที่พบร่วม ได้แก่ • ความดันโลหิตสูง • ไขมันในเลือดสูง • ภาวะอ้วน/น้ำหนักเกิน • การดื่มเหล้า • การสูบบุหรี่	ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ตา ไต เท้า หัวใจ สมอง
กลุ่มไม่เรื้อรัง (สีเขียว)	70 - 130	พฤติกรรมดีทั้งหมด	ไม่มีโรคหรือภาวะที่พบร่วม	ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
กลุ่มเรื้อรังปานกลาง (สีเหลือง)	131 - 200	พฤติกรรมบางอย่างต้องปรับเปลี่ยน	มีโรคหรือภาวะที่พบร่วม 1 อย่าง	มีภาวะแทรกซ้อน 1 อย่าง
กลุ่มเรื้อรัง (สีแดง)	< 70 หรือ > 200	พฤติกรรมส่วนมากต้องปรับเปลี่ยน	มีโรคหรือภาวะที่พบร่วมมากกว่า 1 อย่าง	มีภาวะแทรกซ้อน 2 อย่างขึ้นไป

แนวทางการให้การดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มที่จำแนกได้

กลุ่มไม่เรื้อรัง (สีเขียว)	ไม่มีความจำเป็นเร่งด่วน ดูแลตามปกติตามปัญหาที่มี
กลุ่มเรื้อรังปานกลาง (สีเหลือง)	ควรติดตามดูแลปัญหาอย่างเป็นองค์รวมเมื่อผู้ป่วยมาตรวจรักษา อาจจำเป็นต้องปรึกษาแพทย์หรือทีมสหสาขาวิชาชีพ
กลุ่มเรื้อรัง (สีแดง)	ควรติดตามดูแลปัญหาอย่างเป็นองค์รวมอย่างเร่งด่วน และควรมีการเยี่ยมดูแลที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งต้องประสานให้เกิดการดูแลโดยแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งเชื่อมโยงกับการดูแลที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

ศึกษารายละเอียดตัวอย่างเครื่องมือการจำแนกผู้ป่วยในแผ่น CD

กรณีศึกษาชายไทยมุสลิม อายุ 67 ปี อยู่ภาคใต้ อาชีพรับจ้างซ่อมเครื่องยนต์ ถ้าไม่มีงานก็นอนอยู่บ้านเลี้ยงหลาน ป่วยเป็นเบาหวาน 4 ปี มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จากการพูดคุยสะท้อนประเด็นด้านพฤติกรรม และการดูแลตนเอง รวมทั้งประเด็นวิตกกังวลที่จะใช้เป็นข้อมูลเพื่อประเมินและส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเอง

...การออกกำลังกาย การกินอาหารต้องคุมแต่แถมบอกว่าไม่ได้กินมากแต่กินพอดี ธรรมดาซื้อแกงถุงในชุมชนมาทาน แะจะกินข้าววันละ 2 มื้อ คือมื้อเช้าและมื้อเย็น บางวันมื้อเช้าทานสายหน่อย ตอนเช้าจะออกไปทานตามร้านในหมู่บ้าน ที่ทานบ่อยคือข้าวยา ข้าวหมกไก่ ข้าวมันไก่ สลับไปเรื่อย ๆ และจะดื่มชาร้อนในอุ่นๆ แต่บอกว่าแะกินไม่หวาน และตั้งแต่เริ่มเป็นเบาหวานจะชอบทานอาหารรสเค็ม บางครั้งแะงที่ทานต้องใส่เกลือเพิ่ม มื้อเย็น จะทานพร้อมกันบ้างไม่พร้อมกันบ้าง จะเป็นแะงที่ตัวเองส่วนมาก เป็นต้มปลา แะงปลา แะงลัม แะงกะทิ ชอบแะงปลามาก กว่าเนื้อวัว,เนื้อไก่ โดยจะซื้อปลาที่เพิ่งขึ้นมาจากทะเล กุ้งที่ทานจะนำมาจากแพ โดยภรรยาจะนำมาทำต้มยำ แะงกะทิกุ้ง แะจะกินข้าวประมาณ 2 ทัพพี เท่านั้น อาหารมื้อเย็นจะกิน 5-6 โมง ถ้ากับข้าวไม่ถูกปากจะกินนิดเดียว อาหารอื่นที่นำมาทำ เช่น ปูม้า จะนำมาแะงกะทิ หอยแะงในเตาจะซื้อมาจากสดแต่แะงไม่ค่อยกินหอย หมักสดก็จะนำมาทอด ต้มน้ำตาล, แะงกะทิ ผักไม่ค่อยได้ทาน นานๆ จะทานสักครั้ง แะบอกว่าภรรยาไม่ค่อยซื้อมา ตอนเช้าจะออกไปทานน้ำชา จะสั่งปาท่องโก๋ จัมนมจัมน้ำตาล บางครั้งจะให้เด็กไปซื้อโรตีสีไปมาทานที่บ้านผลไม้ไม่ค่อยซื้อมา ทานแะงอกทุเรียนกินมากไม่ดี หมอห้ามและไม่ชอบเพราะกลัวอ้วน ออกกำลังกาย มักไม่ค่อยได้ทำบางครั้งถ้าทำก็เป็นการเดินให้เหงื่อออก...กินยาสมุนไพรชื่อยา “โทะลันทะคาด” กินเช้า-เย็น (เป็นยาสมุนไพรทั่วๆ ไปที่แก้ได้ทุกโรค เช่น ลม ริดรียน) กินตอนนีเข้าปลายเท้าก็ดีขึ้น (เป็นมา 1 ปี) แต่ก่อนเวลาเดินรองเท้าหลุดไม่รู้ตัว ตอนนีรู้สึกดีขึ้น เคยไปหาหมอ อนามัย และโรงพยาบาล ไม่หาย ไปหาหมอที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์สั่งยาบำรุงมาให้ทานเยอะมากแต่ไม่ดีขึ้น กังวลเรื่องลูกชายคนสุดท้ายออกไปออกรเรือที่สงขลา 6 เดือนแล้วยังไม่เข้ามา...

ข้อมูลกรณีศึกษาจะเห็นถึงบางส่วนของความคิดและพฤติกรรมในการเลือก การดูแลตนเองในวิถีการกิน การออกกำลังกาย การดูแลตนเองและมุมมองต่อการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมซึ่งข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปสู่ความเข้าใจ ในบริบทชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว ใช้ประกอบการจำแนกกลุ่มผู้ป่วย เพื่อสามารถให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไปได้

3. การตรวจรักษาและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

3.1 การทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์อย่างเหมาะสม

ใน รพ.สต. บางแห่งที่ไม่มีแพทย์ประจำ หรือมีแพทย์ออกตรวจเป็นบางวัน จำเป็นต้องมีการจัดบริการที่คำนึงถึงการกระจาย จำนวนผู้รับบริการ และจัดลำดับความจำเป็นให้ผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ตามสภาพทางคลินิกได้เข้าตรวจกับแพทย์ และเพื่อให้แพทย์ได้มี เวลาที่จะประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียดและให้การรักษาที่เหมาะสม จำเพาะกับผู้ป่วยได้ จำนวนผู้ป่วยในแต่ละวันควรจะมี ความเหมาะสมกับระยะเวลาที่แพทย์ออกตรวจ

3.2 การจัดทำแนวปฏิบัติการตรวจรักษาผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

เครือข่ายโรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต. จำเป็นต้องจัดทำ แนวปฏิบัติการตรวจรักษาผู้ป่วยอย่างชัดเจน ทำให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วย (อาจเป็นแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว หรือ เจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต.) สามารถใช้เพื่อตัดสินใจการรักษาได้สะดวก แนวปฏิบัตินั้นควรมีการปรึกษาหรือทำความเข้าใจกับผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด โดยต้องทำความเข้าใจและปฏิบัติได้ ร่วมกัน รวมทั้งการใช้เพื่อติดตามความถูกต้องในการปฏิบัติตาม แนวปฏิบัติที่จัดทำขึ้น

ตัวอย่างแนวปฏิบัติที่จัดทำขึ้น สำหรับเจ้าหน้าที่ กรณี รพ.สต. เครือข่าย โรงพยาบาลหนองพอก ร้อยเอ็ด

หลักเกณฑ์การส่งต่อจากรพ.เพื่อให้ได้รับการ
ดูแลที่ รพ.สต.

1. ผู้ป่วยล้มครืนใจและอยู่เขตรับผิดชอบของ
รพ.สต.
2. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 80-139 mg/dl
ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง
3. ค่าระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 90/60 ถึง
139/89 mmHg. ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง
4. ถ้าหากมีภาวะแทรกซ้อนใดๆก็ตามให้แพทย์
เท่านั้นเป็นผู้พิจารณาส่งต่อ



อย่างไรก็ตาม เกณฑ์หรือแนวปฏิบัติ

ที่เกี่ยวข้องตามแต่ละพื้นที่อาจปรับได้ตามข้อตกลงของแต่ละ
เครือข่ายบริการ ทั้งนี้ อาจยึดตามเกณฑ์มาตรฐานของ สป.สช. และ
แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดบริการคัดกรอง
และเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดเสี่ยงลดโรค
ไม่ติดต่อในสถานบริการและในชุมชนโดยสำนักโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ตัวอย่างเกณฑ์การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน กรณี รพ.สต. โคกสี เมืองขอนแก่น

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลใน
เลือดได้ (มีระดับน้ำตาลมากกว่า 180 mg/dl) หรือมีภาวะ
แทรกซ้อน) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์
ทุกเดือนอยู่แล้วจึงมีการกำหนดว่าจะมีการติดตามเยี่ยมบ้าน
อย่างน้อยทุก 3 เดือนเพื่อประเมินปัญหาที่บ้านและหาสาเหตุที่
ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและร่วมกับครอบครัวเพื่อควบคุม
เบาหวาน
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 141-
180 mg/dl กำหนดให้ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อยทุก 6 เดือน
3. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับหรือ
น้อยกว่า 140 mg/dl และไม่มีภาวะแทรกซ้อนกำหนดให้ติดตาม
เยี่ยมบ้านอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
4. ผู้ป่วยเบาหวานไปรับบริการที่สถานบริการอื่น เช่น
โรงพยาบาล คลินิก โรงพยาบาลเอกชน ติดตามเยี่ยมอย่างน้อย
ปีละ 1 ครั้ง
5. ผู้ป่วยเบาหวานขาดนัดการมารับบริการจำนวน 2 ครั้ง
ติดต่อกันให้ติดตามเยี่ยมโดยครั้งแรกเจ้าหน้าที่ได้สอบถามข้อมูล
เบื้องต้นจากอาสาสมัครสาธารณสุขและให้อาสาสมัครสาธารณสุข
ออกติดตามเยี่ยมเพื่อแนะนำให้ผู้ป่วยมารับบริการภายใน
1 สัปดาห์ หากผู้ป่วยไม่มารับบริการภายใน 1 สัปดาห์
ให้เจ้าหน้าที่ต้องออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน
เพื่อเป็นการประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยเนื่องจาก
ผู้ป่วยอาจมีปัญหาที่ซับซ้อนได้และจะได้เน้นให้เห็น
อันตรายของการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง

3.3 การประเมินปัญหาและให้การดูแลแบบเป็นองค์รวม

หลักการที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหาให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบถ้วนเป็นองค์รวม ได้แก่ **เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบสั้น หรือ BATHE technique**

BATHE technique คือ การเน้นใช้ “คำถามปลายเปิด” เพียงไม่กี่คำถาม แต่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสดำเนินเรื่องในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะสื่อสารกับผู้ให้บริการ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการได้รับรู้ข้อมูลต่างๆ ที่แสดงให้เห็นความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และบริบทที่แสดงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

เทคนิคนี้ จะทำให้ผู้ให้บริการประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยให้ความสนใจได้รวดเร็ว ไม่ทำให้ผู้ให้บริการมัวไปพูดคุยถึงปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะแก้ไข หรือเห็นว่าไม่จำเป็นที่จะต้องทำในตอนนั้น และเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการสามารถให้คำแนะนำปรึกษาที่จำเพาะกับบริบทของตัวผู้ป่วยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แก้ไขหรือปรับตัวกับปัญหา อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ที่จะนำเทคนิคนี้ไปใช้จำเป็นต้องมีทักษะในการฟังที่ดี และมีทัศนคติที่เปิดกว้างที่จะรับฟังข้อมูลต่างๆ จากตัวผู้ป่วยโดยไม่ตัดสินด้วยความคิดความเข้าใจของผู้รับบริการเอง การประยุกต์ใช้ BATHE technique สามารถใช้ได้ทั้งในหน่วยบริการและระหว่างเยี่ยมบ้านหรือกิจกรรมในชุมชนได้ ทั้งนี้ต้องฝึกฝนการประยุกต์ใช้แนวคิดโดยการปฏิบัติจริงจะได้ผลดี มีทักษะเพิ่มพูนและก่อให้เกิดผลอย่างแท้จริง

BATHE technique สามารถทำได้โดยใช้คำถามเพื่อสำรวจข้อมูลตามลำดับดังนี้

BATHE	ตัวอย่างคำถาม/คำพูดที่ใช้
B = Background ทำความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่สถานการณ์ของโรคในปัจจุบัน	“วันนี้น้ำตาลในเลือด(หรือ ความดันโลหิต) สูงกว่าปกติมาก ไม่ทราบว่ามีความเสี่ยงอะไรหรือเปล่าคะ” “ในช่วงเดือนที่ผ่านมาการควบคุมอาหารเป็นอย่างไรบ้าง” “มีปัญหาในเรื่องการออกกำลังกายหรือไม่” “ตอนนี้ชีวิตเป็นอย่างไรบ้าง มีปัญหาอะไรหรือไม่ อย่างไร” “ช่วงนี้มีอาการผิดปกติอื่น ๆ หรือไม่ อย่างไร”
A = Affect ถามถึงความรู้สึกกับปัญหาที่เกิดขึ้น หรือสถานการณ์ของโรคในปัจจุบันเพื่อทำความเข้าใจผู้ป่วยในเชิงลึก	“รู้สึกอย่างไรกับการที่น้ำตาลในเลือด(หรือ ความดันโลหิต) สูง” “รู้สึกอย่างไรที่ต้องควบคุมอาหารมากกว่าปกติ” “ปัญหาคงเครียดในขณะนี้ ทำให้เครียดมากน้อยเพียงใด” “รู้สึกอยากออกกำลังกายหรือไม่” “ในช่วงชีวิตตอนนี้รู้สึกอย่างไรบ้าง”
T = Trouble ถามถึงปัญหาหรือความกังวลใจ (concern) ที่สำคัญที่สุดในมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเกี่ยวหรือไม่เกี่ยวกับโรคเบาหวานก็ได้ ทำให้ผู้รับบริการสามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับ	“ในช่วงนี้ ปัญหาอะไรที่คิดว่าสำคัญที่สุด” “คิดว่าอะไรเป็นอุปสรรคที่ทำให้ควบคุม น้ำตาล (หรือ ความดันโลหิต) ไม่ได้มากที่สุด” “ตอนนี้อยากจะแก้ปัญหอะไรก่อน”

BATHE	ตัวอย่างคำถาม/คำพูดที่ใช้
ความต้องการของผู้ป่วยใน ระยะเวลาอันสั้น	
H = Handling การจัดการ กับปัญหา โดยปกติทั่วไป ผู้ป่วยจะได้จัดการแก้ไข ปัญหาด้วยตนเองมาแล้ว การถามคำถามนี้จะทำให้ผู้ให้ บริการเห็นประเด็นที่ควรจะ เสริมเพิ่มเติมศักยภาพของ ผู้ป่วยอย่างเจาะจงอย่างรวดเร็ว	“ตอนนี้จัดการอย่างไรกับปัญหาที่กังวล นั้น” “ตอนนี้ได้ทำอะไรแล้วบ้างที่เป็นการปรับ พฤติกรรมของตนเองเพื่อควบคุมน้ำตาล ในเลือด (หรือ ความดันโลหิต)” “ตอนนี้เริ่มออกกำลังกายอะไรบ้างหรือยัง”
E = Empathy สุดท้ายการ พูดคุยอย่างสั้น ๆ ในครั้งนี้ อาจจะยังไม่ได้ช่วยแก้ไข ปัญหา หรือ ประเมินแล้วว่า ผู้ป่วยยังไม่ตระหนักที่จะแก้ไข ปัญหา สิ่งให้ผู้ให้บริการทำได้ เพื่อรักษาความสัมพันธ์ที่ดีกับ ตัวผู้ป่วยคือ การแสดงความ เห็นอกเห็นใจ และเข้าใจใน สภาพปัญหาหรือความกังวล ของผู้ป่วย และในตอนท้าย ผู้ให้บริการสามารถเสนอทาง เลือกในการแก้ไขปัญหา หรือ แนวปฏิบัติกว้าง ๆ ในผู้ป่วย นำไปพิจารณาครุ่นคิดด้วย ตนเองได้ ก่อนจะสิ้นสุดการ พูดคุย	“ปัญหาคุณกังวลนี้คงทำให้คุณไม่สบายใจ สักช่วงระยะหนึ่ง ต่อไปน่าจะคลี่คลาย” “ปัญหา/พฤติกรรมดังกล่าวส่งผลทำให้ น้ำตาลยังไม่ลดลงในระดับปกติ ซึ่งเป็นสิ่งที่แพทย์กังวล และอยากให้คุณ ลองปฏิบัติตัว.....” “แม้จะมีความยากลำบากในการ ปรับพฤติกรรม แต่อย่างไรก็ตาม ลอง.....”



