



# แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: การปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน

## Nursing Guidelines for Patients with Non-communicable Diseases: Nursing Practice in Community

สุวิมลรัตน์ ครอบรู้เจน<sup>1</sup> ลำไพ สุวรรณสาร<sup>2</sup>  
Suwimolrat Robrujen<sup>1</sup> Lumpai Suvannasan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ  
Assistant Professor, Dr., Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University  
<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชัยภูมิ, Registered Nurse, Chaiyaphum Hospital  
Corresponding Author, Suwimolrat Robrujen<sup>1</sup>, Email: [suwimolrat.1967@gmail.com](mailto:suwimolrat.1967@gmail.com)

### บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศซึ่งจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จึงมีความสำคัญที่จะต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาย่างเร่งด่วน โดยการพัฒนาการให้บริการสาธารณสุขจากเดิมซึ่งถูกออกแบบมาเพื่อให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะเฉียบพลันเป็นส่วนใหญ่ มาเป็นการดูแลผู้ป่วยในชุมชนเพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถรองรับปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและได้ผลลัพธ์ที่ดี แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้ 1) การกำหนดโครงสร้างและอัตรากำลังพยาบาลให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน 2) เสริมพลังอำนาจในการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง 3) การออกแบบระบบบริการการดูแลจากหน่วยบริการถึงที่พักอาศัย 4) สนับสนุนการตัดสินใจในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน 5) พัฒนาระบบข้อมูลความรู้ทางคลินิก 6) มีนโยบายสาธารณะและแหล่งให้ความช่วยเหลือ โดยมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนประกอบด้วย 1) การพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ 2) การจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) มีการจัดทำระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ 4) การพัฒนาการพยาบาลที่มีความร่วมมือ ทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชน และ 5) การติดตามประเมินผล

**คำสำคัญ** แนวทางการพยาบาล โรคเรื้อรัง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชุมชน

### Abstract

Non-communicable diseases are a major national problem due to increasing patient's numbers every year; therefore, it is significant to solve this problem urgently. Public health services system which was designed to serve mainly acute diseases should be changed to increase taking care of community patients aiming at covering this problem and getting good outcomes. Nursing guidelines for patients with non-communicable diseases mainly

consists of 1) determining the structure and workforce of nurses to facilitate work performance 2) empowering patients for self-management 3) designing healthcare service system from healthcare facilities to patient's resident 4) promoting decision-making to patients with complications 5) developing clinical information system and 6) having public health policies and resources of help. To improve nursing care for community patients with non-communicable diseases includes these suggestions: 1) developing public policy at the local level 2) organizing service systems for patients with non-communicable diseases 3) making information database system 4) developing nursing care that involves cooperation among individuals, families, and communities, and 5) monitoring and evaluation.

**Keywords**      nursing guidelines, chronic diseases, non-communicable diseases, community

## บทนำ

องค์การอนามัยโลก องค์การสหประชาชาติ ธนาคารโลก และรัฐบาลจากประเทศต่าง ๆ ให้ความสำคัญกับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases, NCDs) และจัดตั้งเครือข่ายระดับนานาชาติเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา โดยมุ่งผลลัพธ์ตามแผนพัฒนาทศวรรษของโลกในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ การลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2568 (World Health Organization, 2013) ในปี พ.ศ. 2559 โรคที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเสียชีวิตบ่อยที่สุด คือ โรคหัวใจ (heart disease) (44%) เนื้องอก (22%) โรคปอดเรื้อรัง (9%) และโรคระบบต่อมไร้ท่อ (4%) พบการเสียชีวิตในกลุ่มอายุ 30-69 ปีหรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ และกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ส่งผลให้เกิดความบกพร่องของสุขภาพ และผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง (กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2559;

กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2563; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) ในประเทศไทย กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลก จากการรายงานข้อมูล ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 พบอัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบ (crude death rate) ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2561 พบว่า สาเหตุการตาย 3 อันดับแรกของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด โดยมีอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 123.3, 47.1 และ 31.8 ตามลำดับ (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และปวีณา ปันกระจำง, 2561) เมื่อพิจารณารายเพศ พบว่าเพศชายมีอัตราการตายมากกว่าเพศหญิงเท่ากับ 521.5 และ 348.2 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, ปานทิพย์โชติ เบนจุมภรณ์, และปวีณา ปันกระจำง, 2559) จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นสะท้อนภาพของโรค

ไม่ติดต่อเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญในประชาชนไทยทั้งด้านภาระโรคและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ดังนั้นการค้นหาแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็น

