

การใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน
และโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน : กรณีศึกษา



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน
และโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน : กรณีศึกษา

อมรรัตน์ สุขสุวรรณ

นางอมรรัตน์ สุขสุวรรณ
ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันทนา มณีศรีวงศ์กุล,
D.N.Sc. (Primary Care)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์สุภาณี เสนาคิสัย,
วท.บ.(พยาบาล) เกียรตินิยมอันดับ 2, M.S.
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

มจร มร

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล

อรสา พงษ์พันธ์

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี,
พย.ด.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน
และโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน : กรณีศึกษา

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

วันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

อมรรัตน์ สุขสุวรรณ

นางอมรรัตน์ สุขสุวรรณ
ผู้ศึกษา

จิรา กระจกลิป

รองศาสตราจารย์กัญญาดา ประจุศิลป์,
Ph.D. (Maternity Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ดร. พันธ์ศักดิ์

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ศักดิ์,
พย.ด.
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

สุภาณี เสนาคิสัย

รองศาสตราจารย์สุภาณี เสนาคิสัย,
วท.บ.(พยาบาล) เกียรตินิยมอันดับ 2,M.S.
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันทนา มณีศรีวงศ์กุล,

D.N.Sc. (Primary Care)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ม.ไพฑูริย์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล

วิฑูริ์ วัฒน

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,
M.D., F.A.C.E.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จของสารนิพนธ์ฉบับนี้มิได้เกิดจากผู้ศึกษาเพียงผู้เดียว หากแต่ได้รับความอนุเคราะห์จากคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ สุปานิ เสนาดีสัย อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ตลอดเวลาอันมีค่ายิ่งช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ตรวจสอบ แก้ไขและปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง ผู้ศึกษามีความภาคภูมิใจที่มีอาจารย์เป็นแบบอย่างที่ดีด้านการศึกษา ทำให้ผู้ศึกษามีกำลังใจ และเกิดความรู้สึกที่ดีมาโดยตลอด ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งคณาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลา ที่ได้มีโอกาสเข้ามาศึกษาในสถาบันแห่งนี้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่เกี่ยวข้องที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการทำสารนิพนธ์ครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบพระคุณ นายแพทย์เลิศชัย จิตต์เสรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะอิน คุณอุษา เกษนิบล หัวหน้าพยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางปะอินทุกท่าน ที่ได้โอกาสผู้ศึกษาได้เข้ารับการศึกษานในหลักสูตรนี้ รวมทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 4 แห่ง และพี่ๆ น้องๆ เพื่อนร่วมงานที่สนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ศึกษาเป็นอย่างดี เป็นแรงกระตุ้นและผลักดันให้เกิดผลงานการศึกษานี้

ท้ายนี้ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ผู้ให้กำเนิดชีวิต รวมทั้งครอบครัวซึ่งให้ความรัก กำลังใจ และความห่วงใยต่อผู้ศึกษามาโดยตลอด

อมรรัตน์ สุขสุวรรณ

การใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน : กรณีศึกษา

USAGE OF CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN CARING FOR PATIENTS WITH DIABETES AND HYPERTENSION AT PRIMARY CARE UNITS : A CASE STUDY

อมรรัตน์ สุขสุวรรณ 4937555 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, D.N.Sc. (Primary Care), MPH,
สุภาณี เสนาดีสัย, วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยมอันดับ 2, M.S.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงและความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในศูนย์สุขภาพชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและกลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติบรรยาย และวิเคราะห์ข้อมูลการสนทนากลุ่มโดยการวิเคราะห์สรุปประเด็นตามวัตถุประสงค์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในขั้นตอนการคัดกรอง การป้องกัน การรักษา และการติดตามผล นอกจากนี้ยังมีความคิดเห็นว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน ควรจะนำแนวทางเวชปฏิบัติไปปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันและ ควรสนับสนุนให้มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย สำหรับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชนทราบว่ามีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติและใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ครบทั้ง 4 ขั้นตอนได้แก่การตรวจคัดกรอง การติดตามและประเมินผลการรักษา การให้คำแนะนำ/การสอน และการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล แต่ยังใช้แนวทางเวชปฏิบัติไม่ครบทุกข้อในการปฏิบัติแต่ละขั้นตอน และยังต้องการความรู้ที่ทันสมัยในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ ยังไม่มีการทบทวนและขาดการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติอย่างเป็นระบบ

ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะให้มีการดำเนินการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติอย่างเป็นระบบ เพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของศูนย์สุขภาพชุมชน และนำไปปฏิบัติได้จริงในทุกขั้นตอน ควรมีการดำเนินการติดตามประเมินผลในรูปแบบของคณะกรรมการที่ประกอบด้วยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติให้มีความเหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้ในศูนย์สุขภาพชุมชน นอกจากนี้ ควรเตรียมความพร้อมบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน

USAGE OF CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN CARING FOR PATIENTS WITH DIABETES AND HYPERTENSION AT PRIMARY CARE UNITS: A CASE STUDY

AMORN RAT SUK SUWAN 4937555 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: WANTANA MANESRIWONGUL, D.N.Sc. (PRIMARY CARE), SUPANEE SENADISAI, B.Sc. (NURSING) (Hon), M.S.