ทั้งนี้พึงระลึกเสมอว่า
**“ถ้าต้องการให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น
 ...เรากำลังเปลี่ยนวิถีชีวิตของเขา
 การกินยาและปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวด
 กำลังเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเรื่องใหญ่
 มาก”** ดังนั้นจึงควรระมัดระวัง สร้างความ
 สัมดุลระหว่าง **“งานรักษา”**
 และ **“ความนุ่มนวลละเอียดอ่อน”**
 ซึ่งจะทำการรักษามีประสิทธิภาพ
**“ควรพยายามทำความเข้าใจโลกชีวิตของผู้ป่วย
 ไม่ควรตำหนิ”** เช่น ทำไมไม่ดูแลตนเอง
 เพราะผู้ป่วยอาจมีปัญหาในชีวิตอย่างอื่นอีก
 มากมายที่เขาต้องเผชิญ แต่ควรให้กำลังใจ
 ให้ผู้ป่วยสามารถฟันฝ่าอุปสรรค
ได้อย่างอบอุ่นใจ”

Kumagai K. Arno et al. (2008)

3.4 บทบาทของสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วย

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในบริบทโรงพยาบาล และ รพ.สต. นั้นเป็นส่วนที่ต้องเกื้อหนุนการจัดระบบดูแลซึ่งกันและกัน ระบบที่ดีในบริบท รพ.สต. ควรจะมีปัจจัยเอื้อสำคัญในการพัฒนาการดูแลคือ มีแพทย์และทีมงานที่เข้าใจธรรมชาติ สภาพปัญหาผู้ป่วยเรื้อรังอย่างแท้จริง เข้าใจชีวิตที่เป็นจริงของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นทีมที่เสริมบทบาทซึ่งกันและกัน ประกอบกับการมีระบบงานที่ปรับให้เหมาะสมกับบริบทและเป้าหมาย เพื่อไม่ให้ระบบบริการสร้างความทุกข์ให้กับคนทำงานจนไม่สามารถพัฒนาตนเองและพัฒนางานได้อย่างต่อเนื่องได้อีก นอกจากนี้ยังต้องมีทีมงานที่มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของคนที่สามารถจะเรียนรู้และพัฒนาไม่ว่าจะเป็นทีมงาน ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ในชุมชน อย่างไรก็ตาม การรับรู้บทบาทหลัก บทบาทรองของกันและกัน ตลอดจนข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ รพ.สต. และโรงพยาบาลแม่ข่ายสามารถทำงานร่วมกันได้

แพทย์ มีบทบาทในการตรวจรักษา ให้คำปรึกษาเชิงลึกทั้งในเรื่องโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค เป็นที่ปรึกษาหรือเป็นผู้นำทีมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นหนึ่งในทีมเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านของ รพ.สต. และยังต้องเป็นที่ปรึกษาด้านองค์ความรู้ของการรักษาโรคเรื้อรังดังกล่าวด้วย

พยาบาลวิชาชีพ ถือเป็นบุคลากรหลักในการจัดบริการคลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง มีบทบาทในการจัดระบบ

บริการ การให้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ให้คำปรึกษาส่งเสริมสุขภาพและศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นผู้ดำเนินการจัดการทีมเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และยังต้องประสานการดูแลผู้ป่วยกับสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ด้วย

นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เป็นบุคลากรหลักในการพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและศักยภาพการดูแลของกลุ่มผู้ป่วย ร่วมประสานกับชุมชนในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของชุมชนและกลุ่มผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว

เภสัชกร มีบทบาทหลักในบริการเภสัชกรรมใน รพ.สต. ในหน่วยบริการที่ยังไม่มีเภสัชกรประจำ จำเป็นต้องได้รับการนิเทศติดตามจากเภสัชกรในโรงพยาบาลเพื่อให้บริการเภสัชกรรมได้ตามมาตรฐาน รวมทั้งการบริหารระบบยาและเวชภัณฑ์ นอกจากนี้เภสัชกรควรมีโอกาสได้ร่วมเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในเชิงลึก โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย

นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร มีบทบาทช่วยได้อย่างดีในเรื่องการให้ความรู้ ปรับพฤติกรรมในด้านการกินอาหาร และให้คำปรึกษาเฉพาะรายที่มีปัญหาการควบคุมอาหาร รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินสภาพการกินและการปรุงอาหาร ซึ่งจะเน้นในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนและ/หรือควบคุมโรคไม่ได้

นักกายภาพบำบัด มีบทบาทหลักในการจัดกิจกรรมการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การให้คำปรึกษาเพื่อออกแบบการ

เคลื่อนไหวสำหรับกลุ่มป่วยอ่อน หรือมีปัญหาข้อเข่าเสื่อม ช่วยในด้านการดูแลเท้า แผลที่เท้า การฝึกเดินในกรณีผู้ป่วยที่ตัดเท้า ดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด

นักสุขภาพ มีบทบาทเป็นทีมในการให้ความรู้ และจัดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง ติดตามเยี่ยมในชุมชน ร่วมกระตุ้นการจัดตั้งชมรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ทันตแพทย์/ทันตภิบาล มีบทบาทในคัดกรองและดูแลสุขภาพช่องปาก

นักจิตวิทยา มีบทบาทช่วยในการจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาเชิงลึก โดยเฉพาะด้านสุขภาพจิต วิธีคลายเครียด การแก้ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว

แพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ มีบทบาทในการดูแลรักษาผู้ป่วยและให้คำปรึกษาตามความจำเป็น ในกรณีที่มีการประสานโดยแพทย์หรือทีมในโรงพยาบาลเพื่อปรึกษาและจัดระบบการส่งต่อในกลุ่มที่มีปัญหาเฉพาะด้านต่างๆ เช่น จักษุแพทย์ อายุรแพทย์ (ด้านไต หัวใจ ต่อมไร้ท่อ) ศัลยแพทย์ทั้งจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

ทั้งนี้ ในบริบท รพ.สต. องค์ประกอบของทีมบริการและบทบาทการทำงานที่หนุนเสริมกันเป็นเรื่องจำเป็นมาก การจัดการจึงมีได้หลายลักษณะตามศักยภาพและความพร้อมของบุคลากรที่มีและสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเหมาะสมของสภาพความพร้อมในพื้นที่



3.5 การจัดการบริการตรวจภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการตรวจประเมินภาวะแทรกซ้อนเป็นประจำปี เพื่อป้องกันความพิการจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความเข้มงวดในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง หากไม่สามารถทำการตรวจให้ผู้ป่วยได้ทุกราย ผู้ที่มีความเสี่ยงมากที่สุดควรได้รับการตรวจก่อน (ศึกษารายละเอียดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในแผ่น CD)

ตารางแสดงภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง และวิธีการตรวจคัดกรอง

ระบบอวัยวะที่เกี่ยวข้อง	โรคเบาหวาน	โรคความดันโลหิตสูง	วิธีการตรวจคัดกรองที่แนะนำ
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	• หลอดเลือดส่วนปลายตีบ • หลอดเลือดหัวใจตีบ • ผนังหลอดเลือดแดงใหญ่เอออดต้าแยก (dissecting aortic aneurism)	• หัวใจห้องล่างซ้ายโต (left ventricular hypertrophy : LVH) • หัวใจวายเรื้อรัง (con-gestive heart failure) • ผนังหลอดเลือดแดงใหญ่เอออดต้าแยก (dissecting aortic aneurism)	• การซักประวัติอาการและปัจจัยเสี่ยง • การตรวจร่างกายโดยแพทย์

ระบบอวัยวะที่เกี่ยวข้อง	โรคเบาหวาน	โรคความดันโลหิตสูง	วิธีการตรวจคัดกรองที่แนะนำ
ระบบไต	• ไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure)	• ไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure)	• การตรวจปัสสาวะ microalbumin/protein • การตรวจเลือด creatinine
การมองเห็น	• จอประสาทตาเสื่อม (retinopathy) • หลอดเลือดฝอยที่จอประสาทตาแตก มีเลือดออกในตา (retinal hemorrhage)	• จอประสาทตาเสื่อม (retinopathy) • หลอดเลือดฝอยที่จอประสาทตาแตก มีเลือดออกในตา (retinal hemorrhage)	• การตรวจตาโดยจักษุแพทย์หรือการถ่ายภาพจอประสาทตา
ระบบประสาทส่วนกลาง	• หลอดเลือดสมองตีบหรือแตกเป็นอัมพาตครึ่งซีก (cerebrovascular accident:CVA หรือ stroke)	• หลอดเลือดสมองตีบหรือแตกเป็นอัมพาตครึ่งซีก (cerebrovascular accident:CVA หรือ stroke)	• การซักประวัติอาการและปัจจัยเสี่ยง

ระบบอวัยวะที่เกี่ยวข้อง	โรคเบาหวาน	โรคความดันโลหิตสูง	วิธีการตรวจคัดกรองที่แนะนำ
ระบบประสาทส่วนกลาง	• หลอดเลือดสมองอุดตันชั่วคราว(Transient ischemic attack:TIA)	• หลอดเลือดสมองอุดตันชั่วคราว(Transient ischemic attack:TIA)	
ระบบประสาทส่วนปลาย	ชาปลายมือปลายเท้า (peripheral neuropathy)	ไม่พบ	การตรวจเท้า



บุคลากรทำงานเชิงรุกชุมชน

โรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับ รพ.สต. ควรจัดทำแนวปฏิบัติและวางแผนการให้บริการตรวจภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจ หรือเข้าถึงการตรวจภาวะแทรกซ้อนได้ทุกราย หากไม่สามารถตรวจได้ทุกรายก็ควรเรียงลำดับความสำคัญกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการตรวจคัดกรอง เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมานาน

หรือไม่เคยตรวจ หรือมีปัจจัยเสี่ยงสูง ควรได้รับการตรวจอย่างเร่งด่วน บางกรณีอาจใช้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ เครือข่าย อสม. ที่ได้รับการพัฒนา ร่วมตรวจคัดกรองในระดับที่สามารถจัดการได้ด้วย



เจ้าหน้าที่ รพ.สต. / รพ.แม่ข่าย และทีม อสม. ร่วมคัดกรองภาวะแทรกซ้อนระดับเบื้องต้น

ในบริบทที่ขาดทรัพยากรสนับสนุน เช่น ไม่มีงบประมาณ ไม่มีเจ้าหน้าที่ ไม่มีผู้เชี่ยวชาญในการรักษาความผิดปกติของเท้า ควรมีการประสานงานหาการสนับสนุนจากหน่วยงานหรือองค์กรภายนอกเครือข่าย เช่น การจัดหาเจ้าหน้าที่เข้ามาตรวจตาผู้ป่วย หรือ การจัดหาเครื่องถ่ายภาพจอประสาทตาเพื่อใช้ตรวจเบื้องต้นโดยเจ้าหน้าที่ หรือหากตรวจเท้าผู้ป่วยพบเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ควรมีระบบปรึกษาและส่งพบแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้ รพ.สต. ควรร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายให้มีระบบการเตือนและจัดบริการตรวจภาวะแทรกซ้อนเป็นงานประจำต่อเนื่องตลอดปี เพื่อให้ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด ให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อยปีละครั้งตามมาตรฐาน รวมทั้งควรมีการทบทวนข้อมูลในแฟ้มผู้ป่วยปีละครั้ง เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนประจำปีอย่างครบถ้วนเหมาะสม

4. การให้คำปรึกษาและเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองและการปรับพฤติกรรม

แนวคิดสำคัญ

การรักษาที่สำคัญที่สุดของโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยคงระดับน้ำตาล/ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน การให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ



4.1 การให้คำปรึกษารายบุคคล

มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้โอกาสทำความเข้าใจเชิงลึกในการดูแลรักษาตนเอง พูดยระบายความรู้สึกคับข้องใจ ทำให้ลดความเครียดและความวิตกกังวล ได้เข้าใจปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตัวโรคของตนเองอย่างถ่องแท้ เข้าใจสาเหตุของผลการรักษาที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย วิธีการรักษาหรือวิถีแก้ไขหรือวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้สามารถพัฒนาตนเอง และดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม ควรมีการจำแนกผู้ป่วยที่พบว่ามีปัญหา ต้องการการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง และให้เวลาในการให้คำปรึกษาพอสมควร หากไม่มีเวลาในวันตรวจรักษา อาจนัดมาให้คำปรึกษาในวันอื่นตามสะดวกหรือใช้การติดตามเยี่ยมบ้าน

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจธรรมชาติของโรค วางเป้าหมาย การร่วมดูแลรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เหมาะสม ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจหลายประเด็น



ความรู้ ความเข้าใจและทักษะที่สำคัญ

- เข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง การดำเนินโรค และทางเลือกในการรักษา
- สามารถนำความรู้เรื่องอาหารไปใช้ในวิถีชีวิตประจำวันได้
- สามารถนำความรู้เรื่องการออกกำลังกายไปใช้ในวิถีชีวิตประจำวันได้
- เข้าใจเรื่องการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง รวมทั้งผลข้างเคียง และสามารถให้ยาได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพผล
- มีการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด/ระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง และนำค่าระดับน้ำตาล/ระดับความดันโลหิตมาใช้ในการปรับปรุงการควบคุมระดับน้ำตาล/ระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง
- เข้าใจเรื่องเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรังของโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน หากเกิดภาวะแทรกซ้อนแล้วสามารถทราบได้อย่างรวดเร็วและให้การรักษาเบื้องต้นได้
- สามารถพัฒนาตนเองในการจัดการกับปัญหาต่างๆ โดยเฉพาะด้านจิตใจ
- สามารถพัฒนาตนเองให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน เพื่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4.2 การให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self help group)

มีจุดประสงค์เพื่อใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ป่วยด้วยกันเองเพื่อเสริมความรู้ความเข้าใจ โดยเฉพาะสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการดูแลตนเอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษามากขึ้น ผู้ให้บริการจะเป็นเพียงผู้สนับสนุนให้กลุ่มเกิดการพูดคุยแลกเปลี่ยนอย่างเหมาะสม และได้ประโยชน์สูงสุด ควรมีการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหา และผู้ป่วยที่เป็นตัวอย่างที่ดีได้ นำมาทำกลุ่มร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ โดยมีจำนวนผู้เข้าร่วมและระยะเวลาตามความเหมาะสม

ข้อควรรู้ในการเรียนรู้แบบกลุ่ม/เพื่อนช่วยเพื่อน

ข้อพึงปฏิบัติ

1. พยายามที่จะส่งคำถามที่เกิดขึ้นให้กลุ่มช่วยกันตอบ โดยถ้าเป็นคำถามเรื่องความรู้ทางคลินิกคุณก็ควรตอบ แต่ถ้าไม่ใช่พยายามให้กลุ่มช่วยกันตอบ ยกตัวอย่างเช่น “คุณคิดว่าอย่างไร” “จะมีวิธีไหนทำให้ดีขึ้นอีก”
2. พยายามหาทางที่จะถามคำถามที่ทำให้มีการรวมความรู้ทั้งด้านคลินิก จิตใจ และพฤติกรรมให้กลุ่มช่วยกันตอบ

3. ให้แน่ใจว่าคุณเข้าใจคำถามได้อย่างถูกต้อง ฟังอย่างเข้าใจ และใช้เวลาก่อนที่จะตอบคำถามออกไป

4. พยายามถามคำถามที่จะทำให้มีการตอบสนองจากกลุ่มอย่างพยายามใช้รูปแบบการสอน ยกตัวอย่างเช่น ถามว่า “ในถุงนี้มีปริมาณแป้งเท่าไร” ให้กลุ่มช่วยกันคิด ย่อมดีกว่าสอนว่า “อาหารถุงนี้ไม่ควรรับประทานเพราะมีแป้งจำนวนมาก”

5. พยายามให้มีการตอบสนองในทางบวกต่อการที่ผู้ป่วยพยายามจะทำให้ได้ตามเป้าหมาย ไม่ใช่มุ่งอยู่ที่ความสำเร็จอย่างเดียว ซึ่งจะสามารถใช้แนวทางนี้เป็นตัวอย่างให้กับกลุ่มได้ ยกตัวอย่างเช่น “คุณทำอะไรจึงสามารถออกกำลังกายได้ตามแผนครั้งนี้เมื่อเทียบกับครั้งก่อน”

6. ในการตอบคำถาม พยายามให้มีคำพูดของผู้ป่วยเองอยู่ในคำตอบด้วย และที่สำคัญให้ตอบคำถามที่ผู้ป่วยถาม มิใช่พูดตอบคำถามในสิ่งที่เราอยากจะสอน

ข้อควรหลีกเลี่ยง

1. การตอบคำถามด้วยการสอนอย่างยาวนาน เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูล ควรตอบคำถามแล้วรอดูว่ากลุ่มมีคำถามอะไรเพิ่มเติมหรือไม่

2. การตัดสินผู้ป่วย ไม่ว่าจะโดยการกระทำหรือคำพูด ทั้งในด้านดีหรือด้านไม่ดี ยกตัวอย่างเช่น ดี ดีมาก แย่ ประสบความสำเร็จ ล้มเหลว หรือ ฯลฯ

3. การพยายามจะถามนำเพื่อให้ได้ในสิ่งที่คุณต้องการจะบอก บางครั้งการพูดนอกเหนือจากเรื่องโรคและปัญหาที่พบจะทำให้กลุ่มมีความสับสนกันมากขึ้นด้วย

บทบาทคนต้นแบบที่สามารถส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและการทำงานในชุมชน

บุคคลที่ป่วยเป็นเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีศักยภาพสามารถถ่ายทอดความรู้จากการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค และคุณภาพชีวิตของตนเองให้สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ จะต้องมี

- ยอมรับภาวะความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และ พร้อมจะปรับปรุงตัวเอง

- เข้าร่วมการรักษาต่อเนื่อง

- ปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด รวมทั้ง การใช้ยาอย่างเหมาะสม

- ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค

- สามารถถ่ายทอดความรู้ การปฏิบัติตน ในการลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และไม่ท้อที่ให้ความรู้กับบุคคลอื่น

- กรณีที่มีบทบาทผู้นำชุมชน เช่น นายก อบต. สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เสนอแนะ จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการทำงานของบุคลากรในชุมชนดำเนินงานลดความเสี่ยง ลดโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในประชากร และระดับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น สนับสนุนการซื้อเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาล เครื่องวัดความดันโลหิต เพื่อเสริมการทำงานในการคัดกรองโรคเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยให้ควบคุมโรคได้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

สรุป การที่มีคนต้นแบบอยู่ในชุมชน ทำให้เจ้าหน้าที่มีเครือข่ายแกนนำร่วมในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและทำงานในชุมชนได้อย่างสะดวกรวดเร็วและง่ายขึ้น เจ้าหน้าที่มีเวลาในการพัฒนางานอื่นมากขึ้น ส่วนคนต้นแบบก็เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ตระหนักในการดูแลตนเองมากขึ้น

กิจกรรมสร้างสรรค์
สมาชิกชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน



การเรียนรู้ประสบการณ์
การดูแลตนเองผ่านคนต้นแบบ

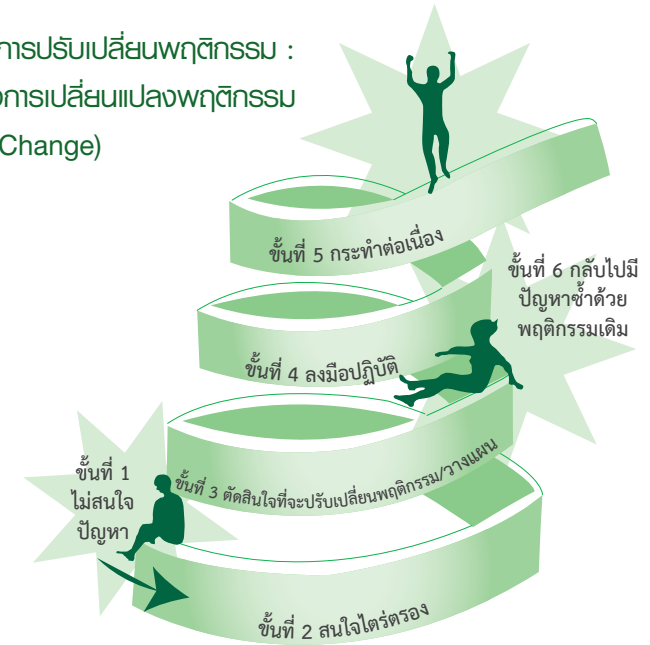
การให้ความรู้
บุคลากรในหน่วยบริการ



แกนนำผู้ป่วยเรียนรู้
การเจาะเลือดปลายนิ้ว
โดย อสม. / คนต้นแบบ
ที่ได้รับการฝึกจาก
เจ้าหน้าที่ รพ.สต.