แนวทางที่สำคัญทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควรเน้นตามบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ ซึ่งมีการกำหนดบทบาทตามกรอบแนวคิดในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะโรคเรื้อรัง ได้แก่ 1) บทบาทในการสร้างแนวทางและเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) การจัดการระบบโรคเรื้อรัง 3) การใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการโรคเรื้อรัง 4) บทบาทการสนับสนุนการจัดการตนเอง 5) บทบาทการใช้ข้อมูลแนวทางในการเลือกรับบริการ 6) บทบาทการช่วยสนับสนุนของหน่วยงานของพื้นที่ชุมชนในการจัดการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (จันทร์เพ็ญ ประโยชน์, พิสมัย ไชยประสพ, และครุณี มั่นใจวงศ์, 2563) และประเด็นที่ควรพิจารณาเพิ่มเติมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 คือ การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในระบบบริการสุขภาพให้ตอบสนองต่อการสร้างประสิทธิภาพในการดูแล รวมทั้งการจัดการระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพให้เหมาะสมในการดำเนินงาน(คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการทบทวนแนวคิดที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและบทบาทของพยาบาลผู้จัดการดูแล เพื่อเป็นข้อเสนอแนวทางในการ

พัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

### แนวคิดการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กรอบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาศัยในชุมชน ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของสำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข 4 แนวคิด ได้แก่ 1) การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามช่วงเวลา (periods of illness that occur over time) 2) การให้บริการตามความสามารถของหน่วยบริการแต่ละระดับ (providing services according to the scope of competencies of each level of service establishments) 3) โมเดลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (chronic care model) และ 4) ผู้จัดการการดูแล (care manager) (สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

#### 1. การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามช่วงเวลา (periods of illness that occur over time)

เป็นช่วงเวลาการดำเนินของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีระยะเวลายาวนานและแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคนแม้ว่าผู้ป่วยจะเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกันก็ตาม ซึ่งการจัดการแนวทางการดำเนินการในการดูแลจะแตกต่างกันตามระยะของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ดังนี้ 1) การป้องกันโรคโดยการปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิต ควรดำเนินการในระยะที่บุคคลมีปัจจัยเสี่ยงแต่ยังไม่เกิดพยาธิสภาพของโรค 2) ระยะที่มีอาการแสดงของโรค บุคคลจะเริ่มแสวงหาการรักษา การ

จัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยการดูแลตนเองหรือไปพบแพทย์ 3) ระยะที่มีอาการรุนแรง เมื่อการเจ็บป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น บุคคลต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทาง 4) ระยะเกิดภาวะแทรกซ้อน บุคคลจะมีอาการและอาการแสดงเพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเองมีข้อจำกัด บ่งบอกถึงการหยุดการทำงานของอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย

## 2. การให้บริการตามความสามารถของหน่วยบริการแต่ละระดับ (providing services according to the scope of competencies of each level of service establishments)

ขอบเขตสมรรถนะของสถานบริการแต่ละระดับ สามารถแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) การดูแลเบื้องต้น 2) การดูแลระดับตติยภูมิ 3) การดูแลระดับตติยภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ มุ่งผลลัพธ์ให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเข้าถึงการดูแลได้อย่างทั่วถึง โดยขอบเขตบริการของสถานบริการมีดังนี้

1) บริการการดูแลเบื้องต้น มุ่งเน้นการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

2) บริการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ถูกส่งต่อจากหน่วยบริการต่าง ๆ เช่น คลินิก และโรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น

3) บริการการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง เป็นบริการด้านการแพทย์เฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลศูนย์หน่วยบริการทางการแพทย์เฉพาะด้าน เป็นต้น

## 3. โมเดลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (chronic care model)

โมเดลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นแนวทางการดูแลที่เน้นความสำคัญที่

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกัน กำหนดยุทธศาสตร์และนโยบาย

บทบาทของทีมสุขภาพในหน่วยบริการสำหรับการจัดการดูแลประชาชน มุ่งเน้นที่การสนับสนุนส่งเสริมการสร้างสุขภาพตนเองของผู้ป่วย เกี่ยวกับ 8 ประเด็น ดังนี้ 1) แผนการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) การดูแลที่ตรงกับสภาพปัญหาและความต้อง 3) การดูแลที่ทันสมัยตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป 4) มีกลยุทธ์ในการดูแลตนเองที่บ้าน 5) การสนับสนุนจากชุมชนเป็นนโยบายที่กว้างในการป้องกันภาวะเรื้อรัง และที่สำคัญการสนับสนุนสภาพแวดล้อมและอื่น ๆ 6) จัดการบริการที่เพิ่มขึ้น เช่น การจัดบริการคลินิกใกล้บ้านใกล้ใจ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ เป็นต้น 7) ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถจัดการปัญหาจากภาวะเรื้อรังได้ โดยได้รับความร่วมมือ จากทุกภาคส่วนในพื้นที่ของผู้ป่วย และ 8) สามเสาหลักที่ต้องร่วมกันสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ ผู้ป่วย ชุมชน และ ทีมสุขภาพ