ABSTRACT

This study describes the usage of clinical practice guidelines detailing the care of patients with diabetes and hypertension, and captures the study samples' opinions towards the guidelines. The study samples were purposively recruited from the committee of a contracting unit for primary care, and health personnel responsible for care of patients with diabetes and hypertension at community primary care units in Bangpa-In, Pranakornsri-Ayutthaya, Thailand. Data were collected using a self administrative questionnaire and focus group discussions. The samples' demographic data were analyzed using descriptive statistics while those gained from focus group discussions were categorized and summarized according to the study objectives.

This study revealed that the administrative staff of the contracting unit for primary care followed the process of screening, preventing, treating, and monitoring cited in the policy launched by the Ministry of Public Health, and the National Health Security Office. They agreed that the guidelines would be beneficial to health personnel at practice level as it would guide them to work towards the same standard. Therefore, the administrative staff supported the usage of the guidelines to care for the patients. The health personnel of the community primary care unit were aware of the existence of the guidelines and had used them to guide their practice in terms of screening, monitoring and evaluating treatment outcomes, counseling/ educating, and referring patients to the hospital. However, within each process, the health personnel did not follow some recommendations stated in the guidelines. The health personnel need to update their knowledge to care for the patients. Moreover, the guidelines were neither systematically reviewed for the contents nor evaluated for the outcomes resulting from their utilization.

This study suggests that a systematic evaluation to monitor the outcomes resulting from the utilization of the guidelines should be established by the committee in order to improve the guidelines' appropriateness, so that it would benefit the community primary care units. A committee composed of all stakeholders should be formed to review and modify the guidelines. In addition, the health personnel at the practice level should be well equipped with up-to-date knowledge and skills in caring for patients with diabetes and hypertension.

KEY WORDS: CLINICAL PRACTICE GUIDELINE / DIABETES /
HYPERTENSION / PRIMARY CARE UNIT

171 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	8
1. หลักการ และแนวทางจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ	8
2. นโยบายสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง	10
3. โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	13
4. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	20
5. ตัวชี้วัดที่แสดงถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	26
6. ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงของ การไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติหรือประสิทธิผล/ผลลัพธ์ของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ	28
7. เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอและบริบทของพื้นที่ศึกษา	29
8. บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติตามขอบเขตวิชาชีพ	33
9. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	38
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา	46
บทที่ 4 ผลการศึกษา	55
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา	74
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	81
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	86
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	108
รายการอ้างอิง	133
ภาคผนวก	138
ประวัติผู้ศึกษา	171

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงจำนวนและร้อยละตามคุณลักษณะประชากรของกลุ่มผู้บริหารฯ	54
2	แสดงจำนวนและร้อยละตามคุณลักษณะประชากรของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน	55
3	แสดงจำนวนและร้อยละการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน	56
4	แสดงจำนวนและร้อยละการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ โรคเบาหวาน ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	57
5	แสดงจำนวนและร้อยละการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ โรคเบาหวาน ในการติดตามและประเมินผลการรักษา	58
6	แสดงจำนวนและร้อยละการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ โรคเบาหวาน ในการส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล	59
7	แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยที่เป็นปัญหา / อุปสรรค ในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ โรคเบาหวาน	61
8	แสดงจำนวนและร้อยละการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง	61
9	แสดงจำนวนและร้อยละการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ โรคความดันโลหิตสูง ในการส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล	62
10	แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยที่เป็นปัญหา / อุปสรรค ในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ	63

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ

หน้า

1. โครงสร้างคณะกรรมการบริหารเครือข่ายปฐมนิเทศอำเภอบางปะอิน
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

30



บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาการเจ็บป่วยที่สำคัญของประเทศไทย และเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากข้อมูลในปี 2548 ประชากรไทยมีความชุกโรคเบาหวาน ร้อยละ 3.69 เพิ่มขึ้นจากปี 2547 ซึ่งมีความชุกร้อยละ 3.19 นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 30-50 ของประชากรที่เป็นเบาหวานยังไม่ได้รับการวินิจฉัย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2548) และจากการตรวจวัดความดันโลหิตของประชาชนทั่วประเทศที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในปี 2550 จำนวน 20.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 75 ของประชากรกลุ่มนี้ พบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงกว่าปกติทั้งหมด 2.4 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 11 กล่าวคือ คนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไปทุก 10 คน จะมี 1 คน เป็นความดันโลหิตสูงและมีกว่าครึ่งหนึ่งที่ยังไม่รู้ตัวว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง จากสถิติปี 2549 พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด 375,600 ราย รองลงมาคือ เบาหวาน 334,168 ราย มีผู้เสียชีวิตทั้งหมดในปีเดียวกันด้วยโรคเบาหวาน 7,486 ราย และความดันโลหิตสูง 2,363 ราย (ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์, 2551)

จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก พบว่าประเทศที่พัฒนาแล้วมีค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะเบาหวานอย่างเดียวไม่รวมภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ตามมาเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 8 ของงบประมาณด้านสาธารณสุขทั้งหมด โดยค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้นเป็น 3.5 เท่า เมื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดเล็กและใหญ่ร่วมด้วย และพบอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 7.9 – 11.8 ต่อแสนประชากร (อังกูณ อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ, 2547) สำหรับโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยพบปีละกว่า 150,000 ราย มีความพิการปีละ 84,000 ราย ทำให้เป็นภาระครอบครัว และสังคม ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงถึงปีละ 15,000 ล้านบาท (<http://www.moph.go.th>) จะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำให้เกิดความสูญเสียทรัพยากรในการดูแล มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง และผู้ดูแล ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในครอบครัว และมีอาการป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงบางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง เช่น แผลเรื้อรัง ปัญหาการมองเห็น ปัญหาทางไต อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น

จากการสำรวจการสูญเสียสุขภาพ (Disability Adjusted Life Year : DALY) ของประเทศไทย พบว่า เบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 3 ของการสูญเสียสุขภาพ ในเพศหญิง (ร้อยละ 7) และเป็นอันดับ 5 ของการสูญเสียสุขภาพในเพศชาย (ร้อยละ 3) นอกจากนี้การสูญเสียสุขภาพของโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุสำคัญมาจากความดันโลหิตสูงพบว่าเป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการสูญเสียสุขภาพ ในเพศหญิง (ร้อยละ 7) และเป็นอันดับ 3 ของการสูญเสียสุขภาพในเพศชาย (ร้อยละ 5) (ภาวะของโรคเรื้อรังและอุบัติเหตุในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข, 2545) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่รักษาหรือรักษาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ไปพบแพทย์ตามนัด จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คิดเชื่อง่าย เนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง การติดเชื้อนั้นพบได้ทุกอย่าง แต่ที่พบบ่อยคือ แผลที่เท้า ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงมากหรือต่ำมาก หลอดเลือดหัวใจตีบตันทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน หลอดเลือดสมองตีบตัน ทำให้เป็นอัมพาต ตาพร่ามัว ตาบอด ไตอักเสบ ไตเสื่อม ไตวาย ปลายประสาทอักเสบ ทำให้มีอาการชาตามปลายมือ ปลายเท้า ส่วนการที่มีความดันโลหิตสูงอยู่เป็นระยะเวลานาน จะทำให้เกิดการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดแดง โดยเฉพาะหลอดเลือดที่เลี้ยงสมอง ตา หัวใจ และไต จึงทำให้หลอดเลือดสมองแตก หรือตีบตัน เป็นอัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น นอกจากนั้นความดันโลหิตสูง ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น อาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือหัวใจวาย การไม่รักษาความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้โดยการควบคุมความดันโลหิตแม้จะไม่สามารถป้องกันได้ทั้งหมด ดังนั้นการรักษาความดันโลหิตสูง จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะลดโอกาสเกิดผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต (ระพีพล ญญชร ณ อยุธยา, 2549) ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่ได้ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตจากหัวใจวายถึงร้อยละ 60 - 75 เสียชีวิตจากเส้นเลือดในสมองอุดตันหรือแตก ร้อยละ 20 - 30 และเสียชีวิตจากไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 5 - 10 (<http://www.geocities.com/Hypertension.htm>)

สำหรับผลกระทบของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องดูแลรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน มักจะมีความดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน และในทางกลับกันผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ก็มีโอกาสที่จะเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนที่มีความดันโลหิตปกติ เนื่องจากทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่พบได้บ่อยมากในประชากร และมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ดังนั้นจึงมีโอกาสที่จะพบผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานได้บ่อยเช่นกัน (www.dm.org/html/news/) ถ้าการดูแลรักษาไม่ถูกต้องจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบในด้านต่างๆทั้งตัวผู้ป่วยที่อาจเกิดความพิการหรือเสียชีวิต รวมทั้งมีผลต่อครอบครัวและสังคม ประเทศชาติในด้านระบบการเงินและงบประมาณ การเจ็บป่วยเรื้อรังไม่ได้มีผลกระทบต่อภาวะ

เศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและงบประมาณของประเทศด้วยจากธรรมชาติของการเจ็บป่วยที่ไม่หายขาด ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษานาน ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพไปตลอดชีวิตทำให้รัฐบาลต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก (Phipps,1999) ด้านผลกระทบในเรื่องค่าใช้จ่ายและงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำรวจพบคนไทยเสียค่ารักษาโรคเบาหวานปีละกว่า 3 หมื่นล้านบาท จากปัญหาโรคแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2550) โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลการสำรวจปี 2539 พบว่า การดูแลผู้ป่วย 1 ราย จะเสียค่าใช้จ่ายระหว่าง 7,702 -18,724 บาท ขณะที่ปัจจุบันสถิติดังกล่าวมีแนวโน้มสูงขึ้นร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายในปี 2550 ประเมินการได้ว่า มีค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาผู้ป่วยเบาหวานถึง 3.5 - 8.4 หมื่นล้านบาทต่อปี และหากรวมการรักษาโรคแทรกซ้อนอาจเพิ่มขึ้นสูงถึงแสนล้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่เสียชีวิตในทันที แต่จะมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (กิตตินันท์ อนรรฆมณี ,2550) สำหรับโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยพบปีละกว่า 150,000 ราย มีความพิการปีละ 84,000 ราย ทำให้เป็นภาระครอบครัว และสังคม ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงถึงปีละ 15,000 ล้านบาท (<http://www.moph.go.th>)

ตั้งแต่เดือนเมษายน 2546 เป็นต้นมา สำนักระบาดวิทยา และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ(โรคเรื้อรัง) ได้เริ่มดำเนินการเกี่ยวกับโรคที่เป็นปัญหาและเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบขนาดปัญหาและความรุนแรงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด จากการรวบรวมรายงานสรุปผลการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังปี พ.ศ.2549 โดยสำนักระบาดวิทยา สามารถสรุปผลในภาพรวมได้ดังนี้ ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเบาหวานจาก 48 จังหวัด ตามระบบเฝ้าระวังพบว่า มีจำนวน 643,522 ราย เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน(ทั้งเก่าและใหม่) 131,058 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.37 ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน 131,058 ราย พบภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดแดงมากที่สุด จำนวน 59,014 ราย (ร้อยละ 45.03) ภาวะแทรกซ้อนทางไต 12,231 ราย (ร้อยละ 9.33)ภาวะแทรกซ้อนทางตา 9,361 ราย (ร้อยละ 7.14) ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท 8,971 ราย (ร้อยละ 6.85) ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องตัดอวัยวะ 1,186 ราย (ร้อยละ 0.90)ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ จำนวน 23,592 ราย (ร้อยละ 18.0)และภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง 16,703 ราย (ร้อยละ 12.75) (กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2549) ส่วนรายงานโรคความดันโลหิตสูงพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 850,037 ราย เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มี

ภาวะแทรกซ้อน (ทั้งเก่าและใหม่) 57,900 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.81 เฉพาะกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 57,900 ราย พบภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ จำนวน 14,241 ราย (ร้อยละ24.60) ภาวะแทรกซ้อนทางไต 6,456 ราย (ร้อยละ11.15) ภาวะแทรกซ้อนอัมพาต 5,953 ราย (ร้อยละ10.28) และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ จำนวน 21,879 ราย (ร้อยละ 37.79) และภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง 9,371 ราย (ร้อยละ16.18) (กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2549)

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหัวใจขาดเลือด ปี 2549 จาก 48 จังหวัด พบว่าแต่ละจังหวัดมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานตั้งแต่ 4,075 - 40,334 ราย และจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ 1,261 - 64,111 ราย โดยจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน อยู่อันดับที่ 3 และจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่อันดับที่ 2 (กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2549)

จังหวัดพระนครศรีอยุธยาในปี 2549 มีจำนวนประชากร 750,867 คน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 35,670 คน มีภาวะแทรกซ้อน 4,039 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางไต 725 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางตา 1,029 คน มีภาวะแทรกซ้อนระบบประสาท 378 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดง 764 คน ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องตัดอวัยวะ 11 คน ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 462 คน และภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง 670 คน นอกจากนี้มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 59,993 คน มีภาวะแทรกซ้อน 3,083 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ 2,190 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางไต 482 คน มีภาวะแทรกซ้อนอัมพาต 114 คน ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 84 คนและ ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง 213 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2549) สำหรับรายงานประจำปีของโรงพยาบาลบางปะอินพบว่า ในปี 2549 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1,185 คน มีภาวะแทรกซ้อน 379 คน จำแนกเป็นภาวะแทรกซ้อนทางไต 16 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางตา 7 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท 3 คน มีภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดแดง 17 คน ภาวะแทรกซ้อนต้องตัดอวัยวะ 4 คน ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง 271 คน และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 61 คน ส่วนโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนผู้ป่วย 1,504 คน มีภาวะแทรกซ้อน 59 คน จำแนกเป็นภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ 45 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางไต 3 คนมีภาวะแทรกซ้อนอัมพาต 4 คน และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 7 คน (โรงพยาบาลบางปะอิน , 2549)

จากรายงานข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งปัญหานี้อาจเกิดจากหลายปัจจัยทั้งด้านระบบบริการ ผู้ให้บริการและตัวผู้ป่วยเอง ปัจจัยสำคัญในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริการที่ควรนำมาพิจารณาคือ 1. การดูแลรักษาของบุคลากรทีมสุขภาพผู้ให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลบางปะอิน

และศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่าย 2. การดูแลรักษาโดยใช้แนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดโดยโครงการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานตามนโยบายรัฐบาลที่จัดทำร่วมกันของเขตราชการที่ 1 (จังหวัดพระนครศรีอยุธยา นนทบุรี อ่างทอง และสมุทรปราการ) ซึ่งดัดแปลงมาจากแนวทางเวชปฏิบัติในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2544 เพื่อให้ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

แต่เนื่องจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพของประเทศหลายองค์กรในประเทศไทยที่ดำเนินการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ เช่น สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล แพทยสภา ราชวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ องค์กร และสมาคมวิชาชีพ ตลอดจนกรม กองต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้วิธีการที่หลากหลาย จึงมีการรวมตัวในกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจในเรื่องนี้มาตั้งแต่ปลายปีพ.ศ. 2543 เป็นกลุ่มภาคีและพัฒนาเป็น “เครือข่ายแนวทางเวชปฏิบัติ” ในเวลาต่อมาด้วยวัตถุประสงค์ที่จะทำให้การดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวทางเวชปฏิบัติได้ไปแนวทิศทางเดียวกัน มีระเบียบวิธีที่ถูกต้อง เหมาะสม และส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพอย่างแท้จริง

แต่จากการศึกษาการนำแนวทางเวชปฏิบัติโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ในพื้นที่ 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ซึ่งประกอบด้วยจังหวัด แม่ฮ่องสอน ลำปาง เชียงราย พะเยา ลำพูน และเชียงใหม่ พบว่ารายละเอียดของแนวทางเวชปฏิบัตินั้นไม่สามารถปฏิบัติจริงได้ทุกขั้นตอนโดยมีข้อจำกัดบางประการ เช่น การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ นอกจากนี้ยังขาดการติดตามผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ และไม่ครอบคลุมรายงานการเก็บตัวชี้วัดของภาวะแทรกซ้อน (เกรียงไกร ศรีธนวิบูลย์และคณะ, 2546) ในปัจจุบันสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นในปี 2549 และสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ได้ทำการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในปี 2549 แต่รายละเอียดของเนื้อหาของแนวทางเวชปฏิบัติฯ ไม่ได้แตกต่างจากแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของพื้นที่เขตราชการที่ 1 ทั้งในเรื่องการตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การไม่ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดอาจจะทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้

แม้ว่าจะมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของพื้นที่เขต ราชการที่ 1 ซึ่งปรับปรุงมาใช้เป็นแนวปฏิบัติตั้งแต่ปี 2544 แต่ยังไม่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ นี้ ในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ จึงสนใจที่จะทำกรณีศึกษาเพื่อศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษา

ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน รวมถึงความคิดเห็นในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติรวมทั้งปัญหาและอุปสรรคของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ผลของการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปวางแผนแก้ปัญหาและนำไปเป็นแนวทางในการปรับแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสมกับศักยภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนของอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพสามารถลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของบุคลากรผู้รับผิดชอบงานการดูแลรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชน

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 4 แห่ง ในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึง เดือนธันวาคม 2551

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ และความคิดเห็นในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลในการเสนอแนะเชิงนโยบายแก่เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบางปะอิน เพื่อการปรับ/ประยุกต์แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ของอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาต่อไป

นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง แนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดโดยโครงการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานตามนโยบายรัฐบาลที่จัดทำร่วมกันของเขตราชการที่ 1 (จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

นันทบุรี อ่างทอง และสมุทรปราการ) ซึ่งดัดแปลงมาจากแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2544

ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary care unit) หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตความรับผิดชอบครอบคลุมประชากรประมาณ 10,000 คน ต่อหนึ่งศูนย์สุขภาพชุมชน ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคเบื้องต้น ดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพ บริการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการในสถานบริการสุขภาพอื่นที่เหมาะสม โดยมีพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข ปฏิบัติงานร่วมกันในศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนเชิงรำน้อย ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดขนอนเหนือ ศูนย์สุขภาพชุมชนตลาดเกรียบ และศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านลานเท



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงและความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติของบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อนำเสนอเป็นแนวทางการวางแผนในการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ดังต่อไปนี้

1. หลักการ และแนวทางจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ
2. นโยบายสุขภาพเกี่ยวกับ โรคเรื้อรัง
3. โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
 - 3.1 โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน
 - 3.2 โรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน
4. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
 - 4.1 แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 - 4.2 แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
5. ตัวชี้วัดที่แสดงถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
 - 5.1 ตัวชี้วัดที่แสดงถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 - 5.2 ตัวชี้วัดที่แสดงถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
6. ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของการไม่ปฏิบัติตามหรือไม่ใช้แนวทางปฏิบัติหรือประสิทธิผล/ผลลัพธ์ของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ
7. เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอและบริบทของพื้นที่ศึกษา
8. บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติตามขอบเขตวิชาชีพ
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 9.1 ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ
 - 9.2 สถานการณ์การใช้/ไม่ใช้แนวทางเวชปฏิบัติ
 - 9.3 ปัญหา/อุปสรรคของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ
 - 9.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้/ไม่ใช้แนวทางเวชปฏิบัติ