4.3 เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม : ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change)



จากแผนภาพขั้นตอนการปรับพฤติกรรม จะเห็นว่าเป็นเทคนิคที่ทำให้สามารถประเมินความต้องการและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประยุกต์ใช้กับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไม่ตีต่าง ๆ เช่น การติดบุหรี่ การติดแอลกอฮอล์ เป็นต้น หรือแม้แต่การส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การฝึกสติ เป็นต้นอย่างที่น่าไปใช้ได้

หลักการสำคัญ คือ ผู้ให้บริการควรวิเคราะห์ให้ได้ว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นตอนไหนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผู้ให้บริการควรมีการตอบสนองที่เหมาะสมในขั้นตอนนั้น ๆ จะทำให้ผู้ป่วยขยับไปสู่ขั้นตอนถัดไปได้ จนไปสู่การมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างคงทนถาวร อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยอาจเปลี่ยนไปเปลี่ยนมาในแต่ละขั้น หากแรงจูงใจของผู้ป่วยยังไม่หนักแน่นมั่นคง

ผู้ให้บริการต้องรู้จักขั้นตอนต่างๆ ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ไม่สนใจปัญหา (pre-contemplation) ในขั้นนี้ผู้ป่วยไม่คิดว่าตนเองมีปัญหา ซึ่งโดยมากผู้ป่วยมักจะมีพฤติกรรมตามความเคยชิน ซึ่งขั้นนี้ผู้ป่วยยังพอใจที่จะใช้ชีวิตตามพฤติกรรมเดิม และยังไม่ต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้ให้บริการ คือ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ และการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา เน้นข้อเท็จจริง เป็นเหตุเป็นผลเป็นกลาง ไม่ชี้นำหรือครอบงำ หรือขู่ให้กลัว เช่น การอธิบายธรรมชาติของโรค แนะนำความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เหมาะสมต่างๆ ไป เช่น กรณีผู้ป่วยเบาหวานจากภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวจากการที่น้ำตาลสูงอยู่นานๆ

ขั้นที่ 2 สนใจไตร่ตรอง (contemplation) ในขั้นนี้ผู้ป่วยมักประสบกับผลกระทบของโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ทั้งโดยตนเอง หรือ คนใกล้ชิด เช่น มีอาการจากน้ำตาลสูง มีญาติเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตหรือ ตนเองเริ่มมีอาการผิดปกติ เช่น ซามือซาเท้า เหนื่อยง่าย มีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นแล้ว เช่น เป็นโรคหัวใจ โรคอัมพาต แผลเรื้อรังที่เท้า เป็นต้น ทำให้เริ่มตระหนักถึงผลเสียของโรคที่เป็นอยู่

การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้ให้บริการ คือ ชวนผู้ป่วยพูดคุยถึงข้อดี ข้อเสีย ในการปรับพฤติกรรม ซึ่งโดยมากจะฝืนกับความเคยชินของผู้ป่วย ไม่สะดวกสบาย และอาจขัดแย้งกับวิถีชีวิตผู้ป่วย ในขณะที่ตรวจสอบ ผู้ให้บริการอาจให้ข้อมูลที่ถูกต้องไปด้วย

ตัวอย่างเปรียบเทียบเกี่ยวกับลักษณะการกิน (ข้อดี-ข้อเสีย)		
	การควบคุมอาหารหวานจัด	การกินอาหารหวานตามใจ
ข้อดี	- ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน หรือ เสียชีวิตเฉียบพลัน	- มีความสุขในชีวิต - หาซื้อง่าย ไม่ยุ่งยาก
ข้อเสีย	- ต้องบังคับจิตใจตนเอง ฝึกฝนไม่ตามใจปาก - ไม่มีความสุขในการกิน - กินร่วมกับผู้อื่นลำบาก	- น้ำตาลในเลือดสูง ควบคุมไม่ได้ - มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต ที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน หรือ เสียชีวิตเฉียบพลัน

ขั้นที่ 3 ตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (determination)

ในขั้นนี้ผู้ป่วยจะมีความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจมีปัจจัยเสริมอื่นๆ ที่เหมาะสม เช่น ไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจสังคม ไม่มีภาระในครอบครัว หรือภาระงานไม่หนักหนา ไม่มีความเครียด เริ่มมีวิถีชีวิตที่ใส่ใจสุขภาพของตนเอง หรือมีตระหนักถึงปัญหาพฤติกรรมของตนเองที่ทำให้ควบคุมโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงไม่ได้

การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้ให้บริการ คือ การให้ทางเลือกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ให้บริการควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกได้อย่างอิสระ เน้นความรับผิดชอบในการเลือกของผู้ป่วยเอง (Responsibility) และส่งเสริมศักยภาพในการกระทำของผู้ป่วย ผู้ให้บริการอาจจำเป็นต้องแนะนำแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตัวผู้ป่วยเอง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถคิดเองได้

ขั้นที่ 4 ลงมือปฏิบัติ (action)

ในขั้นนี้ผู้ป่วยกำลังลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ผู้ป่วยอาจทำได้ไม่สม่ำเสมอในบางช่วง และลองถูกลองผิดในหลายๆ วิธีเพื่อให้ลงตัวกับวิถีชีวิตของตนเอง

การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้ให้บริการ

คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกได้อย่างต่อเนื่อง สร้างความเข้าใจในวิธีการ กระทำซ้ำๆ เพื่อความชำนาญ และจัดอุปสรรคที่อาจทำให้กระทำไม่ได้ต่อเนื่อง

ขั้นที่ 5 กระทำต่อเนื่อง (maintenance)

ในขั้นนี้ผู้ป่วยมักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้แล้วประมาณ 6 เดือน อารมณ์ ความคิดค่อนข้างมั่นคง กระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกได้อย่างต่อเนื่อง มีความมั่นใจว่าตนเองจะคงพฤติกรรมที่ดีนั้นไว้ได้

การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้ให้บริการ

คือ การส่งเสริมไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความล้า หรือหมดกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพราะพฤติกรรมที่ดีมักจะขัดแย้งกับความเคยชิน และความสับสนวุ่นวาย คอยย้ำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงข้อดีของการเปลี่ยนพฤติกรรม ชื่นชมความสำเร็จแม้เพียงเล็กน้อย การควบคุมสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่ดี แนะนำเทคนิคการให้กำลังใจตนเอง เสริมความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

ขั้นที่ 6 กลับไปมีปัญหซ้ำ (relapse) ในขั้นนี้ผู้ป่วยเริ่มการปล่อยเนื้อปล่อยตัว การไม่ดูแลตนเอง ความประมาทเลินเล่อ การปล่อยใจกลับไปมีพฤติกรรมเดิมไม่สามารถมีกำลังใจเข้มแข็ง หรือไม่มีวิธีการที่จะจัดการกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่ดีได้ ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาทางจิตใจที่ตามหลังจากการปล่อยใจไปใช้ เช่น รู้สึกผิด ขี้ใจหนาทนเอง ไม่เคารพนับถือตนเอง ปฏิเสธความจริง เป็นต้น จนกระทั่งควบคุมตัวเองไม่ได้ กลับไปมีพฤติกรรมเดิม ไม่สนใจจะปรับเปลี่ยนอีกต่อไป

การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้ให้บริการ คือ การดึงผู้ป่วยให้กลับไปสู่หนทางแห่งการปรับพฤติกรรมให้เร็วที่สุด โดยพูดคุยหาปัญหา ให้กำลังใจ มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา การสรุปบทเรียนหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน หาแรงบันดาลใจและมุมมองที่จะทำให้กลับตั้งใจเปลี่ยนพฤติกรรมอีกครั้ง ซึ่งผู้ป่วยจะย้อนกลับไปในช่วงตอนที่ 1 อีกครั้ง ในวงจรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแต่ละอย่าง ผู้ป่วยอาจจะหมุนเวียนกลับไปมีพฤติกรรมเดิม และเปลี่ยนพฤติกรรมได้ซ้ำไปมาหลายรอบ จนกระทั่งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถาวร

4.4 เทคนิคของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy-MET)

เทคนิคที่สำคัญในวิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ หรือ Motivational Enhancement Therapy สรุปได้เป็นตัวอักษรย่อคือ FRAMES ได้แก่

F = Feed back ให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย ได้แก่ ประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อเท็จจริงของผู้ป่วยคนอื่น ๆ มาสะท้อนถึงความรุนแรงของโรค การอธิบายวิธีการแปลผลการตรวจต่าง ๆ การดำเนินของโรคที่เป็นไปอย่างช้า ๆ ในร่างกายที่เราอาจจะไม่สามารถสังเกตเห็นได้ ผลเสียจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

ตัวอย่างการสนทนา

“...คุณป้าเริ่มมีอาการชาปลายมือปลายเท้าแล้ว แสดงว่าเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแล้ว..”

“..ผลการตรวจปัสสาวะ แสดงว่าเริ่มมีการเสื่อมของไตแล้ว..”

R = Responsibility เน้นถึงความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการดูแลรักษาตนเอง ผู้ให้บริการไม่สามารถบังคับให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ เป็นสิทธิของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ที่จะดูแลหรือไม่ดูแลตนเอง ผู้ให้บริการมีหน้าที่เพียงแนะนำสิ่งที่ดี ๆ และเป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้

ตัวอย่างการสนทนา

“...โรคเบาหวาน การให้ยาเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการรักษา ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ดังนั้น ถึงยาดิแคโหนด ถ้าไม่ควบคุมอาหารน้ำตาลในเลือดก็ไม่ลด หมอมีหน้าที่เพียงให้คำแนะนำ และสั่งยาให้ตามความเหมาะสม ขึ้นตัวคุณป้าเองว่าจะควบคุมพฤติกรรมตัวเองได้หรือไม่..”

A = Advice หมายถึง คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และจำเป็นต่อการตัดสินใจ เช่น แนวทางการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การคลายเครียด เทคนิคต่างๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น ซึ่งคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ที่แท้จริง ผู้ป่วยต้องสามารถนำไปทำได้ตามบริบท วิถีชีวิตของผู้ป่วยเอง

ตัวอย่างการสนทนา

“...เนื่องจากคุณลุงยังต้องใช้พลังงานมากในการทำงาน ตอนกลางวัน น่าจะควบคุมอาหารเฉพาะตอนเย็นดูก่อน..”
 “...คุณป้าตื่นเช้าอยู่แล้ว ลองแบ่งเวลามาออกกำลังกายตอนเช้าๆ ดูนะครับ”
 “...คุณสนิทกับน้องสาวอยู่แล้ว ถ้าเครียด ก็หาเวลาปรับทุกข์กับน้องสาวบ่อยๆ ก็น่าจะช่วยให้สบายใจได้”

M = Menu ทางเลือกในการปฏิบัติ ไม่ควรมีมากเกินไป หรือน้อยจนเกินไป เช่น นอกจากการใช้ยาแผนปัจจุบัน อาจเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยลองใช้ยาสมุนไพรตามความเชื่อศรัทธา โดยต้อง

แน่ใจว่าไม่เกิดอันตราย และสามารถควบคุมน้ำตาลได้จริง หรือ มีทางเลือกในการออกกำลังกายหลาย ๆ แบบตามอายุ วัย เช่น รำตะบอง รำมวยจีน กายบริหาร เดินเร็ว เต้นแอโรบิก

ตัวอย่างการสนทนา

“...ถ้าคุณป้าไม่มีเวลาไปออกกำลังกายที่ลานกีฬา ก็ลองออกกำลังกายง่ายที่บ้านอย่างนี้สิครับ..”
 “...ถ้าคุณป้ายังเปลี่ยนกินแต่ข้าวเจ้าไม่ได้ ลองลดปริมาณข้าวเหนียวที่กินตามที่หมอแนะนำดูสิครับ..”
 “ถ้าคุณยังไม่อยากเพิ่มยา ควรเข้มงวดในการควบคุมอาหารมากขึ้นนะครับ”
 “คุณป้าจะลองใช้ยาสมุนไพรดูก็ได้แต่ควรกินยาของหมอควบคู่ไปด้วยนะครับ”

E = Empathy ความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในตัวผู้ป่วย ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นยาก เป็นการฝืนความเคยชิน และอาจทำให้ผู้ป่วยเป็นทุกข์ได้ ดังนั้นผู้ให้บริการควรแสดงความเข้าใจ เห็นใจผ่านทางคำพูด ท่าทาง และแสดงการให้กำลังใจ

ตัวอย่างการสนทนา

“...ตอนเริ่มออกกำลังกาย ก็จะเหนื่อยง่าย ปวดเมื่อยตัว และไม่ยอมทำ เพราะเราไม่ค่อยได้ออกกำลังกายมาก่อน มันก็ยากนะครับ ที่จะทำได้สม่ำเสมอ..”
 “...การห้ามไม่ให้ตัวเองกินของอร่อยๆ มันยากนะครับ บางครั้งทำให้เครียดอีกต่างหาก..”

S = Self efficacy ส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่า ตนเองมีศักยภาพที่จะเปลี่ยนแปลงได้ มีความสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้

ตัวอย่างการสนทนา

“...คุณป้ายังไม่เคยลองทำอย่างจริงจังเลย อย่างเพิ่งคิดว่าตัวเองจะทำไม่ได้ นะครับ...”

“...ครั้งนี้น้ำตาลในเลือดลดลงมาบ้างแล้ว ลองค่อยๆ ทำต่อเนื่อง อย่าเพิ่งเบื่อหน่าย นะครับ หอมเชื่อว่า คุณทำได้..”

“...หอมเห็นว่า คุณลงมีความสนใจในสุขภาพตนเอง และพยายามปรับเปลี่ยนตนเองอยู่แล้ว แต่ยังมีอุปสรรคนิดหน่อย ลองค่อยๆ ไป นะครับ การเปลี่ยนแปลงต้องใช้เวลา..”

4.5 การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

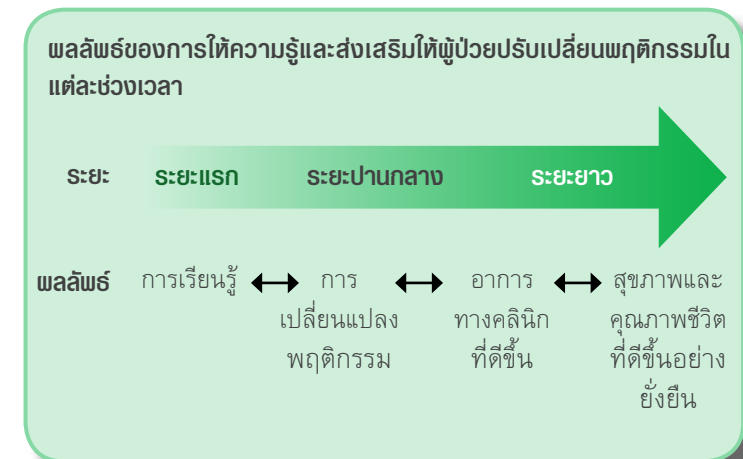
เจ้าหน้าที่จำเป็นต้องประเมินศักยภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และเสริมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ (ทุกครั้ง ที่ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา) ประกอบด้วย

- ประเมินด้านคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจต่อการรักษา ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรค และวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- ประเมินการปรับเปลี่ยนด้วยตนเองของผู้ป่วย ด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด/ระดับความดันโลหิต

- ประเมินความร่วมมือในการรักษา เช่น การใช้ยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ อุปสรรคในมาตรวจรักษาตามนัด
- ประเมินผลการควบคุมโรค ได้แก่ ผลการควบคุมระดับความดันโลหิต ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับ HbA1C ระดับไขมันในเลือด
- ประเมินปัญหาด้านจิตสังคมที่อาจส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือความร่วมมือในการรักษา

4.6 ผลลัพธ์ของการให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ในแต่ละช่วงเวลานั้นจะไม่เหมือนกัน ดังแสดงในแผนภูมิด้านล่าง



หลังจากการให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประมาณ 6 เดือนจึงจะเห็นการดีขึ้นของอาการทางคลินิก ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการประเมินเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีการพัฒนาต่อไปโดยผลลัพธ์ในแต่ละระยะๆ

1. ผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้ ซึ่งหลังจากการให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว ผู้ป่วยสามารถทราบว่า จะต้องทำอะไร ทำอย่างไร ต้องการที่จะทำและสามารถทำตามที่ได้เรียนรู้ เพื่อเป้าหมายในการให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประเมินทุกครั้งที่ได้รับการเรียนรู้

2. ผลลัพธ์ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังแสดงในตาราง โดยประเมินก่อนที่จะเริ่มปฏิบัติ ทุก 2-4 สัปดาห์ และทุก 3-6 เดือน

3. ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก โดยการประเมินผลการตรวจ ความดันโลหิต น้ำหนักตัวหรือดัชนีมวลกาย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับ HbA1C ระดับไขมันในเลือด และการตรวจตาและเท้า

4. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยการประเมินด้านคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความสามารถในการแก้ปัญหา



ตัวอย่างการสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จ

“กรณีหัวหม่เบาหวาน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก”

การจัดการให้ผู้ป่วยเบาหวานจัดการดูแลตนเองโดยหัวหม่เบาหวานเป็นเรื่องท้าทายเพราะเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง อยู่กันยาวนานตลอดทั้งชีวิต จะให้หมอ เมีย แม่ ลูก หรือหัวหม่เบาหวาน มาชี้แนะสั่งให้ หรือสอนให้ จำแล้วเอาไปทำตามก็ไม่ได้ การดูแลตนเองเป็นงานที่ยาวนานตลอดชีวิต บุคลากรด้านสุขภาพมีบทบาทและหน้าที่ในการเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยเบาหวานเป็น “ผู้ดูแลตนเอง” ที่มีประสิทธิภาพ สิ่งที่ต้องมีมาก่อนที่จะดูแลตนเองได้ คือความรู้และทักษะที่เพียงพอ ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีความรู้ว่าจะทำอะไร อย่างไร เมื่อใด มีทักษะในการกระทำ ตลอดจนเข้าใจตนเองและเข้าใจภาวะความเจ็บป่วยของตนเองเป็นอย่างดี

กรณี ลุงแขกทำนา จัดการกับตัวเองว่าเมื่อถึงช่วงเวลาที่ฉีดยาข้าว ต้องทานข้าวเพิ่มเป็น 3 ทัพพี ลงนาต้องใส่รองเท้าบูต มันเหนียว แต่ก็กลับมาดูแลเท้าตนเองได้ ไม่มีแผล พอถึงฤดูเก็บเกี่ยวก็ทานปกติ 1-2 ทัพพีเพราะไม่ได้ออกแรงอะไร แต่น้ำตาลจะขึ้นเพราะกลัวคนมาขโมยข้าว