## 4. ผู้จัดการการดูแล (care manager)

ผู้จัดการการดูแลทำหน้าที่จัดระบบบริการสุขภาพเพื่อจัดการให้การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะซับซ้อนควบคุมอาการไม่ได้ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดภาระงานที่ซ้ำซ้อน ลดการดูแลที่แยกส่วนในทีมสุขภาพ โดยมีการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นรายกรณี และมีเป้าหมายในการดูแลเฉพาะโรค มุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม โดยพิจารณาจากการเตรียมการ การวางแผน การ

ดำเนินการ และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการดูแล มีการประชาสัมพันธ์ และการประสานแหล่งสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีคุณภาพ และทั่วถึง โดยบทบาทหน้าที่ของผู้จัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย

1. ด้านการจัดการ เช่น การดำเนินการให้ข้อมูล การประสานชุมชน
2. ด้านคลินิก ควรมีความรู้ ความเข้าใจ และทราบเป้าหมายของการดูแล
3. ด้านการพิทักษ์สิทธิ์ ผู้จัดการการดูแลต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อช่วยสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลือกแนวทางการดูแลด้วยตนเอง และได้รับบริการตามสิทธิ์ที่ควรได้รับ
4. ด้านการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการเคารพสิทธิ์/ความเป็นอิสระ ครอบคลุมทั้งการตัดสินใจและการกระทำ

### บทบาทของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

บทบาทของทีมสุขภาพสำหรับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิก เน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ในผู้ที่ เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดขึ้นทันทีทันใดและผู้ที่ได้รับการดูแลแล้วและพัฒนาการดูแลที่เหมาะสม การนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการดูแล จำเป็นต้องอาศัยทีมสุขภาพที่เข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เกษัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยมีบทบาทดังนี้ 1) บทบาทในการ

ทำงานเป็นทีมร่วมกันทั้งระบบ เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในสถานบริการสุขภาพทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ 2) บทบาท การให้การสนับสนุนการจัดการตนเอง ผ่านการให้คำแนะนำและการจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย 3) บทบาทการประสานงาน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมภาวะโรคได้และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน 4) บทบาทในการจัดทำยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน สามารถร่วมวางแผนเพื่อการดูแลผู้ป่วยภาวะโรคเรื้อรัง ด้านกาย ใจและจิตสังคม ผู้ป่วยพร้อมครอบครัวจะต้องได้รับข้อมูล ความรู้ที่เกี่ยวข้องที่เป็นปัจจุบัน สามารถดำเนินการปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

### การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการและการสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) ของผู้ป่วย โดยมีผลลัพธ์ให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก เกิดการเปลี่ยนแปลง/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ควบคุมปัจจัยเสี่ยง สามารถสร้างวัฒนธรรมในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม บนพื้นฐานของความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยจะต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคร่วมหลายโรค และสิ่งสำคัญควรคำนึงถึงผลลัพธ์จากชุมชนที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพ เช่น ส่งเสริมให้ผู้ป่วย

เกิดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยทุกรายมีส่วนร่วมกับชุมชนในการป้องกันโรค เช่น ร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย ปฏิบัติตนในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การเลิกบุหรี่ และการมีระบบการตอบสนองแก่ผู้ให้บริการที่สนับสนุนการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ควรปรับเปลี่ยนการดูแลที่แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจให้เป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักในครอบครัวและชุมชน (สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

#### แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการทบทวนแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและบทบาทของพยาบาลผู้จัดการการดูแล พบว่า พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีหน้าที่และบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน การให้การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเหมาะสมทั่วถึงจะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมอาการของตนเองได้และลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้เฉพาะที่ตรงกรณีสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย มีทักษะในการประสานและร่วมดูแลกับทีมสหวิชาชีพ นำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรวมทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ให้การดูแลครอบคลุม 4 มิติ ซึ่งประกอบด้วย การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาเบื้องต้น และการพัฒนาสมรรถภาพให้กลับมาทำงานได้ใกล้เคียงกับปกติหรือให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สำนักการ

พยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประกอบด้วย

1. การกำหนดโครงสร้างและอัตรากำลังพยาบาลให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานบริการพยาบาลคลินิกเฉพาะโรค กำหนดวิสัยทัศน์ นโยบาย กลยุทธ์ วัตถุประสงค์ และผลลัพธ์ในการดำเนินงาน โดยผู้บริหารร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับของสถานบริการตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) และหน่วยบริการสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้อง

2. เสริมพลังอำนาจในการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง (ปวีณา นราศรี, กานต์ ฉลาดชัยญกิจ, และนพวรรณ เปี้ยเชื้อ, 2560) การเสริมพลังอำนาจโดยการให้ความรู้เรื่องโรค พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อการเจ็บป่วยแต่ละโรค และการฝึกการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันอาการกำเริบของโรค

3. การออกแบบระบบบริการจากหน่วยบริการถึงที่พักอาศัย โดยการกำหนดรูปแบบแนวใหม่ที่มีจุดมุ่งหมายที่เน้นการให้บริการ การค้นหาประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มที่มีโรคแทรกซ้อน รวมทั้งมีการกำหนดบทบาททีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างหลักประกันให้บุคคลมีชีวิตที่มีคุณภาพ (จันทร์เพ็ญ ประโยงค์ และคณะ, 2563; ธวัชชัย สัตยสมบุรณ์ และยุวณู สัตยสมบุรณ์, 2563) เช่น จัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยอาศัยภาคีเครือข่ายในพื้นที่และนอกพื้นที่ในรูปแบบของกองทุนสวัสดิการชุมชน (Berkman & Glass,

2000) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลกิจวัตรประจำวัน (Naruse, Sakai, Matsumoto, & Nagata, 2015) ตัวอย่าง เช่น เก้าอี้รถเข็นเรื่องยาอย่างสมเหตุสมผล นักโภชนาการดูแลเรื่องอาหาร นักกายภาพบำบัดดูแลเรื่องการทำกายภาพบำบัด และนักกายอุปกรณ์จัดหาอุปกรณ์เพื่อฟื้นฟูสุขภาพผู้ที่สูญเสียอวัยวะอย่างเหมาะสม

4. การสนับสนุนการตัดสินใจในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นประเด็นท้าทายอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (นุชรรัตน์ มังคละศิริ, เนาวรัตน์ เสนาไชย, และอนันต์ศักดิ์ พันธุ์พุก, 2564; Siantz & Aranda, 2014;)

5. ระบบข้อมูลความรู้ทางคลินิก การพัฒนาระบบลงทะเบียน และการใช้ข้อมูลทางคลินิกในการวางแผนดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกันทั้งระบบบริการสุขภาพทุกระดับ มีการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง (ฉิสาชล นาคกุล, 2561; พิสมัย บุญเลิศ, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และศุภวดี แถวเพ็ช, 2559; หทัยชนก บัวเจริญ, 2561) ทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ ครอบคลุมการดูแลทางการแพทย์ 4 มิติ

6. นโยบายสาธารณะและแหล่งให้ความช่วยเหลือ เป็นการขับเคลื่อนเชิงนโยบายและการสนับสนุนทรัพยากรการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นนโยบายที่ทำให้เกิดระบบการพัฒนาการบริการในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่โดยดำเนินการให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่และมีแหล่งสนับสนุนทรัพยากรและเวชภัณฑ์ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน (ฉิสาชล

นาคกุล, 2561, พิสมัย บุญเลิศ และคณะ, 2559 และ หทัยชนก บัวเจริญ, 2561)

นอกจากนี้การพัฒนาขีดความสามารถอย่างต่อเนื่องยั่งยืนและการจัดการเรื่องการให้ค่าตอบแทนเพื่อให้แรงจูงใจในการบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานเกิดความยั่งยืน ดังนั้นควรมีการศึกษา รูปแบบการตอบแทนตามความสามารถของพื้นที่ และควรพิจารณารายละเอียดดังกล่าวให้เข้ากับการเกิดผลลัพธ์ของการจัดการตามพื้นที่ชุมชนนั้น ๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

### ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จากการทบทวนแนวคิดที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแนวทางในการจัดการการดูแลผู้ป่วยภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังข้างต้น จึงมีข้อเสนอในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ดังนี้

1. การพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน โดยหน่วยงาน/องค์กรในชุมชนที่เกี่ยวข้องและภาคประชาชนในชุมชน ต้องสร้างการรับรู้ปัญหาและความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความสำเร็จต้องเกิดจากความร่วมมือทุกภาคส่วน

2) การจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (population-based approaches) เป็นการจัดระบบบริการครอบคลุมตั้งแต่การให้บริการเบื้องต้นในพื้นที่ จนถึงระดับ