1. หลักการ และแนวทางจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ

เครือข่ายแนวทางเวชปฏิบัติ(Clinical practice guidelines : CPG) ได้ให้ความหมายว่า “ ข้อมูลที่พัฒนาอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ป่วย เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับสถานการณ์ทางคลินิกเฉพาะอย่าง” เป็นที่ได้รับการกล่าวถึงค่อนข้างมากในกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ เนื่องจากการให้ความสำคัญกับคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย การที่มีความหลากหลายความแตกต่างอย่างมากในวิธีการทำเวชปฏิบัติและการที่มีค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นที่ยอมรับแล้วว่าแนวทางเวชปฏิบัติเป็นพลวัตรที่ต้องปรับปรุง พัฒนาอย่างต่อเนื่อง (เครือข่ายแนวทางเวชปฏิบัติ, 2544)

หลักการในการจัดทำและการนำแนวทางเวชปฏิบัติไปใช้ (เครือข่ายแนวทางเวชปฏิบัติ, 2544)

การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติควรเลือกทำในเรื่องหรือส่วนที่จะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาการบริการด้านสุขภาพโดยพิจารณาจากความหลากหลายของการปฏิบัติที่ทำกันอยู่ ความสูญเสียของการปฏิบัติที่แตกต่างกันทั้งในด้านของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ มุ่งให้เกิดการนำไปใช้เพื่อผลด้านสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ใช้บริการ โดยต้นทุนที่คุ้มค่ามากที่สุด ต้องมีการกำหนดถึง ระดับของสถานพยาบาล หรือระดับของผู้ให้บริการ หรือสำหรับประชาชนซึ่งเป็นผู้ใช้บริการ โดยความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ดีที่สุดและเหมาะสมกับสถานการณ์ ขณะนั้น การพิจารณาข้อเสนอแนะต่างๆ ควรพิจารณาแยกเป็น 3 ระดับ คือ efficacy ได้แก่ ประสิทธิภาพจากสถานการณ์ที่สมบูรณ์ทุกอย่าง เช่นงานวิจัยแบบ randomized control trial effectiveness ประสิทธิภาพในสถานการณ์ที่นำไปปฏิบัติจริง เช่น การปฏิบัติในระดับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งอาจจะไม่สามารถสังเกตอย่างได้ และ efficiency ได้แก่การพิจารณาประสิทธิภาพของทั้งระบบ) ควรมีการเรียบเรียงเนื้อหาให้เหมาะสมสำหรับผู้ในแต่ละกลุ่ม เช่น แพทย์ พยาบาล บุคลากร สาธารณสุขฝ่ายต่างๆ หรือประชาชน เป็นต้น

แนวทางเวชปฏิบัติ จะต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ อาจจะปรับปรุงเฉพาะบางส่วนของสถานการณ์เปลี่ยนไป มีข้อมูลใหม่ หรือจากความเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ที่นำแนวทางเวชปฏิบัติไปใช้ เป็นข้อเสนอแนะของการปฏิบัติ ไม่ใช่ข้อบังคับในการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะ หากมีเหตุผลที่สมควร หรือสถานการณ์แตกต่างออกไป และเพื่อให้การพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพโดยใช้แนวทางเวชปฏิบัตินี้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องมีกลุ่มที่รับผิดชอบดำเนินการส่วนนี้และพัฒนาเป็นโครงสร้างที่ถาวรและมีศักยภาพมากขึ้นต่อไป

ขั้นตอนการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (เครือข่ายแนวทางเวชปฏิบัติ, 2544)

ขั้นตอนการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ ที่เหมาะสมกับประเทศไทย มีดังนี้

1. กำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดทำ
2. กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะเป็นผู้ใช้ เช่น การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในส่วนที่แพทย์เป็นผู้ปฏิบัติ เป็นต้น
3. ผู้ใช้ เป็นผู้เสนอเรื่องหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของเรื่องที่จะมีแนวทางเวชปฏิบัติ หรือผู้กำกับคุณภาพเป็นผู้เห็นปัญหาและเสนอแนะเรื่องหรือขอบเขต
4. จัดตั้งกลุ่มทำงาน ซึ่งควรประกอบด้วย ผู้ที่มีข้อมูลด้านวิชาการ ผู้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ผู้ที่เข้าใจในการพิจารณาผู้ใช้ข้อมูลและการตัดสินใจ และผู้ประสานงานที่เข้มแข็ง
5. กำหนดวัตถุประสงค์ของการเปลี่ยนแปลงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้แนวทางเวชปฏิบัติเรื่องที่จะทำขึ้น
6. ทบทวนการปฏิบัติในขอบเขตเรื่องนั้นๆ (เช่น การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง) เลือกเฉพาะประเด็นที่มีปัญหาในการปฏิบัติมาพิจารณา (เช่น การให้ยาเพื่อลดการเคลื่อนตัวของลำไส้) โดยการระบุทางเลือก (เช่น การให้ หรือ ไม่ให้) แล้วหาข้อมูลมาเป็นเหตุผลประกอบการตัดสินใจเลือกทางเลือกดังกล่าว อาจจะใช้การตัดสินใจเลือกในแนวทางเวชปฏิบัติ ที่ทำโดยผู้เชี่ยวชาญ หรือที่มีการทำขึ้นแล้วทั้งในและนอกประเทศ แต่ต้องดูให้ดีกว่าการตัดสินใจเลือกที่จะนำมาใช้นั้นได้แสดงถึงเหตุผลที่ดี และเหมาะสมต่อการนำมาใช้หรือไม่
7. ระบุแนวทางที่แนะนำ พร้อมกับเหตุผลและที่มาของข้อมูล แนวทางที่แนะนำอาจมีมากกว่าหนึ่ง หากไม่มีข้อมูลเพียงพอให้ตัดสินใจเลือกได้
8. บรรจุแนวทางปฏิบัติที่แนะนำสำหรับประเด็นที่เคยมีปัญหาในการปฏิบัติ เข้ากับแนวทางส่วนอื่นๆ ที่ไม่มีปัญหา
9. นำเสนอให้เหมาะสมและสะดวกต่อการนำไปใช้ และดำเนินการให้เกิดการใช้
10. ประเมินผลจากการใช้แนวทางเวชปฏิบัติเหล่านั้นๆทั้งในส่วนของความสอดคล้องกับการปฏิบัติงานของผู้ใช้ และผลด้านการบริการสุขภาพที่กำหนดไว้

2. นโยบายสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการจัดรูปแบบระบบบริการ โดยกำหนดให้มีศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้น ซึ่งจะมีบทบาทสำคัญในการเป็นหน่วยบริการที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการอย่างสะดวก และบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชนจะเป็นผู้ที่ดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่องในระดับตำบล ครอบคลุม และชุมชน ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีเป็นกันเองไว้ใจกันและกัน และเป็นส่วนหนึ่งของระบบในชุมชนนั้น อันจะนำไปสู่รูปธรรมการดูแลแบบองค์รวม การสร้างสุขภาพ ซึ่งจะก่อผลดีทั้งในระดับตัวบุคคล

ครอบครัว สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ตามที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง เป็นยุทธศาสตร์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมสุขภาพ และลดโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศ โดยกำหนดตัวชี้วัดในระดับหมู่บ้าน/ตำบล และ อำเภอ/จังหวัด ใน 3 มิติ คือ ทางกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาด้านสุขภาพตามยุทธศาสตร์ ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง มีความเป็นอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และปราศจากโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ รวมทั้งมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเป็นอย่างดีและต่อเนื่อง รัฐบาลได้ประกาศนโยบายการรณรงค์ ปีแห่งการสร้างสุขภาพ เพื่อให้ประชาชน ทุกคนมีสุขภาพภายใต้กลยุทธ์ รวมพลังสร้างสุขภาพ โดยให้ประชาชนตลอดจนหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมสนับสนุนให้เกิดการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพให้ตระหนักและใส่ใจสุขภาพร่วมกันดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน เพื่อการมีสุขภาพดี โดยการรณรงค์และควบคุมลดโรค 6 โรค คือ โรคเอดส์ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ไข้เลือดออก และโรคเบาหวาน นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพไทย ในยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข และยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง (พ.ศ. 2547-2558) กล่าวว่าความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางกาย (physical health) มีเป้าหมาย คือ คนไทยที่มีอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวพร้อมสุขภาพแข็งแรง อัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของคนไทยลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพไทย, 2550) โดยสถานการณ์อัตราการเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีความสำคัญใน 5 โรค มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2537 ประมาณ 3.6 – 6.5 เท่า ในปี 2549 คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองใหญ่ โรคมะเร็ง (ตับ ปอด เต้านม ปากมดลูก) มีอัตราป่วยคิดเป็น 659.57, 618.53, 586.82, 188.33 และ 124.38 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และมีอัตราตายสูงสุดด้วยโรคมะเร็งในอัตรา 38.1 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ในอัตรา 28.4, 20.6, 12.0 และ 3.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