1. ผลที่เกิดขึ้นคือ รู้ว่าต้องทำอะไร อย่างไร เมื่อใด
2. ผลระยะปานกลาง คือ พฤติกรรมการกินเปลี่ยน ทานได้เหมาะสมตามช่วงเวลาและฤดูกาล ไม่เกิดภาวะน้ำตาลตก มาอนโรงพยาบาล
3. ผลระยะยาว คือ การควบคุมโรคดี FPG และ HbA1C ดี

สรุป

- ก่อนจะไปดูบทบาทหน้าที่ที่เราสั่งให้ผู้ผู้ป่วยทำตาม เราต้องมาทบทวนดูหน้าที่เราก่อนว่า เพื่อที่จะให้ผู้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองได้ แล้วเราต้องทำอะไร
- หัวหม่เบาหวานต้องมีความรู้ และทักษะการดูแลตนเองที่ได้ ผ่านการเรียนรู้จากประสบการณ์ตนเอง วัดผลการดูแลตนเองได้จากระดับ HbA1C น้อยกว่า 7%

ตัวอย่างประเด็นและการประเมินผลการปรับปรุงพฤติกรรม

ประเด็นการเรียนรู้ของผู้ป่วย	การประเมิน
1. มีการออกกำลังกายเป็นประจำ หรือมีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มขึ้น	ประเมิน - ชนิด ความถี่ ระยะเวลาของการออกกำลังกาย ประเมินโดย - จากสมุดบันทึกของผู้ป่วย - การสอบถามกิจวัตร/สังเกตที่ผู้ป่วยปฏิบัติ /มีส่วนร่วมจากการรับบริการหรือจากที่ไปเยี่ยมบ้าน
2. การนำความรู้เรื่องอาหารไปใช้ในชีวิตประจำวันได้	ประเมิน - ชนิดและปริมาณของอาหารที่รับประทาน - จำนวนมื้ออาหาร - ปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภค - ผลของอาหารต่อระดับน้ำตาล - การแก้ไขในกรณีเกิดปัญหา/การจัดการในภาวะพิเศษ ประเมินโดย - ผู้ป่วยรายงาน - จากสมุดบันทึกอาหารและระดับน้ำตาลของผู้ป่วย - การสอบถามกิจวัตร/สังเกตที่ผู้ป่วยปฏิบัติ /มีส่วนร่วมจากการรับบริการหรือจากที่ไปเยี่ยมบ้าน

ประเด็นการเรียนรู้ของผู้ป่วย	การประเมิน
3. เข้าใจเรื่องการใช้ยาได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ	ประเมิน - การรับประทานยาเป็นประจำ - การรับประทานยาถูกวิธี ขนาด และตามเวลา - การสังเกตผลข้างเคียงของยา แล้วรายงานหรือแก้ไขเองเบื้องต้น ประเมินโดย - การนับปริมาณยา - ผู้ป่วยรายงาน - ระดับน้ำตาล/ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย - การสอบถามกิจวัตร/สังเกตที่ผู้ป่วยปฏิบัติ /มีส่วนร่วมจากการรับบริการหรือจากที่ไปเยี่ยมบ้าน
4. ตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด/ระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง	ประเมิน - ความบ่อยของการไม่ได้ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด/ระดับความดันโลหิต - การมีการตรวจระดับน้ำตาลเพิ่ม/ระดับความดันโลหิตมากกว่าที่วางแผนไว้ - การบันทึกการใช้ยา ประเมินโดย - จากสมุดบันทึกของผู้ป่วย - ผู้ป่วยรายงาน - ให้ผู้ป่วยแสดงวิธีการในการตรวจ

ประเด็นการเรียนรู้ของผู้ป่วย	การประเมิน
5. การแก้ปัญหาด้วยตนเอง ในการเฝ้าระดับน้ำตาลสูง หรือต่ำ หรือในกรณี ไม่สบาย (สำหรับโรค เบาหวาน)	ประเมิน - ระดับน้ำตาลในเลือดที่ผู้ป่วย บันทึกไว้ - การปรับเปลี่ยนอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ในกรณีที่ระดับน้ำตาลสูง หรือต่ำ เกินไป - จำนวนครั้งต่อเดือนที่ผู้ป่วยมีระดับ ระดับน้ำตาลสูง หรือต่ำเกินไป - วันที่ผู้ป่วยต้องขาดงาน หรือ โรงเรียน ประเมินโดย - จากสมุดบันทึกของผู้ป่วย - ผู้ป่วยรายงาน - เวชระเบียนของโรงพยาบาล - ความถี่บ่อยของการที่ต้องมีการ ปรับปริมาณยา
6. การป้องกันการเกิดภาวะ แทรกซ้อนเรื้อรังจาก โรคเบาหวาน/ความดัน โลหิตสูง	ประเมิน - การสูบบุหรี่ - ความถี่ของการตรวจเท้า - การใช้ยาแอสไพริน - การตรวจตา - การไปพบแพทย์ตามนัดหมาย - การตรวจวัดระดับความดันเลือด ไขมันในเลือด - การตรวจปัสสาวะ

ประเด็นการเรียนรู้ของผู้ป่วย	การประเมิน
	ประเมินโดย - ผู้ป่วยรายงาน - จากสมุดบันทึกของผู้ป่วย - การตรวจรักษาโดยแพทย์
7. การอยู่ร่วมกับโรคเบาหวาน	ประเมิน - ความเครียด - คุณภาพชีวิต - ประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง ประเมินโดย - ผู้ป่วยรายงาน - แบบบันทึก/แบบสำรวจเพื่อ ประเมินการจัดการตนเองและ ความพึงพอใจการรับบริการ

5. การจัดบริการด้านเภสัชกรรม

สำหรับใน รพ.สต. ที่ไม่มีเภสัชกรที่ปรึกษาหรือร่วมจัดบริการเป็นประจำ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ควรมีความเข้าใจในหลักการของการควบคุมคุณภาพบริการเภสัชกรรม เน้นการจ่ายยาให้ถูกต้องตามแพทย์สั่ง สามารถท้วงติงแพทย์ในกรณีเกิดความผิดพลาดในการสั่งยาของแพทย์ และสามารถให้ความรู้เบื้องต้นในการใช้ยาที่ใช้อย่างปลอดภัย แก่ผู้ป่วยได้ หากเป็นไปได้ จุดจ่ายยาแต่ละวันควรมี “ผู้จ่ายยา” และ “ผู้จัดยา” เพื่อสามารถทำการตรวจสอบความถูกต้องของการจัดยาได้สองครั้ง (double checking) ก่อนที่จะจ่ายยาให้ผู้ป่วย โดยผู้จ่ายยาควรเป็นเภสัชกรที่มาร่วมบริการ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับฝึกอบรมด้านการใช้ยา ซึ่งสามารถให้ข้อมูลและตอบคำถามใดๆ เพิ่มเติมได้ ส่วนผู้จัดยาจะเป็นเจ้าหน้าที่ใดก็ได้

การใช้ยาที่เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยเป็นประเด็นสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ข้อเสนอแนะการให้บริการเภสัชกรรม มีดังนี้

1. การให้คำแนะนำปรึกษาการใช้ยา ผู้ป่วยบางรายเมื่อมีการแนะนำในขณะเวลานั้นจะมีความสนใจและเข้าใจวิธีการใช้ยาได้ดี โดยจะจำวิธีการใช้ยาหรือจำลักษณะยาและสีของยาโดยไม่ใส่ใจรายละเอียดบนซองยา การไม่ทราบชื่อยาก็มีผลต่อการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยได้ ดังนั้น จึงควรมีการแนะนำและให้สังเกตการอ่านซองและวิธีการใช้ยาบนซองยาด้วย เพราะถึงแม้ว่าข้อความบนซองมีรายละเอียดครบ แต่ถ้าไม่อ่านคำแนะนำที่มีอยู่ก็ไม่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย

2. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค บางครั้งผู้ป่วยยังมีความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ซึ่งต้องมีการให้คำแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นและรวมถึงการปฏิบัติตนร่วมกับความรู้เรื่องการใช้ยาด้วย

3. การให้คำแนะนำ ปรึกษา และติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง แก่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นปกติมาตลอดนั้น โดยอาจให้นำยามาด้วยทุกครั้งเพื่อประเมินและป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาจากการใช้ยา หรือ ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ให้สูงจากเดิมอย่างต่อเนื่องป้องกันภาวะอาการแทรกซ้อนที่จะตามมา

4. การให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ผู้ป่วยรายใหม่ควรได้รับคำแนะนำทุกราย และเรียนรู้ในการปฏิบัติตนทุกด้าน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น มีการติดตามผลและความสามารถในการใช้ยาและการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเพื่อการรักษาที่ได้ผลต่อไป



ตัวอย่างการให้ยาที่ไม่ถูกต้องที่พบบ่อย ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

- มีการให้ยาลดคลอเรสเตอรอลไปจากที่แพทย์สั่ง เช่น ใช้น้ำหนักที่สูงกว่าที่แพทย์สั่ง และขนาดต่ำกว่าที่แพทย์สั่ง และการกินยาไม่สม่ำเสมอ/ไม่ต่อเนื่อง กินยาผิดเวลา หยุดยาเอง ยาไม่พอเนื่องจากไม่มาตามวันนัด
- การลืมกินยา ต้องมีการหาวิธีและกระบวนการที่จะให้ผู้ป่วยไม่ลืม เช่น การแนะนำให้ผู้ป่วยที่จะกินยาไว้ใกล้กับสถานที่หรือส่วรับกับข้าว ที่เมื่อจะทานข้าวหรือทานข้าวเสร็จเรียบร้อยแล้วอาจจะช่วยเตือนผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมองเห็นยาที่นำมาไว้ จะได้ไม่ลืมทานยา ซึ่งก็พบว่าผู้ป่วยปฏิบัติตาม
- การให้ยาผิดเวลา คือ เมื่อได้รับยาก็นำยาใหม่ที่ได้อไปเทรวมในซองเดิมโดยที่ไม่ใส่ใจว่า ยาใหม่ที่ได้รับนั้นแพทย์ปรับวิธีการให้และขนาดยาใหม่ในซองที่ได้รับไป และมีบางรายที่เมื่อลืมทานยาในมือนั้น ก็ไปทานในมือต่อไป หรือทานอาหารผิดเวลาเป็นประจำทำให้ทานยาไม่เป็นเวลา
- ผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องให้ยาฉีดแต่ไม่สามารถฉีดยาเองได้ มักจะต้องให้ญาติและผู้ดูแลใกล้ชิดเป็นผู้ฉีดให้ บางครั้งผู้ดูแลไม่ได้มาด้วย ทำให้เมื่อแพทย์ปรับขนาดยาใหม่แล้ว ยังมีการฉีดเท่าเดิม จึงทำให้มีการได้รับยาในขนาดสูงหรือต่ำกว่าที่แพทย์

กรณีศึกษาการให้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน

จากกรณีศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเรื้อรัง ตำบลหนองหาร สันทราย เชียงใหม่ (ฝ่ายเวชกรรมชุมชน โรงพยาบาลสันทราย เชียงใหม่) พบว่าพฤติกรรมกรรมการกินยา มีเรื่องการใช้ยาหลายลักษณะ เช่น ประเด็นเก็บยาโดยแกะยาที่บรรจุจากแผงที่ป้องกันแสงใส่ขวดยาที่ไม่สามารถกันแสงเพื่อความสะอาด การหักยาครึ่งเม็ดตามแพทย์กำหนดไว้เพื่อให้สะดวกกับการกิน โดยหักไว้ล่วงหน้าทั้งหมด บางรายเก็บไว้ในรถยนต์ เพราะต้องไปธุระในเมืองเก็บยาไว้ในตู้เย็นเพราะเข้าใจว่าจะให้เป็นยาสดใหม่ ไม่เสียง่าย เป็นต้น รวมทั้งความสับสนในการกินยาเนื่องจากมีหลายชนิด บางรายไม่กล้าบอกหมอเรื่องการปรับยาตนเอง รวมทั้งความเข้าใจต่างๆ ที่ทีมผู้ให้บริการไม่ได้รับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การปรับวิธีบริการสามารถให้ข้อมูลและดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างแท้จริง

กรณีศึกษาการสร้างเสริมศักยภาพของการบริหารยาด้วยตนเอง จากการศึกษาของศูนย์สุขภาพชุมชน 2 วัดป่าสาละวัน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่ามีปัญหาการบริหารยาของผู้ป่วยในลักษณะที่เข้าใจกันจำเป็น ทั้งยาเก่าที่เหลือก่อนวันนัด ทำยาสูญหาย เอายาที่เหลือให้เพื่อน ลืมบัตรประจำตัว เอกสารสิทธิต่างๆ หลังจากจัดหากระเป๋ายาควบคุมการอบรมเรื่องการดูแลรักษาโรคเรื้อรังและความสำคัญของการกินยาถูกต้องต่อเนื่อง ประกอบกับการจัดหากระเป๋ายาแล้วพบว่าเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินเรื่องการใช้ยาได้เป็นระบบ ครบคลุมขึ้น รวมทั้งใช้ประกอบกับการประเมินสภาพความเจ็บป่วย การให้ยา การให้คำปรึกษาแบบสื่อสารสองทางได้ดีขึ้น ผลที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ป่วยไม่เกิดการเข้าใจกันครบทุกคน บริหารยาด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง ใช้น้ำหนักตัววันนัดร้อยละ 90 ลดการสูญเสียยาโดยไม่จำเป็นร้อยละ 90 และลดการกินยาในกลุ่มที่มีฤทธิ์ซ้ำซ้อนหรือต้านกันร้อยละ 100 ซึ่งนำไปสู่การขยายผลการใช้โครงการกระเป๋ายาและการพัฒนาลักษณะดังกล่าวในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เผยแพร่ความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนเจ้าหน้าที่เครือข่ายบริการต่างๆ ให้ส่งเสริม “การหิ้วกระเป๋ายามาหาหมอ” อย่างแพร่หลายได้ต่อไปทั้งเครือข่าย



กรณีศึกษาการบริหารยาครึ่งเม็ดสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (ศูนย์สุขภาพชุมชน 2 วัดป่าสาละวัน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา) ได้ทำการศึกษากลุ่มเป้าหมาย (ผู้ป่วย HT อายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีอาการ อัมพฤกษ์และต้องรับการรักษาด้วยการกินยา HCTZ ครึ่งเม็ด) โดยผลการศึกษพบว่ามีปัญหาในการบริหารยาครึ่งเม็ด คือ ร้อยละ 80 หักยาไม่ได้ ขนาดตามต้องการ ร้อยละ 50 ยาหล่นขณะหยิบเพื่อเตรียมหักยาร้อยละ 40 เปิดซองยาไม่ได้ และร้อยละ 70 ไม่มีบุคคลอื่นหักยาให้ เมื่อมีผลการศึกษานี้ทำให้พัฒนาการตัดแบ่งยาครึ่งเม็ดเบ็ดเสร็จและบรรจุในภาชนะ กล่องฟาเกลียวแทนการใส่ซองยาเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว

กรณีศึกษาผลการปรับเปลี่ยนการให้ยาเบาหวานในเดือนรอมฎอนของผู้ป่วยเบาหวานที่ถือศีลอด ที่โรงพยาบาลหนองจิก ปัตตานี มีการปรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในช่วงถือศีลอด(เดือนรอมฎอน) ที่เน้นการให้ยาที่ออกฤทธิ์สั้นเป็นยาที่ออกฤทธิ์ยาว และให้ผู้รักษาร่วมกับผู้ป่วยในการบริหารยาให้สอดคล้องกับวิธีการถือศีลอดได้อย่างเหมาะสม เช่น ให้ยาที่รับประทานวันละ 1-2 เวลาแทนวันละ 3-4 เวลา เป็นต้น ผลการศึกษพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีการปรับเปลี่ยนการให้ยาจะมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนการให้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเตรียมผู้ป่วยเบาหวานที่ถือศีลอดก่อนเข้าสู่ช่วงรอมฎอนและการปรับเปลี่ยนการให้ยาในช่วงดังกล่าว จึงมีความจำเป็น ตลอดจนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การปรับยาอินหรือยาฉีด ภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งแนวทางการป้องกันและแก้ไข

6. การให้บริการต่อเนื่องทั้งในหน่วยบริการ ระหว่างหน่วยบริการและติดตามต่อเนื่องที่บ้าน

รพ.สต. เปรียบเสมือนหน่วยบริการที่เป็น “แพทย์เจ้าของคนไข้” ซึ่งต้องติดตามดูแลคนไข้ของตนเองอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ จนสิ้นสุดการดำเนินของโรค

รูปธรรมของการให้บริการต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ครอบคลุมการนัดรับยาต่อเนื่อง การติดตามกรณีขาดนัด การเยี่ยมดูแลที่บ้าน ภายใต้การบันทึกข้อมูลต่อเนื่อง

6.1 การนัดผู้ป่วยรับยา

ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการให้ยา และต้องกินยาอย่างสม่ำเสมอทุกวัน การนัดผู้ป่วยรับยาจึงเป็นการให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง และติดตามปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสม รพ.สต. ต้องมีระบบนัดที่เหมาะสม สามารถตรวจสอบได้ว่า แต่ละวันได้นัดผู้ป่วยคนไหนบ้าง มีการกระจายนัดผู้ป่วยให้มีจำนวนที่เหมาะสมสำหรับการตรวจรักษาในแต่ละวัน และสามารถจะระบุผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดได้ อาจจะเป็นระบบใช้เอกสาร หรือระบบคอมพิวเตอร์ หรือเทคนิคอื่น ๆ เช่น การใช้กล่องบัตรนัด การมอบหมาย อสม. ในพื้นที่รับผิดชอบติดตามที่บ้านหรือโทรศัพท์ติดตามเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

นอกจากนี้การนัดผู้ป่วยมารับยาหากคำนึงถึงความสะดวกของผู้ป่วยเป็นหลักจะทำให้เพิ่มอัตราการมารับยาตามนัดของผู้ป่วยด้วย ตัวอย่างเช่น

- ในบางพื้นที่หากมีการนัดผู้ป่วยตามหมู่บ้าน ผู้ป่วยจะมีความสะดวกมากขึ้นในการมาตรวจด้วยกัน พร้อมๆ กัน ผู้ป่วยสามารถมารอคนเดียวกัน ไปและกลับด้วยกัน และไม่ลืมนัดด้วย
- ในบางพื้นที่ที่มีการนัดผู้ป่วยมาตรวจน้ำตาลในเลือดไว้ในตอนเช้า แล้วผู้ป่วยสามารถมารับยาหรือพบแพทย์ในตอนเย็นได้ เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องหยุดงานในวันนั้น
- ในบางพื้นที่มีระบบการส่งต่อยาสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในกรณีที่ไม่สามารถเดินทางไปรับยาต่อเนื่องได้ที่โรงพยาบาล แต่ให้ผู้ป่วยหรือญาติไปรับที่ รพ.สต. หรือเจ้าหน้าที่รพ.สต. นำยาไปให้เมื่อต้องเยี่ยมบ้านโดยไม่ให้ผู้ป่วยปัญหาขาดยา