โรงพยาบาลเฉพาะทาง โดยการจัดสัดส่วนของบุคลากรต่อจำนวนผู้ป่วย การค้นหากลุ่มเสี่ยง การคัดสรรคุณภาพการให้การพยาบาล การพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

3) การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศที่ทันสมัยในทุกหน่วยบริการ จะนำไปสู่ความสำเร็จในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยหรือพัฒนางาน

4) พัฒนาการพยาบาลเน้นการเอื้อต่อผู้ป่วยบนพื้นฐานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และมองหาโอกาสพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้งโดยมุ่งผลลัพธ์

5) การติดตามประเมินผล การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจ ตลอดจนการให้การพยาบาลที่ถูกต้องทันสมัย

### บทสรุป

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ต้องทำงานแบบบูรณาการร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมบทบาทสำคัญ คือ 1) การค้นหากลุ่มเสี่ยงและการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี 2) หน่วยบริการลงข้อมูลในระบบที่ชัดเจน รวมถึงการวางแผนการรักษาที่หน่วยบริการร่วมกับผู้ป่วย 3) การบริการโดยการจัดให้มีบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพร้อมการจัดเก็บข้อมูลของผู้ป่วยที่รับบริการตามแผนการรักษา 4) การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 5)

แสวงหาทรัพยากรสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย หรือแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ทรัพยากรและผลิตอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักในเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และช่วยสร้างเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่โดยมีเป้าหมายหลักในการทำงานของทีมสุขภาพประกอบด้วย

1. บูรณาการงานที่มีเข็มมุ่งด้านสุขภาพกับภาคีเครือข่าย ผนวกรวมการผลิตอุปกรณ์ให้มีใช้ได้เอง

2. เพิ่มการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ใช้ทักษะความถนัดของแต่ละวิชาชีพในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

3. เน้นการพยาบาลที่ให้ความสำคัญในตัวผู้ป่วยมากที่สุด โดยมุ่งผลลัพธ์การมีส่วนร่วมพิจารณาในกระบวนการวางแผนและตัดสินใจ การรักษา การจัดการสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยมีทีมสหวิชาชีพเป็นผู้สนับสนุน

4. มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

### เอกสารอ้างอิง

- กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ*. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.
- กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข.



- (2559). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)*. สืบค้น 1 สิงหาคม 2566, จาก <https://dmsic.moph.go.th/index/download/699>
- จันทร์เพ็ญ ประโยงค์, พิสมัย ไชยประสบ, และครุณี มั่นใจวงศ์. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(5), 803-812.
- ณิสาชล นาคกุล. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(3), 36-50.
- ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์, และยุวณัฐ สัตยสมบูรณ์. (2563). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(2), 232-243.
- นุชรรัตน์ มังคละศิริ, เนาวรัตน์ เสนาไชย, และอนันต์ศักดิ์ พันธุ์พุม. (2564). ความท้าทายในการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานวัยทำงาน: บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(3), 19-27.
- ปวีณา นราศรี, กานต์ ฉลาดชัยญกิจ, และนพวรรณ เปียชื่อ. (2560). บทบาทของพยาบาลในการจัดการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับปฐมภูมิ ตามแนวคิดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. *รามาชิปดีพยาบาลสาร*, 23(1), 27-43.
- พิสมัย บุญเลิศ, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และศุภาวดี แถวเพ็ญ. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่าง ต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โลก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 23(2), 79-87.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, ปานทิพย์โชติ เบญจมากรณ์, และปวีณา ปั้นกระจำง. (2559). *สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบ ของประเทศไทย พ.ศ. 2559*. กรุงเทพมหานคร: เจริญดี มั่นคงการพิมพ์.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, และปวีณา ปั้นกระจำง. (2561). *รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561*. กรุงเทพมหานคร: เจริญดี มั่นคงการพิมพ์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560*. กรุงเทพมหานคร: เท็กซัสแอนดเจอร์นัล.
- สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- หทัยชนก บัวเจริญ. (2561). การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. *วารสารกิจการแพทย์*, 25(2), 185-194.
- Berkman L. F., Glass T. (2000). *Social integration social network and health*. In L. F. Berkman, & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp 137-173). New York: Oxford University.
- Naruse, T., Sakai, M., Matsumoto, H., & Nagata, S. (2015). Diseases that precede disability among latterstage elderly individuals in

Japan. *Bioscience Trends Journal*, 9(4), 270–4.

Siantz, E., & Aranda, M. P. (2014). Chronic disease self-management interventions for adults with serious mental illness: A systematic

review of the literature. *General Hospital Psychiatry*, 36(3), 233–44.

World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva: World Health Organization.