6.2 การติดตามผู้ป่วยขาดนัด

ผู้ป่วยขาดนัดเป็นสัญญาณแรกๆ ของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ ทำให้ผลการรักษาไม่ดี ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การไม่ตระหนักในอันตรายของตัวโรค ขาดความรู้ มีปัญหาด้านครอบครัว จิตสังคม เศรษฐกิจ เป็นต้น ดังนั้น การติดตามผู้ป่วยขาดนัดจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยหันกลับมาให้ความร่วมมือในการรักษา และเป็นโอกาสที่จะได้ประเมินปัญหาที่แท้จริง และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย

การติดตามผู้ป่วยขาดนัดอาจจะใช้ระบบการติดตามด้วยโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน หรือ การติดตามโดยอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน แกนนำผู้ป่วย รวมทั้ง ผู้นำชุมชนทั้งทางการและไม่ทางการ

6.3 การเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การเยี่ยมบ้าน เป็นการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ เพราะทำให้ผู้ให้บริการเห็นสภาพที่แท้จริง วิถีชีวิต และปัญหาซึ่งเป็นบริบทของผู้ป่วย และยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีอีกด้วย

6.3.1 จุดประสงค์ในการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านได้แก่

- **ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและให้การดูแลเป็นองค์รวม** เป็นการประเมินในเชิงลึก สามารถได้ข้อเท็จจริงที่ชัดเจนมากกว่าการพูดคุยที่ รพ.สต. นอกจากจะได้ข้อมูลจากการพูดคุยสอบถามทั้งตัวผู้ป่วย ญาติ และเพื่อนบ้านใกล้ชิดแล้ว ยังสามารถสังเกตความเป็นอยู่ ที่แท้จริงของผู้ป่วย และผู้ให้บริการสามารถสอดแทรกความรู้ เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
- **ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการทางการแพทย์** เช่น ทำแผล กายภาพบำบัด หรือนำยาไปให้ ในผู้ป่วยที่มีความจำเป็น ต้องได้รับบริการที่บ้าน เช่น ผู้ป่วยสูงอายุมากๆ ผู้ป่วยพิการ ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือด



กรณีการเรียนรู้ผู้ป่วย

ผ่านงานเยี่ยมบ้าน

เครือข่ายโรงพยาบาลโลธร

“การเยี่ยมบ้านช่วยให้เห็นชีวิต เมื่อเห็น
ชีวิตทำให้เข้าใจว่า

แต่ละคนมีทุกข์กำกับอยู่เป็นเบื้องหลัง แต่ที่
ได้มากกว่านั้นคือ

เรารู้จักฟังเขามากขึ้น เมื่อฟังมากขึ้นเขาก็ยินดียะเล่าเรื่องจริง
มากขึ้น มันทำให้เราอ่อนโยนมากขึ้นและไม่ทำตน

ให้เป็นผู้เพิ่มทุกข์กับผู้ป่วยมากขึ้นอีก

อย่างน้อย คือไม่กล่าวโทษเขา

มีการให้สุ่ศึกษาที่มีลักษณะการพูดคุยที่สอดคล้องกับ

ปัญหาของเขา ไม่ใช่การสั่งหรือห้ามปฏิบัติ

และมีโอกาสช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่ใช่เพียงแต่เฉพาะเรื่องโรค
และอาการป่วยเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงมิติปัญหาอื่นๆ ในชีวิตด้วย....

การเยี่ยมบ้านใกล้ชิด ต่อเนื่อง

ยังช่วยทำให้เรามีข้อมูลที่ครอบคลุม เป็นจริงและทันสมัย

รู้สภาพกลุ่มเป้าหมายที่ดูแล ค้นหาความต้องการ

และจุดอ่อนของบริการที่เรามี และจัดกระบวนการ

หรือโอกาสให้ผู้ป่วยสะท้อนบริการได้

นอกจากนี้ยังเป็นโอกาสค้นหา

และเสริมศักยภาพผู้ช่วย โดยเฉพาะ อสม.

และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้สื่อสารแทนเจ้าหน้าที่

โดยให้ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันเอง

ภายใต้การสนับสนุน ให้ข้อมูล เสนอทางเลือกและวิธีการต่างๆ

ที่เอื้อให้เกิดผลต่อการดูแลสุขภาพต่อไป”



สมอง(อัมพาต) ผู้ด้อยโอกาส ผู้มีปัญหาทางเศรษฐกิจ
สังคมและครอบครัว เป็นต้น

- ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามให้การรักษาต่อเนื่อง ใน
กรณีผู้ป่วยขาดนัด เป็นการให้บริการเชิงรุก เพื่อกระตุ้น
ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการดูแลรักษาตนเองและสนใจกลับ
มารักษาอย่างต่อเนื่อง

6.3.2 แนวทางการประเมินผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิต

สูงขณะเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงควร
ประเมินผู้ป่วยเชิงลึกเพื่อเป็นประโยชน์การปรับเปลี่ยนการดูแล
รักษาให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยมีเครื่องมือ
ช่วยจดจำเพื่อที่จะประเมินปัญหาผู้ป่วยได้ครบถ้วนรอบด้าน โดยใช้
ตัวย่อว่า INHOMESSS ดังนี้

I=Immobility ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้
มาก-น้อยเพียงใด

1. กิจกรรมประจำวันพื้นฐาน เช่น ลุกจากที่นอน อาบน้ำ เข้า
ห้องน้ำ แต่งตัวเองได้ กินได้ ขับถ่ายสะดวก กลืนได้หรือไม่

2. กิจกรรมอื่นๆ ที่ใช้แรงมากขึ้น เช่น ทำงานบ้าน จ่ายตลาด
ทำอาหาร

N=Nutrition ประเมินว่า ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการอย่างไร
อาหารโปรด วิธีการเตรียมอาหาร ปริมาณอาหารที่กิน วิธีการกิน
อาหาร นิสัยการกิน



บทบาทแพทย์ร่วมกับทีม รพ.สต. ในการเยี่ยมบ้าน และให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวม

H=Housing ประเมินสภาพบ้านมีลักษณะอย่างไร

1. ภายในบ้าน เช่น แออัด โปรงสบาย สะอาด
2. รอบบ้าน เช่น มีบริเวณหรือไม่ รอบบ้านเป็นอย่างไร รั้วรอบขอบชิด หรือทะลุถึงกันกับเพื่อนบ้าน
3. เพื่อนบ้านเป็นใคร ลักษณะอย่างไร ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างไร

O=Other people ประเมินว่าภาระบทบาทหน้าที่ ของสมาชิกในบ้านเป็นอย่างไร มีผลต่อผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร สมาชิกในบ้านป่วยเป็นอะไรหรือมีความเสี่ยงด้านสุขภาพอะไร

M=Medication ประเมินว่าผู้ป่วยกินยาอะไรบ้าง กินอย่างไร ถูกต้องหรือไม่ มีวิธีจัดยาแต่ละมื้ออย่างไร มียาอื่นอะไร

อีกบ้าง ที่นอกเหนือจากแพทย์ประจำตัวสั่ง เช่น ยาสมุนไพร อาหารเสริม ยาหม้อ ยาพระ เป็นต้น

E=Examination ประเมินสภาพผู้ป่วยด้วยการตรวจร่างกายที่จำเป็น เช่น วัดความดันโลหิต การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ดูภาวะเลือดจาง เหลือง การรับรู้ ฟังปอด หัวใจ ตรวจการเคลื่อนไหวของร่างกาย และ ข้อ การตรวจดูแผลกดทับ เป็นต้น

S=Safety ประเมินสภาพความปลอดภัยในบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติปรับสภาพภายในบ้านที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้

S =Spiritual health ประเมินความเชื่อ ค่านิยม ประเพณี การนับถือศาสนา พิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินความคิด ภาวะจิตใจ และอารมณ์ รวมทั้งวิธีจัดการความเครียด

S=Services ประเมินอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล มีสิทธิการรักษาใด หรือมีบริการอื่นใด รวมทั้งบริการที่อยู่นอกเหนือเรื่องสุขภาพในละแวกบ้านที่ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้บริการได้อีกบ้าง

6.3.3 การสรุปผลและวางแผนการดูแลหลังเยี่ยมบ้าน

ก่อนสิ้นสุดการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งทีมเยี่ยมบ้านและครอบครัว ควรมีการพูดคุย แลกเปลี่ยน รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เพื่อสรุปว่ามีความจำเป็นต้องเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยรายนี้ต่อไปอีกหรือไม่ อย่างไร และควรแจ้งแผนการรักษาและการดูแลต่อเนื่อง (เช่น จะรักษาผู้ป่วยอย่างไร บทบาทของสมาชิกครอบครัว

ในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไร จะมีการมาติดตามดูแลต่อเนื่องอีกเมื่อใด) กับผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้านทุกครั้ง

หลังจากเยี่ยมบ้านควรมีการบันทึกข้อมูลที่สำคัญในแฟ้มครอบครัวทุกครั้ง เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทั้งในสถานบริการ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

7. การเชื่อมต่อบริการระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต.

7.1 การเชื่อมต่อบริการ สามารถทำได้ด้วย

1. การพัฒนาให้มีแนวทางและมาตรฐานการรักษาเดียวกัน
2. การจัดระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลด้านการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านความรู้และทักษะการให้บริการ การสนับสนุนระบบยาและ เวชภัณฑ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนการรับส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดร่วมกัน ตลอดจนการมีช่องทางให้คำปรึกษาจากแพทย์หรือพยาบาลที่ได้รับมอบหมายในโรงพยาบาลได้สะดวก
3. การเอื้อให้เกิดกิจกรรมที่ดำเนินงานร่วมกัน เช่น การจัดกิจกรรมร่วม หรือ ช่วยให้มีบุคลากรจากโรงพยาบาลทำงานร่วมกับ รพ.สต. แบบเพื่อนช่วยเพื่อนในการจัดบริการใน รพ.สต. การกำหนดปฏิทินตรวจสุขภาพตามห้วงเวลาเดียวกันทั้งเครือข่าย กิจกรรมการจัดกรความเสี่ยง การจัดกิจกรรมเสริมศักยภาพในลักษณะต่างๆ เช่น ชมรมหรือค่าย การมีทีมร่วมกันออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในเขตที่ รพ.สต. รับผิดชอบเมื่อต้องนอนที่โรงพยาบาล

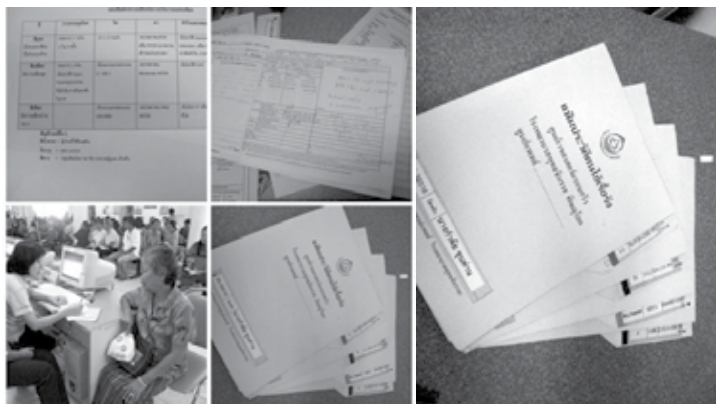
4. การร่วมใช้ข้อมูลบริการและใช้ผลงานตามตัวชี้วัดร่วมกัน เพื่อใช้ติดตาม พัฒนาทีมและระบบงาน ตลอดจนใช้เพื่อเทียบเคียง(benchmark)กับพื้นที่ใกล้เคียงที่มีการดำเนินงาน

7.2 การเชื่อมต่อบริการข้อมูลเพื่อสนับสนุนให้เกิดการส่งต่อ-รับกลับที่มีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เกินความสามารถของ รพ.สต. เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง การรักษาโรคหัวใจขาดเลือด การตรวจตาโดยจักษุแพทย์ การที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น ต้องมีระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยหลังการส่งต่อด้วยการใช้เอกสารนำส่งและรับกลับข้อมูล ระบุวินิจฉัย เหตุผล และผลการรักษา รวมทั้งแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องสำหรับทีมบริการ รพ.สต. นั้นๆ ต่อไป

ข้อมูลสำคัญที่ รพ.สต. ในพื้นที่ควรได้จากโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยในเขต รพ.สต. ที่พักรักษาที่โรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผลที่เท้า ภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เป็นต้น

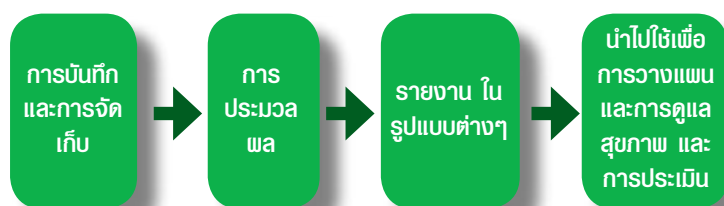
ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน รวดเร็ว และเชื่อมโยงต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาล และ รพ.สต. เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับตัวผู้ป่วยในการดูแลที่ต่อเนื่อง



ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

ระบบข้อมูลข่าวสารซึ่งจัดการโดยระบบคอมพิวเตอร์ และระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเอื้อประโยชน์ในการจัดการระบบส่งต่อได้เป็นอย่างดีหากมีการเชื่อมโยงและสามารถใช้ให้เกิดประโยชน์ร่วมกันได้

การจัดการระบบข้อมูลข่าวสาร มีขั้นตอนสำคัญ 4 ส่วน



การพัฒนาระบบข้อมูล ควรเริ่มต้นที่การวางแผนกระบวนการทำงานว่าต้องการรายงานหรือข้อมูลอะไร เพื่อช่วยการตัดสินใจ แล้วออกแบบการเก็บข้อมูล ประมวลผล และจัดทำรายงานที่เหมาะสมเพื่อให้รายงานที่ต้องการใช้ได้

เนื่องจากระบบข้อมูล รพ.สต. แต่ละแห่งในปัจจุบัน มีการจัดเก็บ ประมวลผล และจัดทำรายงานในหลายรูปแบบ กรอบแผนภาพการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสามารถช่วยให้จัดการข้อมูลและใช้ประโยชน์ได้ชัดเจนขึ้น (แผนภาพและตัวอย่างการบันทึกข้อมูลในแผ่น CD) โดยแต่ละแห่งของ รพ.สต. และโรงพยาบาลในพื้นที่สามารถปรับปรุงต่อยอดการจัดการข้อมูลให้ดีขึ้นได้ด้วยตนเอง

8. การดำเนินการเชิงรุกร่วมกับชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การตรวจสอบว่าสิ่งที่ทำเป็นการทำงานเชิงรุกหรือไม่นั้น พิจารณาจากการเห็นเป้าหมายการทำงานชัดเจน รู้ว่าต้องการให้ชุมชนเป็นอย่างไร ไม่รอให้ปัญหาเกิดแล้วค่อยดำเนินการ หรือมีปัญหากเกิดขึ้นได้ลงไปทำงานแก้ไขที่สาเหตุของปัญหา และทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็น “ปัญหาของชุมชน” การทำงานเชิงรุกในชุมชนคือการที่มุ่งเข้าไปจัดการที่ปัจจัยความเสี่ยงและเสริมปัจจัยที่สร้างสุขภาพในระดับชุมชน ที่จะเป็นแรงหนุนเสริมโอกาสให้กับระดับบุคคลในการปรับเปลี่ยนและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้โดยที่ชุมชนเป็นเจ้าของปัญหาด้วยตนเอง

บันไดสำคัญขั้นแรกที่จะทำให้ชุมชนได้เข้ามาเป็นเจ้าของปัญหาอย่างแท้จริง คือ การทำให้ชุมชนตระหนักว่าโรคเหล่านี้เป็นปัญหา ภูมิธรรมการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในชุมชนมีมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันโดยเฉพาะการ

เข้าคิวรอรับบริการยาวอย่างไม่เคยมีมาก่อน มีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์อยู่ในระดับปัญหาระดับบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน มักมีการตั้งคำถามที่ผ่านไปแล้วว่า “ทำไมคนบ้านเราเป็นเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงกันมากขึ้น”

หากนักจัดการสุขภาพหยิบประเด็นนี้มาพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่อ การคืนข้อมูลทีนอกเหนือจากตัวเลขแล้วเรื่องราวของคนในชุมชนที่ถูกยกมาเล่ากันในวง ก่อให้เกิดพลังที่ทำให้ทุกคนเกิดความรู้สึกร่วมกันเป็นเจ้าของ เมื่อเห็นความเชื่อมโยง การเจ็บป่วยระดับบุคคลส่งผลต่อครอบครัวและชุมชนอย่างไร การที่คนเป็นเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในชุมชนมากขึ้นในขณะนี้เกิดขึ้นเพราะอะไร ทำไมคนยุคก่อนถึงเป็นไม่มาก การตอบที่เห็นจนสุดทางของคำตอบ จะทำให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหาสิ่งแวดล้อมและภัยคุกคามรอบตัวที่มีต่อสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องการสูญเสียโอกาสในชีวิต และโอกาสของชุมชนในการพัฒนาด้านอื่นๆ หากคิดเป็นตัวเงินจะพบว่าหากไม่ทำอะไร อีกระยะตำบลอาจจะต้องสูญเสียเงินเป็นหลักล้านในการดูแลรักษาทำให้เห็นการเสียโอกาสเป็นเรื่องใกล้ตัว ซึ่งเพียงเวทีพูดคุยแม้จะมีการวางเป้าหมายและหาเพื่อนมาช่วยกันในระยะเวลาที่เกี่ยวข้องอาจจะไม่มีแรงกระตุ้นเพื่อมพอ ต้องมีการสร้างกระแสให้เกิดขึ้นกับคนวงกว้าง และแสวงหาทุนของชุมชนที่สามารถนำมาจัดการกับโรคเหล่านี้เพื่อกลับไปยังรากเหง้าของธรรมชาติและวัฒนธรรมสุขภาพที่ดี

8.1 ข้อสังเกตชุมชนที่มีความเสี่ยง

• ด้านแหล่งอาหารในชุมชน

ปัจจุบันจะพบว่าแหล่งอาหารในชุมชนเปลี่ยนไป เนื่องจากการคมนาคมสะดวกขึ้น มีการนำสินค้าและอาหารจากภายนอกชุมชนเข้าไปชุมชนมากขึ้น ทั้งในรูปแบบของ ตลาดนัด อาหารสด อาหารสำเร็จรูป การมีร้านค้าในชุมชน ร้านอาหาร แผงลอยในชุมชนมากขึ้น ทำให้มีการซื้ออาหารสำเร็จกินมากกว่าปรุงเองในครอบครัว แต่ชุมชนใดที่ยังมีแหล่งอาหารตามธรรมชาติอยู่มาก เช่น อาหารป่า พืชผักพื้นบ้าน ผักสวนครัว แสดงถึงคนในชุมชนได้รับประทานอาหารที่ปลอดภัย ปรุงอาหารกินเอง ชุมชนที่มีร้านค้ามาก จะมีเครื่องปรุงรสมาก ร้านค้าที่มีตู้แช่มากแสดงถึงพฤติกรรมค่านิยมในการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เบียร์ เครื่องดื่มกระป๋อง เช่น กาแฟกระป๋อง เป็นต้น

• ด้านวัฒนธรรมการบริโภคของชุมชน

ชนิดและประเภทของอาหาร ที่ชุมชนชอบรับประทาน เช่น อาหารมัน เนื้อแดง อาหารที่ต้องใช้กะทิเป็นองค์ประกอบ

วัฒนธรรมค่านิยมที่เน้นการบริโภค เช่น โต๊ะจีน งานเลี้ยงสังสรรค์ วันเกิด ค่านิยมในการบริโภคอาหารที่มีลักษณะการกินไม่ยั้ง ถ้ามีโอกาสได้กิน แพ้ชั้นการบริโภคสมัยใหม่ เช่น หมูกระทะ อาหารเร่งด่วน (fast food) ค่านิยมที่เชื่อว่า เครื่องดื่มน้ำอัดลมเป็นของดี ใช้รับแขกเป็นการให้เกียรติ หรือใช้ถวายพระ การมองเรื่องการบริโภคแบบเดิมไม่ทันสมัย การใช้วิถีชีวิตแบบเน้นความสะดวกสบาย เป็นชุมชนที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานในอนาคตสูง

• ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม

อาชีพเกษตรกรรมที่มีวิถีการผลิตที่ต้องลงทุนสูง แข่งขันสูง เสี่ยงต่อการขาดทุน ในขณะที่เดียวกันมีโอกาสในด้านกำลังทรัพย์ ทำให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกมากขึ้น คนใช้แรงงานน้อยลง การคมนาคมสะดวก ทำให้สามารถเข้าถึงอาหารจากภายนอก เครื่องปรุงที่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานมากขึ้น เช่น เครื่องปรุงรส เครื่องดื่ม ชูการ์ลิ่ง น้ำอัดลม กาแฟ เหล้า เบียร์ เศรษฐกิจดีมีร้านค้า ร้านอาหารมากขึ้นทำให้คนนิยมซื้อกินมากกว่าทำกิน

• ปัจจัยทางด้านระบบสุขภาพ

ระบบสาธารณสุขไม่เข้มแข็ง ชุมชนไม่มีปัจจัยเอื้อทางด้านสุขภาพ เช่น การส่งเสริมให้ชุมชนมีการรวมกลุ่มเพื่อสุขภาพ การจัดให้มีสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน การมีป้ายประชาสัมพันธ์ หรือสื่อเผยแพร่ด้านสุขภาพในชุมชน การมีแผนโครงการเรื่องการสร้างสุขภาพ

• ปัจจัยทางการเมือง

ในชุมชนมีความแตกแยกของการเมืองท้องถิ่น ชุมชนไม่เข้มแข็ง หรือการเมืองท้องถิ่นยังไม่มีคุณภาพขาดวิสัยทัศน์ในด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต ส่งผลทำให้ไม่เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี

8.2 การพัฒนาภาคีความร่วมมือในชุมชน (เพื่อนร่วมงานคนสำคัญ)

การจัดการโครงการใดๆ ให้ประสบความสำเร็จ ผู้บริหารนั้นต้องรู้ตัวอยู่เสมอว่าลำพังเฉพาะตนคนเดียวไม่สามารถจะทำงาน



ความร่วมมือระหว่าง อบต. ผู้นำชุมชน อสม. และครูประถมศึกษา

นั้นให้สำเร็จลุล่วงไปได้อย่างราบรื่น เพราะคนเราจะมีความรู้ความชำนาญเพียงบางด้านเท่านั้น อีกหลาย ๆ ด้านต้องอาศัยความรู้จากประสบการณ์ ความชำนาญจากคนอื่น ๆ เปรียบเหมือนภาพจิ๊กซอว์ ที่ตัวต่อแต่ละชิ้นต่างมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน งานนั้นจึงจะไปสู่จุดมุ่งหมายที่ต้องการได้

ระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังก็เหมือนภาพจิ๊กซอว์ ที่เป็นวิสัยทัศน์หรือจินตนาการของคนที่อยู่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทุกคนอยากเห็น ถ้าแบ่งภาพนี้เป็นส่วนๆ จะเห็นว่าประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญดังนี้ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงพยาบาลแม่ข่าย ประชาชนในชุมชน

ภาพจิ๊กซอว์ในส่วนของโรงพยาบาลแม่ข่าย ประกอบด้วยตัวต่อสำคัญ เช่น แพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วย (อายุรกรรม, ศัลยกรรม, สูติกรรม, จักษุแพทย์, ฯลฯ) ทีมพยาบาล เกสเซอร์ กายภาพบำบัด และทีมจากหน่วยต่างๆ ในโรงพยาบาลแม่ข่าย และทีมงาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลชุมชน คนจัดการระบบ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ต้องสามารถฝึกกำลังของตัวต่อสำคัญเหล่านี้ ให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างเข้าขาและสอดคล้องกัน

ภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวต่อตัวนี้เปรียบเสมือนสะพานเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับชุมชน พร้อมทั้งบริการดูแลรักษาสู่ชุมชน ความสำคัญอีกประการหนึ่งของตัวต่อตัวนี้คือ ความเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่ใกล้ชิดประชาชน ที่สุดย่อมมีศักยภาพที่จะโน้มน้าวเหนี่ยวนำให้กลุ่มคนในชุมชน ตระหนักว่าการดูแลสุขภาพให้ได้ดีต้องร่วมมือกันไม่สามารถจะใช้วิธีฝากผีฝากไข้ได้เหมือนเมื่อก่อน ประเด็นสำคัญก็คือ การสร้าง พฤติกรรมชีวิตใหม่หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ส่งเสริม สนับสนุน

ภาพกิจกรรมส่วนที่สำคัญที่สุดที่เรียกว่า “เพื่อนร่วมงานคน สำคัญ” ตัวต่อกลุ่มนี้มีส่วนกำหนดความสำเร็จหรือล้มเหลวของ ระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นอย่างมาก **“เพื่อนร่วมงานคนสำคัญ”** กลุ่มนี้คือประชาชนในชุมชนที่ร่วมดูแลสุขภาพประกอบด้วย บุคคล หลากหลายที่มีบทบาทหรือสถานะในชุมชนแตกต่างกัน แต่ในบทบาท ที่ไม่เหมือนกันนั้นต่างก็เป็นกำลังสำคัญที่จะเกื้อหนุนให้ระบบการ ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสามารถขับเคลื่อนไปได้ อย่างราบรื่น เช่น

- พระภิกษุหลายรูปอันเป็นที่เคารพนับถือของคนในชุมชน ท่านสามารถใช้บทบาทความเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ เทศนาสั่งสอนโน้มน้าวคนในชุมชนหันหน้ามาสู่พฤติกรรม



ความร่วมมือกันในชุมชน

ชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการหลีกเลี่ยง อบายมุขและสิ่งเสพติด

- ผู้นำท้องถิ่น เช่น นายก อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็น ส่วนสำคัญมิใช่น้อย บางท่านเป็นบุคคลที่ชาวบ้านเคารพ นับถืออยู่แล้ว บางท่านก็มีความมุ่งมั่นสร้างผลงานเพื่อ ประชาชนในฐานะที่ขึ้นอาสาเข้ามาทำงาน ตัวต่อกลุ่มนี้ มีศักยภาพในบทบาทผู้นำตามตำแหน่งถ้าเห็นด้วยกับ ระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนก็จะกลายเป็นแรง สนับสนุนที่สำคัญ โดยเฉพาะแผนงานและงบประมาณที่ ได้รับจากท้องถิ่นที่จะทำประโยชน์ได้มาก
- ตัวต่อที่สำคัญอีกกลุ่มหนึ่งคือ ครู ในหลายชุมชน ครูมี บทบาทสำคัญในการนำทิศทางของคนในชุมชนเพราะ ตามสถานะที่ครูมีหน้าที่อบรมสั่งสอนบุตรหลานของ

คนในชุมชน ความนับหน้าถือตาจะเกิดขึ้นตามธรรมชาติ
บวกกับแรงสำคัญอีกแรงหนึ่งคือเด็กนักเรียน ถ้ามีการ
ถ่ายทอดเรื่องราวความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อ
การป้องกันโรคทางด้านพฤติกรรมแก่เด็กนักเรียนจะได้
ประโยชน์ 2 อย่าง ดังนี้

1. เด็กจะเกิดการเรียนรู้ตั้งแต่เล็ก ๆ เพื่อกล่อมเกลาให้
เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกับตัวเอง
 2. เด็กจะส่งผ่านสิ่งที่ได้เรียนรู้ ไปสู่พ่อ แม่ ญาติผู้ใหญ่
ด้วยความรักที่มีในครอบครัวอาจทำให้เกิดการ
เปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างเป็นรูปธรรม
- กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน(อสม.) กลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่
ทุ่มเทแรงกายแรงใจให้อย่างมาก ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
สามารถเข้าถึง เข้าใจ ตีตราความรู้เรื่องสุขภาพให้แก่
อสม. และเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันกับตัวต่อกลุ่มนี้ได้ เรา
จะมีแนวร่วมที่มีศักยภาพสูงแทรกซึมเข้าถึงทุกบ้าน ทุกคุ้ม
ทุกหมู่ในชุมชน เกิดเป็นขุมกำลังอันสำคัญที่จะเข้าถึง
ทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยได้แบบตัวต่อตัว



การคัดกรองผ่านกิจกรรม

ถ้าในชุมชนใดมีกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอยู่แล้ว เป็นหน้าที่ของผู้ดูแล
ผู้ป่วยที่ต้องพยายามค้นหาผู้ป่วยที่เป็นบุคคลต้นแบบหรือ role model
(ที่สามารถเป็นแบบอย่างในการสร้างพฤติกรรมชีวิตใหม่อยู่กับโรค
เรื้อรังได้อย่างปกติสุข) และพร้อมสนับสนุนคนต้นแบบเหล่านี้ให้
ดึงดูดโน้มน้าวผู้ป่วยคนอื่น ๆ ให้ปฏิบัติตามได้อย่างเป็นรูปธรรม
บุคคลต้นแบบเป็นตัวต่อตัวที่สำคัญในชุมชน เพราะสามารถถ่ายทอด
แนวทางปฏิบัติตัว ในฐานะที่เป็นผู้ป่วยเหมือนกัน อยู่ในสิ่งแวดล้อม
สังคมเดียวกัน และสามารถจะถ่ายทอดได้ทั้งความรู้และความรู้สึก
ได้อย่างน่าประทับใจและลึกซึ้ง

กรณีตัวอย่างบทบาทแกนนำ (อสม.)

ในการทำงานร่วมกับรพ.สต.ปากโทก จังหวัดพิษณุโลก

คุณยงยุทธ พ่วงพัด อายุ 43 ปี แกนนำคนสำคัญในการร่วมดำเนินงานคัดกรองโรคเรื้อรัง

• จุดเริ่มในการเข้ามาทำงาน

“4 ปี เริ่มจาก เข้ามาร่วมเป็นจิตอาสา ไปเยี่ยมบ้านคนป่วยในหมู่บ้านของตนเอง ไปบ่อยๆ เข้า จนเกิดความรู้สึกผูกพันกับกลุ่มที่เข้าไปร่วมดูแล “เหมือนเป็นพ่อเป็นแม่ของเรา” หลังจากนั้นก็เข้ามาสมัครเป็นอสม. ทำให้เราเห็นจุดหมายที่เป็นแรงบันดาลใจที่ทำให้เราอยากทำงาน เหนื่อยหรือท้อ ก็เป็นไม่นาน เพราะการไม่ป่วยเป็นเรื่องที่มีค่ามาก และเห็นว่าหมออนามัย ทำคนเดียวคงไม่สำเร็จ เราต้องช่วยกัน”

• เป็น อสม. แล้วทำอะไรบ้าง ทำแล้วเป็นอย่างไร

“ตนเอง รู้ว่า อสม. อบรมปีละ 1 ครั้ง รู้ว่าที่หลายหมู่บ้านทำได้ไม่ดีเพราะไม่ค่อยได้ทำ พอจะทำแล้วลืม ทำไม่คล่อง ลืมไม่มั่นใจ ทำให้ไม่กล้าไปช่วยเจาะคัดกรอง ไปบ้านไหนใครก็ไม่ยอมให้เจาะ บวกกับเราทำไม่คล่อง ก็เลยไปกันใหญ่ จุดนั้นคนไปช่วยคัดกรอง เจาะเลือด ต้องไปฝึกจับปากกาเจาะเลือดให้คล่องแคล่ว ใช้เครื่องตรวจน้ำตาลให้ชำนาญ แก้ปัญหาได้เมื่อเครื่องมีปัญหา เวลาผมไปเจาะเลือด อากาศร้อน เครื่องไม่ทำงาน ก็รีบเอาไปแช่ตู้เย็นไม่ทำตัวจะงะ แค่นี้เค้าก็ยอมรับ”



สมาชิกชุมชน/แกนนำชุมชน
วัดรอบแหวและสอนกันเองเพื่อตรวจ
และดูแลเท้าของตนเอง



“...เทคนิคแรกคือใช้หมอนาทาก่อน โดยนำเข้าบ้านคนที่เข้ายากๆ แล้วอสม. ก็ช่วยเจาะเลือด วัดความดัน ทำแบบนี้หลายๆ ครั้ง ปีต่อไปก็ทำง่ายขึ้น หรือถ้ายากหรือปานกลางก็ให้คนในหมู่บ้านๆ นำทาง พอคุ้นเคยปีต่อไปก็เดินเอง หรือใช้วิทยุหอบกระเจาเสียงของหมู่บ้านกระจายข่าว และบอกผู้ใหญ่บ้านให้ทราบ ทุกครั้ง ที่สำคัญ พูดบ่อยๆ ทำบ่อยๆ”

• เป็น อสม. แล้วได้ผลเป็นอย่างไร

“ผลที่ได้สำคัญอันดับแรกคือผลกับความรู้สึกจิตใจ ว่าคุ้มมาก ภูมิใจ มีคนเรียกผมว่า “หมอยุทธ” ผมภูมิใจมาก ผมช่วยคนในหมู่บ้านของผม ไม่เจ็บไม่ป่วย ช่วยหมอก่อนหน้าให้ ทำงานได้ดี ทำให้ตรวจเลือดได้ครบทุกคน”

กรณีศึกษา รพ.สต.ทุ่งดินลุ่ม อำเภอทุ่งหว่า จังหวัดสตูล

ที่ดำเนินงานโดยสะท้อนถึงการใช้ต้นทุนทางสังคมที่มีให้เกิดแนวร่วมตัวต่อทั้งหลายในการดูแลและป้องกันเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยรูปธรรมตัวอย่างการพัฒนาประกอบด้วย

- นำผู้ที่มีประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัครมาลาเรียเดิมที่สามารถเจาะเลือดหาเชื้อมาลาเรียและประชาชนมีความเชื่อถืออยู่แล้ว มาเป็นกลุ่มที่ดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวานด้วยเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดโดยใช้การฝึกฝนเพียงเล็กน้อย
- ให้ประธานองค์การบริหารส่วนตำบลป่าแกบ่อหินเป็นประธานเครือข่ายการป้องกันโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสามารถ สามารถดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
- ขอความร่วมมือจากครูที่เป็นโรคเบาหวานเข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรมเนื่องจากครูมีความสามารถในการให้ความรู้ถ่ายทอดให้แก่ประชาชนและกลุ่มนักเรียนได้ดี
- จัดตั้งเครือข่ายพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขและนักเรียนผู้ดูแล ช่วยในการคัดกรอง รวมถึงการให้ความรู้และดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องและใกล้ชิดมากขึ้น สอดคล้องกับการขาดแคลนบุคลากรในพื้นที่
- ได้วิทยากรของโรงพยาบาลทุ่งหว่า มาให้ความรู้ในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครต่าง ๆ
- มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนในการจัดงบประมาณสนับสนุน ทั้งด้านอุปกรณ์การแพทย์ การพัฒนาบุคลากร และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ ในชุมชน



การทำงานเพื่อจัดระบบการดูแลโรคเรื้อรัง
อย่างบูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน
มีได้หลากหลายพื้นที่
ดังกรณีศึกษาของหมู่บ้านจัดการเบาหวาน
รพ.สต. เขาวง อำเภอเขาวง กาฬสินธุ์
รพ.สต. โคกสูง อำเภอเมือง มุกดาหาร
รพ.สต. ค่ายบกหวาน อำเภอเมือง หนองคาย
ที่สรุปบทเรียนในเชิงบทบาทองค์กร ภาคี
กลุ่มคนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาได้
ทั้งจากกลุ่มเริ่มคิด กลุ่มร่วมคิด
กลุ่มผู้ร่วมกระบวนการ
กลุ่มที่ได้รับผลจากการดำเนินการ
และกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุน
(การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน, 2550)

คำถามพบบ่อยจากพื้นที่เสนอรูปแบบวิธีการ สำหรับการทำงานเสริมศักยภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงสำหรับกลุ่มประชากร

**Q: ทำอย่างไรให้รู้จักสถานการณ์จริง สภาพเสี่ยงในพื้นที่
ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยบวก เช่น วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น**

A: พูดคุยกับชุมชนเกี่ยวกับวัฒนธรรม ประเพณี ภูมิปัญญา
วิถีชีวิต การทำมาหากิน หรือ ใช้เครื่องมือคัดกรองพฤติกรรม
ออกแบบวิธีการคัดกรอง เครื่องมือช่วยคัดกรองความเสี่ยง

Q: จะเริ่มต้นแก้ปัญหาควรขยับจากเรื่องอะไรดี

A: หาเรื่องที่ทำสำเร็จง่าย ๆ เลือกประเด็นปัญหาสำคัญที่มี
การรับรู้และเป็นปัญหาร่วม หาแกนนำที่มีศักยภาพหรือคนที่สนใจ
จะเริ่มต้นพัฒนาก่อน และหาชุมชนที่มีความสนใจ

Q: กระบวนการสร้างความเป็นเจ้าของร่วมจะอย่างไร

A: ชุมชน ร่วมกันค้นหาข้อมูล ร่วมเก็บรวบรวมข้อมูล ส่งคืน
ข้อมูลที่ค้นพบและชี้ประเด็นให้เห็นปัญหา แลกเปลี่ยนข้อมูลเป็น
ระยะทั้งเพื่อการรู้สถานการณ์ พยากรณ์สถานะทางสุขภาพใน
ชุมชน ให้ทุกคนร่วมมีบทบาทในการเฝ้าระวัง จนกระทั่งร่วมกัน
ออกแบบวิธีปฏิบัติ วิธีติดตามความก้าวหน้าและร่วมพัฒนาปรับ
เปลี่ยนวิธีการ

Q: รูปแบบที่มีอยู่สามารถทำอะไรได้บ้าง

A: การส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครในชุมชน พัฒนา อสม.
เครือข่าย(เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือ อสม.เร็ววัง) พัฒนา
ชมรมผู้ป่วยเบาหวาน สร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่นในหลายรูปแบบ การค้นหาคนต้นแบบเพื่อริเริ่มและขยาย
การเผยแพร่ กิจกรรมค่าย ชมรม เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของกลุ่ม
ป่วย กลุ่มเสี่ยง กิจกรรมรณรงค์ด้านกีฬา รวมทั้ง เสริมกิจกรรมใน
ชุมชนกับแต่ละกลุ่ม เช่น การทำครัวลดหวานกับกลุ่มแม่บ้าน
มหกรรมกีฬาประจำปีสำหรับเยาวชน กิจกรรมลดโรค ลดเสี่ยงกับ
กลุ่มอาชีพ การทำงานกับกลุ่มผู้ผลิต ผู้ค้า ผู้ปรุงอาหารในชุมชน
รวมทั้งเสริมแนวคิดไปกับกิจกรรมร่วมในงานสำคัญในชุมชน เช่น
งานศพ งานบุญต่าง ๆ ตลอดจนการจัดตั้งกลุ่มผู้ริโภคสร้างการ
เรียนรู้ในชุมชน เครือข่ายชุมชนสร้างสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ
เป็นต้น ทั้งนี้ การทำงานร่วมกับศาสนาสถาน (วัด มัสยิด สถาน
สักการะต่าง ๆ เพื่อให้เป็นจุดศูนย์กลางการพัฒนา การจัดกิจกรรม
ส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนากลุ่มเพื่อนช่วยกันเอง รวมทั้งเป็นจุดร่วม
ของการทำประชาคมต่าง ๆ โดยการสนับสนุนของคณะกรรมการ
ประสานงานการพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เจ้าหน้าที่
รพ.สต.และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็เป็นรูปแบบที่ทำได้ใน
หลายพื้นที่

Q: ทำไม รพ.สต. ต้องทำงานร่วมกันกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

A: การทำงานร่วมกับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีต่าง ๆ ในชุมชนเป็นการเสริมพลัง หนุนแรงสนับสนุนให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองและเกิดการรวมกลุ่มทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ อย่างยั่งยืน โดยมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินการผ่านกลุ่มและกลไกการสนับสนุนต่าง ๆ ได้ทั้งจากหน่วยงานรัฐ เอกชน ชุมชนและท้องถิ่น ได้หลายประเด็นอยู่ที่จะให้ความสำคัญเรื่องใดก่อนหลัง เช่น

- ส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งในชุมชน
- ชี้นำและสนับสนุนชุมชนในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างสุขภาพ
- ให้ความร่วมมือกับชุมชนส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน
- ร่วมมือกับชุมชนส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล
- ส่งเสริมชุมชนให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนเอื้อต่อการมีสุขภาพดี
- ส่งเสริมให้มีบริการช่วยเหลือทางสังคม
- มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนแนวคิด แลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่างบุคลากรสุขภาพและชุมชน

Q: ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถร่วมทำอะไรได้บ้าง

A: นอกเหนือจากรูปแบบการร่วมสนับสนุนการทำงานในลักษณะอสม.และสนับสนุนงบประมาณโครงการต่าง ๆ ยังสามารถร่วมเป็นผู้ดำเนินการในลักษณะการออกหน่วยตรวจคัดกรองเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูงในชุมชนในเขตรับผิดชอบ เป็นผู้นำดำเนินการชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหมู่บ้าน รวมทั้งชมรมสร้างสุขภาพต่าง ๆ ตลอดจนเมื่อมีความพร้อมและศักยภาพสามารถร่วมเยี่ยมบ้าน ติดตามให้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่ซับซ้อน หรือ เฝ้าระวังสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนได้

สุดท้ายสำหรับการทำงานเชิงรุกคนเป็นสิ่งสำคัญที่สุด การทำงานเชิงรุกจะยากหรือง่ายไม่ได้อยู่ที่งานหรือการปฏิบัติแต่อยู่ที่ใจและวิธีคิด คนที่พูดและนึกถึงปัญหาในการทำงานอยู่เสมอไม่มีทางที่จะทำงานเชิงรุกได้เลย ส่วนคนที่นึกถึงความสำเร็จก็มักจะไม่นึกถึงปัญหาใดๆ ที่เกิดขึ้นเพราะปัญหามีไว้เพื่อแก้ไขนำไปสู่ความสำเร็จ +



ส่วนที่ 4

การจัดการ
และใช้ประโยชน์ข้อมูล
เพื่อประเมินผลกิจกรรม
และผลลัพธ์บริการ





"กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับวิถีชีวิต

(Intensive lifestyle interventions)

ยังมีบุคลากรรับรู้และดำเนินการน้อย

ทั้งๆ ที่สามารถจะช่วยลดความเสี่ยง

ต่อโรคเบาหวานได้ 61-71%

ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ 30-38%

และลดโอกาสการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน

ของโรคได้ร้อยละ 11.2-13.5

ซึ่งหมายถึงการสามารถป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน

ได้ร้อยละ 11 และยืดระยะเวลาการเป็นโรค

ออกไปได้ร้อยละ 61"

คำกล่าวจากการประชุมวิชาการ "การจัดการเบาหวานบูรณาการปี 2552"

พญ.สุพิศรา ศรีวัณนชกร

4.1 การจัดเก็บ วิเคราะห์และใช้ประโยชน์ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ทั้งทางด้านคลินิกและคุณภาพชีวิต

ประเภทชุดข้อมูล	วิธีการจัดเก็บ/แหล่งข้อมูล	การใช้ประโยชน์ข้อมูล
1. ข้อมูลพื้นฐาน : เพศ, อายุ, เวลาที่เริ่มเป็นเบาหวาน, ระยะเวลาที่เป็นโรคหลังวินิจฉัย, ประเภท ผู้ป่วยเก่า/ใหม่ในปี	- การสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลในแฟ้มครอบครัว - บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลหรือในโปรแกรมคอมพิวเตอร์	- ทราบลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยในความรับผิดชอบ เช่น จำแนกตามกลุ่มอายุ จำแนกตามระยะเวลาที่เป็น ตามพื้นที่หมู่บ้านที่อยู่อาศัย - คำนวณอัตราการเกิดโรคใหม่ในแต่ละปี ความชุกของโรค
2. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ : ความสม่ำเสมอในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การมีภาวะความเครียดหรือซึมเศร้า การสูบบุหรี่	ตั้งเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สัมภาษณ์และเก็บข้อมูลในรูปแบบแบบประเมินรายบุคคล เป็นรายเดือนหรือรายปี	- วิเคราะห์ภาพรวมของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง เพื่อใช้วางแผนงานโครงการ - วัดประสิทธิภาพของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและปรับพฤติกรรมสุขภาพ

ประเภทชุดข้อมูล	วิธีการจัดเก็บ/ แหล่งข้อมูล	การใช้ประโยชน์ข้อมูล
3. ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการคลินิก : ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย, HbA1C, ระดับไขมันในเลือด, ระดับความดันโลหิต, ผลการตรวจตา, การตรวจปัสสาวะ, การตรวจเท้า	บันทึกผลการตรวจในแฟ้มผู้ป่วยหรือ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ อย่างสม่ำเสมอ	- ทราบประสิทธิภาพในการให้การรักษาผู้ป่วยทั้งด้านการรักษา การลดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน - ใช้เป็นผลลัพธ์ระยะสั้นในการติดตามผลกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
4. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน : การวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนโดยแพทย์ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคอัมพาต โรคจอประสาทตาเสื่อม การมีแผลเรื้อรังที่เท้า การตัดเท้า	การบันทึกการวินิจฉัยในแฟ้มครอบครัว หรือ บัตรตรวจโรค รายนามบุคคล หรือ ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์	- ทราบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง - ใช้เป็นผลลัพธ์ระยะยาวของการติดตามประเมินผลกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ประเภทชุดข้อมูล	วิธีการจัดเก็บ/ แหล่งข้อมูล	การใช้ประโยชน์ข้อมูล
5. ข้อมูลการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม : การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา การทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ข้อมูลชมรมส่งเสริมสุขภาพและปริมาณกิจกรรม	บันทึกการทำกิจกรรมลงในแฟ้มครอบครัว บัตรตรวจสุขภาพ หรือ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ทุกครั้งที่ทำกิจกรรมกับผู้ป่วยแต่ละคนแต่ละครั้ง	- ข้อมูลเชิงปริมาณในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง - เป็นผลงานเชิง input หรือ process ในการดำเนินการคลินิกเบาหวาน
6. ข้อมูลกรณีศึกษา รายบุคคล : เรื่องราวการดำเนินโรค วิธีการรักษา การดูแลตนเอง บริบทสภาพแวดล้อม ครอบครัว สังคม วัฒนธรรม ที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งผู้ที่ดูแลตนเองได้ดี และผู้ที่มีปัญหา	จัดทำแบบบันทึกเรื่องราวของผู้ป่วยเป็นรายกรณีศึกษาในรูปแบบที่เหมาะสม เข้าใจง่าย นำไปถ่ายทอดได้	- สามารถนำมาสรุปเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพที่แสดงหลากหลายคุณค่า และความละเอียดอ่อนของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของรพ.สต. - นำไปใช้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยในรายที่ซับซ้อน

ตัวอย่างชุดข้อมูลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงสูง กรณีเครือข่าย SW.ศต. และโรงพยาบาลพุทธชินราช พิจิตรโลก

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงสูง ข้อมูลขั้นต่ำที่ควรมี คือ ชื่อ/นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน (PID No.) หน่วยบริการประจำ (HMAIN) และการวินิจฉัยโรคตามรหัส ICD 10 และ specific type ของภาวะแทรกซ้อน และการส่งกลับหน่วยบริการปฐมภูมิ

ชุดรายการข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวานแต่ละบุคคล

1. ชื่อ นามสกุล
2. PID no.
3. H MAIN
4. การวินิจฉัยตามรหัส ICD 10 และ specific type
5. HbA1c
 - 5.1 เดือน/ปี ที่ตรวจ
 - 5.2 ค่า LAB
6. Lipid profile
 - 6.1 เดือน/ปี ที่ตรวจ
 - 6.2 ค่า LAB (เฉพาะ LDL เท่านั้น)
7. Urine Micro albumin
 - 7.1 เดือน/ปี ที่ตรวจ (ได้รับการตรวจวิธีใดวิธีหนึ่ง)
8. BP
 - 8.1 เดือน/ปี ที่ตรวจ
 - 8.2 ค่า BP ตัวบนและตัวล่าง
9. Eye exam
 - 9.1 เดือน/ปี ที่ตรวจ (ตรวจโดยจักษุแพทย์หรือใช้ Fundus camera)
10. Foot exam

10.1 เดือน/ปี ที่ตรวจ (ตรวจตัวอย่างละเอียดตาม
แนวเวชปฏิบัติ 1 ครั้ง)

11. การส่งต่อ หน่วยบริการประจำ (โรงพยาบาลแม่ข่าย) ส่งผู้ป่วยกลับไปให้ รพ.สต. ในพื้นที่ติดตามดูแล (ไม่รวมการส่งต่อไประดับที่เหนือกว่า)

ชุดรายการข้อมูลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแต่ละบุคคล

1. ชื่อ นามสกุล
2. PID no.
3. H MAIN
4. การวินิจฉัยตามรหัส ICD 10 และ specific type
5. BP
 - 5.1 เดือน/ปี ที่ตรวจ
 - 5.2 ค่า BP ตัวบนและตัวล่าง
6. Lipid profile
 - 6.1 เดือน/ปี ที่ตรวจ
 - 6.2 ค่า LAB (เฉพาะ LDL เท่านั้น)
7. Urine micro albumin
 - 7.1 เดือน/ปี ที่ตรวจ (ตรวจ urine sediment และหรือ dipstick)
8. Eye exam
 - 8.1 เดือน/ปี ที่ตรวจ (ตรวจด้วย ophthalmoscope)
9. การส่งต่อ หน่วยบริการประจำ (โรงพยาบาลแม่ข่าย) ส่งผู้ป่วยกลับไปให้ รพ.สต. ในพื้นที่ติดตามดูแล (ไม่รวมการส่งต่อไประดับที่เหนือกว่า)

4.2 ตัวชี้วัดเพื่อประเมินคุณภาพการให้บริการคลินิก เบาหวาน/ความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ในแต่ละหน่วยบริการสามารถจะกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินมาตรฐานการบริการของตนเอง ตามแต่นโยบาย ยุทธศาสตร์ หรือ ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ตัวชี้วัดในเชิงหลักการมี 3 ประเภทหลัก คือ

1. ตัวชี้วัดเชิงปัจจัยนำเข้า (input indicator) มีจุดประสงค์ เพื่อประเมินความพร้อมในการให้บริการ เช่น

- จำนวนบุคลากรเหมาะสมกับจำนวนประชากร
- มีการจัดสถานที่เหมาะสมสำหรับการให้บริการ
- มีแผนงานโครงการจัดบริการที่ชัดเจน
- มีแนวปฏิบัติการให้คำแนะนำปรึกษา
- มีอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นในการจัดบริการครบถ้วน
- ผู้ให้บริการผ่านการอบรมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรค เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/ทักษะการให้คำปรึกษา/การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ/ การสร้างความตระหนัก ป้องกันเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในประชากรทั่วไป

2. ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ (process indicator) เพื่อใช้ในการควบคุมคุณภาพการให้บริการ และคาดหวังว่า การมีกระบวนการที่ดี จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี เช่น

- การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการตรวจรักษาผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

- ร้อยละการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง
- ร้อยละของผู้ป่วยขาดนัด
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนตาม เกณฑ์(สปสข.ระบุความครอบคลุมในการตรวจ HbA1C, LDL, Micro albumin การตรวจตาและเท้าผู้ป่วย เบาหวาน และความครอบคลุมในการตรวจ lipid, urine protein และระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง)
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการช้ยา

3. ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ (output indicator) เพื่อใช้ในการประเมินผลลัพธ์การให้บริการ ซึ่งมี 2 ประเภท คือ

ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ระยะสั้น (intermediate outcome indicator) ซึ่งสามารถวัดผลโดยใช้ช่วงเวลาที่ไม่นานนัก เช่น ระยะ 1 เดือน 3 เดือน 1 ปี โดยตัวชี้วัด 6 ลำดับแรกนี้เป็นตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ตามเกณฑ์สปสข.

- อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA1C น้อยกว่า 7 %
- อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า LDL น้อยกว่า 100 mg/dl
- อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิต น้อยกว่า 140/90 mm.Hg.
- ลดอัตราการเข้ารักษาของผู้ป่วยที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่ควบคุมไม่ได้

- ลดอัตราการเข้ารักษาภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น (ตามรหัส ICD 10)²
- ลดอัตราการเข้ารักษาภาวะแทรกซ้อนระยะยาว (ตามรหัส ICD 10)
- ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ (ศึกษารายละเอียดแบบสำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการใน CD)
- การประเมินสุขภาพองค์รวมในหลายมิติ โดยเฉพาะมิติคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ 1. สุขภาพร่างกาย 2. จิตใจ 3. ระดับความเป็นอิสระ 4. ความสัมพันธ์ทางสังคม 5. สิ่งแวดล้อม 6. ความเชื่อส่วนบุคคล มิติการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย มิติความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและ มิติการเผชิญกับภาวะที่เกี่ยวข้อง (ศึกษารายละเอียดแบบสำรวจเพื่อประเมินสุขภาพองค์รวมของผู้ป่วยใน CD)

² รหัส ICD-10 สำหรับการจำแนกผู้ป่วยเบาหวาน(จากโรงพยาบาล) ประกอบด้วย 1.โรคหลัก (Principle diagnosis) = E100 - E101 หรือ E110 - E111 หรือ E120 - E121หรือ E130 - E131หรือ E140 - E141 หรือ E160 2. โรคหลัก (Principle diagnosis) = E162 และโรคร่วม Secondary diagnosis 1- 12 = E109 หรือ E119 หรือ E129 หรือ E139 หรือ E149

ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ระยะยาว (long-term outcome indicator) ซึ่งต้องใช้ช่วงเวลาที่ติดตามผู้ป่วยอย่างยาวนานเพื่อให้ผลลัพธ์ที่แสดงถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผลหรือความคุ้มค่าคุ้มทุนของการให้บริการ เช่น 5 ปี 10 ปี ซึ่งผลลัพธ์ระยะยาวเป็นตัวชี้วัดที่มีน้ำหนักที่สุดในการประเมินผลโครงการป้องกันส่งเสริมสุขภาพของโรคเรื้อรังอย่างโรคเบาหวาน

- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงลดลง
- อัตราตายของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงลดลง
- อุบัติการณ์ของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงรายใหม่

ทั้งนี้ การประเมินผลดังกล่าวจำเป็นต้องดำเนินการภายใต้ระบบงานทั้งในเชิงปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยการประเมินทั้งระบบสามารถปรับใช้ได้จากระบบข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนของการทรวงสาธารณสุขตามแนวของ TCEN: Toward Clinical Excellence' Network (ศึกษารายละเอียดใน CD) และเกณฑ์ตัวชี้วัดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ศึกษารายละเอียดในคู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่ม 4: การบริหารงบประมาณควบคุม ป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง ฉบับมีนาคม 2553) ซึ่ง

รพ.สต. สามารถใช้ระบบรายงานทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อประเมินผล
การบริการสำหรับเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ ดังนี้

โรคความดันโลหิตสูง

1. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตอยู่ใน
เกณฑ์ที่ควบคุมได้ (SBP < 140 และ DBP < 90)
2. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจร่างกาย
ประจำปี
3. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจทางห้อง
ปฏิบัติการ ประจำปี
4. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทาง
หลอดเลือดและหัวใจ
5. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทาง
หลอดเลือดสมอง
6. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต
7. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ซึ่งได้รับคำแนะนำ
ปรึกษาให้เลิกสูบบุหรี่

โรคเบาหวาน

1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือด(FPS)อยู่
ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (70-130mg/dl)
2. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการเจาะระดับน้ำตาลเฉลี่ย
สะสม (HbA1C) ประจำปี
3. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม
(HbA1C) น้อยกว่า 7%

4. อัตราการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน
เฉียบพลันจากโรคเบาหวาน
5. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Lipid profile
ประจำปี
6. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ LDL < 100 mg/dl
7. อัตราระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ
ความดันโลหิตต่ำกว่าหรือเท่ากับ 130/80 mmHg
8. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ micro albuminuria
ประจำปี
9. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มี micro albuminuria ที่ได้รับ
การรักษาด้วยยา ACE inhibitor หรือ ARB
10. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตา
ประจำปี
11. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก
ประจำปี
12. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจเท้าอย่างละเอียด
ประจำปี
13. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
14. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตัดนิ้วเท้า,เท้า หรือขา
15. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสอนให้ตรวจและดูแล
เท้าด้วยตนเองหรือสอนผู้ดูแลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี
16. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่ซึ่งได้รับคำแนะนำ
ปรึกษาให้เลิกสูบบุหรี่

17. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่จอประสาทตาเสีย (Diabetic retinopathy)
18. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นไตวาย (Diabetic nephropathy)
19. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง (Impaired fasting glucose :IFG)

4.3 ตัวชี้วัดกระบวนการของกลไกการดำเนินการแต่ละระดับ

ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- มีคณะ(อนุ)กรรมการป้องกันและรักษาโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ซึ่งดูแลภาพรวมการดำเนินการในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับการป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) จนถึงการรักษา
- มีผู้รับผิดชอบดูแลเชิงระบบ หรือผู้รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรคเรื้อรังชัดเจน
- มีแผนยุทธศาสตร์ในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีการบูรณาการงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- มีการจัดทำแนวทางการจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในภาพรวมของจังหวัด โดยอ้างอิงแนวทางเวชปฏิบัติที่จัดทำขึ้นโดยสมาคมวิชาชีพ

- มีระบบและฐานข้อมูลโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงในภาพรวม

ระดับเครือข่ายระบบบริการภายในจังหวัด

- มีการจัดระบบการตรวจตาด้วย Fundus Camera หรือการชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ อย่างเป็นระบบในภาพรวมของจังหวัด
- มีแผนการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงภายในจังหวัด
- มีการจัดการความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในจังหวัด

ระดับหน่วยบริการประจำ

- มีผู้รับผิดชอบจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในภาพรวมที่ชัดเจน
- มีการประเมินตนเองด้วยแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และจัดทำแผนพัฒนา
- มีทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
- มีการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงตามแนวเวชปฏิบัติ
- ส่งต่อผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่องจากที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วย

- มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรภายในและเครือข่ายเพื่อรองรับการจัดการโรคเรื้อรัง
- มีการสนับสนุนชมรมและเชื่อมโยงกับชุมชน

ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

- มีการจัดบริการรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ถูกส่งกลับมามากอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

ระดับกองทุนสุขภาพตำบล/เทศบาล

- มีการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและหรือคัดกรองโรค (ส่งตรวจยืนยันที่หน่วยบริการประจำ) ประชาชนในชุมชนอย่างน้อย 50% ของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป
- มีการสนับสนุนชมรมผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง +

ตัวอย่างกิจกรรม รพ.สต. และแหล่งจัดเก็บข้อมูลเพื่อบริการและเพื่อรายงานตามระบบ

กิจกรรม รพ.สต.	แหล่งจัดเก็บข้อมูล
จัดทำทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการทั้งหมดในเครือข่ายบริการ (โรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต.)	ลงทะเบียนเบาหวานจัดทำเป็นทะเบียนใช้ร่วมกันทุกหน่วยบริการ
กลุ่มเสี่ยง คือ กลุ่มที่คัดกรองแล้วพบว่ามีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานตามเกณฑ์ การจัดกิจกรรมทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล เช่น กิจกรรมค่าย การให้คำแนะนำปรึกษารายบุคคล	บันทึกการจัดกิจกรรม ใน OPD card แฟ้มอนามัยครอบครัวและ/ หรือฐานข้อมูลสามารถประมวลผลได้
จัดกิจกรรมกลุ่มมิตรภาพบำบัด (self help group) ในลักษณะกลุ่ม/ชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน	บันทึกการจัดกิจกรรม ใน OPD card แฟ้มอนามัยครอบครัวและ/ หรือฐานข้อมูลสามารถประมวลผลได้
มีการนัดผู้ป่วยรับบริการการรักษา ลงข้อมูลและสามารถตรวจสอบได้ว่า ในแต่ละวันให้ดูแลรักษาและนัดผู้ป่วยคนใดบ้าง เมื่อผู้ป่วยไม่มาตามนัดมีระบบการติดตาม เช่น การโทรศัพท์ การประสานหน่วย HHC โรงพยาบาล แม่ข่าย การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น เพื่อทราบเหตุผลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง	มีเอกสาร/หลักฐานให้เห็นว่า สร้างระบบและเขียนแนวปฏิบัติการดูแลรักษา การติดตามผู้ป่วยขาดนัด ทำความเข้าใจในทีมและใช้จริงในการให้บริการ รวมทั้งพัฒนาปรับปรุงต่อเนื่อง

กิจกรรม รพ.สต.	แหล่งจัดเก็บข้อมูล
มีการจัดระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูงวางแผนเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบมีการเยี่ยมและได้ข้อมูลนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง	หลักฐานแนวปฏิบัติการจัดการเยี่ยมบ้าน การบันทึกผลการเยี่ยมใน OPD card แฟ้มอนามัยครอบครัว สมุดบันทึก/ รายงานการเยี่ยมบ้าน
จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแลแต่ละรายในเรื่องโภชนาการให้สามารถเลือกอาหารและจัดโภชนาการให้เหมาะสมสำหรับตนเอง	บันทึกการให้คำแนะนำ/ความรู้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายใน OPD card แฟ้มอนามัยครอบครัว และ/ หรือ โปรแกรมเฉพาะ หรือ ฐานข้อมูล
จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายในเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสม ทั้งแบบกลุ่มและแบบเดี่ยว	บันทึกการจัดกิจกรรมให้ความรู้ หรือ การให้คำแนะนำ/ความรู้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายใน OPD card และ/ หรือ โปรแกรมเฉพาะ หรือ ฐานข้อมูล

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1

รายการเอกสารเนื้อหาประกอบ

แนวทางการจัดการเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (CD)

1. สรุปเนื้อหาหลักแนวทางการรักษาเบาหวานใน รพ.สต.
 - 1.1 แผนภูมิแนวทางการรักษาเบาหวาน
 - 1.2 แนวทางการป้องกันและรักษาโรคเบาหวาน
2. สรุปเนื้อหาหลักแนวทางการรักษาความดันโลหิตสูง
 - 2.1 แผนภูมิการรักษาความดันโลหิตสูง
 - 2.2 แนวทางการป้องกันและรักษาโรคความดันโลหิตสูง
3. ยารักษาเบาหวาน
 - 3.1 เกร็ดเกี่ยวกับการใช้ยาเบาหวาน
4. ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน
 - 4.1 ภาวะแทรกซ้อนทางไต
 - 4.2 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบปลายประสาท
 - 4.3 ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ
 - 4.4 ภาวะแทรกซ้อนทางตา
 - 4.5 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง
5. อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
6. การออกกำลังกายกับโรคเรื้อรัง
7. ความเครียดกับโรคเรื้อรัง

8. การแพทย์ทางเลือกกับการดูแลโรคเรื้อรัง
9. ลดอ้วนลดพุง
10. ตัวอย่างแบบบันทึก
 - 10.1. คำชี้แจงการใช้แบบบันทึก (ตัวอย่าง)
11. ตัวอย่างแบบสอบถามเพื่อประเมินผล (Humanistic Tool for DM/ HT patients)
12. แผนภาพการจัดการระบบข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบดูแลโรคเรื้อรัง
13. TCEN (Toward Clinical Excellence' Network)
14. ตัวชี้วัด TCEN สำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ภาคผนวก 2

รวบรวมหนังสือบทความรู้และการดูแลกลุ่มโรคเรื้อรัง
(เบาหวานและความดันโลหิตสูง)

ที่	ชื่อเรื่อง	ผู้เขียน/ บรรณาธิการ	หน่วยงาน
1	เทคนิคการดูแลรักษาโรคเบาหวาน	พงศัอมร บุนนาค	คณะแพทยศาสตร์ รามธิบดี
2	การพยาบาลโรคเบาหวาน	ศุภวรรณ มโนสุนทร	ส่วนพฤติกรรม และสังคม กรมการแพทย์
3	สุขศึกษากับโรคเบาหวาน	ชนวนทอง ธนสุกาญจน์	คณะสาธารณสุข- ศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหิดล
4	การออกกำลังกายกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวานโรคหัวใจขาดเลือด	เรืองศักดิ์ ศิริพล	กองบริการกีฬา เวชศาสตร์ การกีฬา แห่งประเทศไทย
5	คู่มือการดูแลตนเองเบื้องต้นเรื่องเบาหวาน “รู้ทันเบาหวาน”	-	กรมควบคุมโรค

ที่	ชื่อเรื่อง	ผู้เขียน/ บรรณาธิการ	หน่วยงาน
6	คู่มือการดูแลสุขภาพเท้า	ศ.นพ.เทพ หิมะทองคำ	โรงพยาบาล เทพธารินทร์
7	ปัญหาของเท้าที่พบบ่อย	พญ.ศรีอุไร ปรมากุล	คลินิกสุขภาพเท้า โรงพยาบาล เทพธารินทร์
8	ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคเบาหวาน	พญ.อารยา ทองผิว และคณะ	สมาคมผู้ให้ความ โรคเบาหวาน (รายการ 7-16 เป็นชุดความรู้ เบาหวานสำหรับ ประชาชน มี ผู้เขียน และ ทีมบรรณาธิการ ร่วมจากสมาคม ผู้ให้ความรู้ โรคเบาหวาน)
9	การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้เป็นเบาหวาน		
10	ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน		
11	อินซูลิน		
12	เป้าหมายการควบคุมเบาหวาน การติดตามและการประเมินผล		
13	การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลตนเองในภาวะพิเศษ		
14	การดูแลสุขภาพเท้าในผู้เป็นเบาหวาน		

ที่	ชื่อเรื่อง	ผู้เขียน/ บรรณาธิการ	หน่วยงาน
15	เบาหวานในเด็กและวัยรุ่น	พญ.อารยา ทองผิว และคณะ	(รายการ 7-16 เป็นชุดความรู้เบาหวานสำหรับประชาชน มีผู้เขียน และทีมบรรณาธิการร่วมจากสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน)
16	เบาหวานกับการตั้งครรภ์		
17	สภาพสังคมและจิตวิทยาในผู้เป็นเบาหวาน		
18	หวานไม่หวาน	วิชัย เอกพลากร	สถาบันวิจัยระบบบริการสาธารณสุข
19	อาหารกับ : โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด	มันทนา ประทีปะเสนวงเดือน บันดี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
20	ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง	เพ็ญจันทร์ ประดับมุข	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
21	คู่มือหน่วยบริการปฐมภูมิ: การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ	พญ.สุพัตรา ศรีวณิชการ รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ และคณะ	สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

ที่	ชื่อเรื่อง	ผู้เขียน/ บรรณาธิการ	หน่วยงาน
22	การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ	สายลิริ ด่านวัฒน์ และคณะ	สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
23	เคล็ดไม่ลับครอบครัวปลอดเบาหวาน	อัญญา หิมะทองคำ	มูลนิธิเพื่อการพัฒนาการบริบาลผู้ป่วยเบาหวาน
24	พูดจาภาษาเบาหวาน: แนวทางการสื่อสารสำหรับบุคลากรสาธารณสุขกับผู้ที่เป็นเบาหวาน	ปวีร์ณัลดา อยู่สุขสวัสดิ์ และคณะ	ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย
25	มหัศจรรย์แห่ง KM เบาหวาน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	ดร.ยุวณูช ทินนะลักษณ์	เครือข่ายจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
26	เรื่องเล่า เบาหวานเรียนรู้ร่วมกันผ่านการปฏิบัติ	วัลลา ตันตโยทัย	เครือข่ายจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ที่	ชื่อเรื่อง	ผู้เขียน/ บรรณาธิการ	หน่วยงาน
27	คู่มือหน่วยบริการ ปฐมภูมิ: การ จัดการเบาหวาน แบบบูรณาการ	พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร รศ.นพ.สุรเกียรติ อาชานานภาพ, ดร.วัลลา ตันตโยทัย, และคณะ	สำนักงานวิจัยและ พัฒนาระบบ สุขภาพชุมชน
28	คู่มือ Toolkit : การจัดการ เบาหวานแบบ บูรณาการ	พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ	สำนักงานวิจัยและ พัฒนาระบบ สุขภาพชุมชน
29	แนวชีวิตเบาหวาน... เรื่องจริงที่ถูก มองข้าม	นิวัต อุณหพันธุ์ และคณะ	ชมรมพยาบาล ชุมชนแห่ง ประเทศไทย
30	เทคนิคการดูแล รักษาโรคความดัน โลหิตสูง	สุพรชัย กองพัฒนากุล	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
31	เทคนิคการดูแล รักษาโรคหัวใจ ขาดเลือด	สุพรชัย กองพัฒนากุล	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
32	โรคความดัน โลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ขาดเลือด : กับการปฏิบัติตัว	ปิยะนุช รักพาณิชย์	โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

ที่	ชื่อเรื่อง	ผู้เขียน/ บรรณาธิการ	หน่วยงาน
33	การพยาบาลโรค ความดันโลหิตสูง	สมจิต หนูเจริญกุล อรสา พันธักดิ์	ภาควิชา พยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รามธิบดี
34	สุขศึกษากับโรค ความดันโลหิตสูง	ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์	คณะสาธารณสุข- ศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหิดล
35	เรียนรู้จาก บทเรียนของ ผู้ร่วมเส้นทาง: รวมบทคัดย่อ ผลงาน R2R เล่ม 1	ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์ และ รศ.นพ.สมพนธ์ ทัศนัยม	สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข
36	เรียนรู้จาก บทเรียนของ ผู้ร่วมเส้นทาง: รวมบทคัดย่อ ผลงาน R2R เล่ม 2	ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์ และ รศ.นพ.สมพนธ์ ทัศนัยม	สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข
37	สังเคราะห์ปัญหา เพื่อพัฒนา R2R	ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์ และคณะ	สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข
38	คู่มือบริหาร งบกองทุนหลัก ประกันสุขภาพ แห่งชาติ การ บริหาร เล่ม4	-	สำนักงาน หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ

Website เพื่อบริการความรู้ในการดูแลโรคเรื้อรัง
(เบาหวานและความดันโลหิตสูง)

ลำดับ	องค์กร	website
1	คลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนทุกแห่งช่องทางแหล่งความรู้	ตาม weblink ใน www.moph.go.th , www.nhso.go.th
2	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	www.hsri.or.th
3	สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย	www.diabassothai.org
4	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	www.thaihealth.or.th
5	ชมรมเพื่อเด็กและวัยรุ่นเบาหวาน	www.thaidiabetes.com
6	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	www.tncd.reducerisk.com
7	เส้นทางสุขภาพ : เบาหวาน	www.yourhealthyguide.com
8	มูลนิธิหมอชาวบ้าน	www.doctor.or.th
9	สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยฯ	www.thaihypertension.org www.nutritionthailand.or.th
10	โรงพยาบาลเทพธารินทร์	www.theptarin.com

ลำดับ	องค์กร	website
11	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การบริหารจัดการโครงการดูแลรักษาโรคเบาหวานและภาวะที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานอย่างครบวงจรฯ)	www.nhso.go.th
12	เครือข่ายการจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ	kmncd.org
13	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	www.thaincd.com/media_book.php
14	เครือข่ายการจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ	www.kmncd.org/pages/2226
15	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	www.anamai.moph.go.th

หมายเหตุ เป็นบางส่วนของแหล่งข้อมูลเอกสารวิชาการ และ website ที่สามารถใช้เพื่ออ้างอิงและศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม

ภาคผนวก 3

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เรื่อง ความดันโลหิตสูง ; 2544
- ชูชัย ศุภวงศ์และคณะ (บรรณาธิการ). คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; 2552
- วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2 โรงพิมพ์บริษัท เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด ถนนพหลโยธิน ; 2553
- วิทยา ศรีตามา. คู่มือการใช้ยาทางอายุรกรรม โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- วิทยา ศรีตามา. Clinical practice Guideline ทางอายุรกรรม พ.ศ. 2544, โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และ สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2551
- สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. คู่มือหน่วยบริการปฐมภูมิ: การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม 2552 กรุงเทพฯ: โอเอสดีค พับลิชชิ่ง จำกัด ; 2552
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. บทคัดย่อผลงาน R2R ในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากงานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research) R2R: เสริมพลัง สร้างสรรค์และพัฒนา พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ.2551. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2551

- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. เรียนรู้จากบทเรียนของผู้ร่วมเส้นทาง: รวมบทคัดย่อผลงาน R2R เล่มที่ 1-2 ในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย(Routine to Research) R2R : เพิ่มคุณค่า พัฒนาคน พัฒนาศักยภาพ พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2552
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. TCEN เบาหวาน ชีตีส กำหนดเป้า แรงเร่ง พัฒนา พิมพ์ครั้งแรก 2552. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด อุดมรัตน์ การพิมพ์และดีไซน์ ; 2552
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดบริการคัดกรองและเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานบริการและในชุมชน 2552 . กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.
- สำนักงานวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน(สพช.). รายงานการประชุมโครงการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ เรื่อง การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ พิมพ์ครั้งที่ 1 ตุลาคม 2552. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สหพัฒนไพศาล; 2552
- สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป และ แนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ.2549. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2549
- สุพัทธา ศรีวณิชชากร. การประเมินระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารระบบสาธารณสุข ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 เม.ย.-มิ.ย. 2550 ; หน้า 17-34

The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure - Complete Report ; Hypertension. December 2003 ; 42:1206

Kumagai A. Diabetes stories: use of patient narratives of diabetes to teach patient-centered care. Adv Health Sci Edu 2008

WHO Innovative care for chronic condition: building block for action, World Health organization 2002

ขอขอบคุณ

ทีมผู้ให้บริการใน รพ.สต. และโรงพยาบาลแม่ข่ายในพื้นที่ ที่ร่วมทดสอบให้เห็นและข้อเสนอแนะต่อร่างคู่มือที่พัฒนาขึ้น

นพ.ชาญชัย จันทรรักษ์กุล	โรงพยาบาลยางตลาด
	อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์
นพ.รัชรา บุญสวัสดิ์	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คุณเพลินพิศ วรรณทอง	รพ.สต. โคกศรี อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์
คุณปัทมา ภูติวิวัฒน์โชติ	รพ.สต. พระลับ อ.เมือง จ.ขอนแก่น
คุณลำไพร์ สร้อยทอง	รพ.สต. พระลับ อ.เมือง จ.ขอนแก่น
คุณพนิดา รัตนศรี	สอ.หนองบ่อ ต.บ้านค้อ อ.เมือง จ.ขอนแก่น
คุณหทัยรัตน์ นาดเรืองศรี	รพ.สต. บ้านสาละวัน
	เครือข่ายโรงพยาบาลพุทธมณฑล จ.นครปฐม
คุณปิ่นธนา จันท	คลินิกโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก
คุณवासนา เกตุมะ	รพ.สต. สมอแข อ.เมือง จ.พิษณุโลก
คุณศิริรัตน์ มีแสง	รพ.สต. บ้านกร่าง อ.เมือง จ.พิษณุโลก
คุณเพชรวารินทร์ อินทร์บุหรณ์	รพ.สต. บ้านกร่าง อ.เมือง จ.พิษณุโลก
คุณกรรณิการ์ณ โกศัย	รพ.สต. ปากโทก อ.เมือง จ.พิษณุโลก
คุณจันทนา หอมสะอาด	รพ.สต. ปากโทก อ.เมือง จ.พิษณุโลก
คุณจิวิวรรณ สมพิมาย	รพ.สต. ดอนทอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก
คุณสุริย์พร ชมประเสริฐ	รพ.สต. สระโคก อ.เมือง จ.พิษณุโลก