หลังจากที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดโครงการรณรงค์ตรวจวัดความดันโลหิต ให้ประชาชนไทยที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปพร้อมกันทั้ง 76 จังหวัดทั่วประเทศ ตั้งแต่วันที่ 2 - 8 กันยายน 2550 โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ให้บริการตรวจคัดกรองหาผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีอาการแสดง ให้ได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่แรกพบ โดยตรวจทั้งหมด 20,717,187 คน ครอบคลุมคนอายุ 35 ปีขึ้นไปทั่วประเทศร้อยละ 75 พบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงกว่าปกติคือตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ทั้งหมด 2,370,897 คน คิดเป็นร้อยละ 11 โดยพบในชายร้อยละ 11 ผู้หญิงพบร้อยละ 12 กล่าวได้ว่าในคนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไปทุกๆ 10 คน จะมีคนเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ 1 คน จังหวัดที่พบคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด อันดับ 1 ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 27 รองลงมา

ได้แก่ เชียงใหม่ ร้อยละ 25 พระนครศรีอยุธยา ร้อยละ 22 สมุทรสงคราม ร้อยละ 20.31 และ นครสวรรค์ ร้อยละ 20.02 จึงต้องเร่งรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจ กระตุ้นให้คนไทยตื่นตัวหันมาดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันอย่างจริงจังไม่ให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง (<http://www.moph.go.th/>)

ในการดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพและเป็นธรรมนั้น มีการกำหนดแผนงานพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ ข้อมูลและแนวทางเวชปฏิบัติ จะเป็นเครื่องมือสำคัญ ที่จะช่วยในการตัดสินใจของผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ กลุ่มครองผู้บริโภค และสร้างความเข้าใจระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ รวมทั้งจะเป็นประโยชน์ในการกำหนดค่าใช้จ่ายและกำลังคนที่ต้องการต่อไปด้วย เครือข่ายพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ เกิดจากการรวมตัวของกลุ่มนักวิชาการซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากผู้ผลิต ผู้ใช้ และผู้ส่งเสริมแนวทางการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ เพื่อจัดระบบและสร้างเสริมแนวทางเวชปฏิบัติขึ้นในประเทศไทย เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เครือข่ายพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ โดยมีแนวทางดังนี้

1. เป้าหมายแนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับภาวะที่พบบ่อยหรือเป็นปัญหาสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ
2. คุณลักษณะเป็นชุดแนวทางเวชปฏิบัติที่ครอบคลุมทั้งการรักษา การฟื้นฟู รวมถึงการส่งเสริมและป้องกัน สำหรับปัญหาสุขภาพแต่ละเรื่อง ระบุแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมทั้งในระดับสถานีนามัย คลินิกเอกชน และโรงพยาบาล รวมทั้งข้อบ่งชี้ในการส่งต่อไปยังระดับที่สูงกว่าหรือการขอคำปรึกษา
3. วิธีการจัดทำ เป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง ผู้เชี่ยวชาญทางวิชาการ และผู้ปฏิบัติในการทบทวนแนวทางในการปฏิบัติที่หน่วยงาน/องค์กร/สถาบันต่างๆ ได้จัดทำไว้แล้ว ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ โดยนำหลักฐานจากการศึกษาที่น่าเชื่อถือและทันสมัยมาช่วยสนับสนุน รวมทั้งจัดแนวทางเวชปฏิบัติเพิ่มเติมสำหรับเรื่องที่ยังไม่เคยดำเนินการมาก่อน (แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน , 2544)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องกำหนดเป็นนโยบายสุขภาพระดับประเทศ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องหากผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยอย่างทันท่วงที ตลอดจนได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสม จะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตของคนไทยในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้กำหนดนโยบายให้โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นเป้าหมายที่สำคัญซึ่งจำเป็นต้องได้รับการป้องกันและควบคุมในระดับประเทศ

3. โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

3.1 โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน เป็นความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง(hyperglycemia) ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังซึ่งเป็นผลให้มีการทำลาย การเสื่อมสภาพ และการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะต่างๆที่สำคัญได้แก่ ตา (retinopathy) ไต (nephropathy) เส้นประสาท (neuropathy) และหลอดเลือดแดงทั้งขนาดเล็ก (microangiopathy) และขนาดใหญ่ (macroangiopathy)

การจำแนกประเภทของโรคเบาหวาน

การจำแนกประเภทของโรคเบาหวานตามองค์การอนามัยโลก ค.ศ. 1985 ซึ่งแบ่งตามลักษณะคลินิก ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่พึ่งอินซูลิน (IDDM) โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (NIDDM) โรคเบาหวานที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางโภชนาการ (MRDM) และโรคเบาหวานที่มีสาเหตุจากอื่นๆ ซึ่งการจำแนกดังกล่าวพบว่าไม่มีความสัมพันธ์หรือไม่สามารถแยกกันได้ชัดเจนในแง่ของพยาธิสรีรวิทยาในการเกิดโรค การดำเนินโรค การตอบสนองต่อการรักษา และการป้องกันโรค ดังนั้นการจำแนกประเภทโรค เบาหวานใหม่ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association) ค.ศ. 1997 และองค์การอนามัยโลก ค.ศ. 1998 ซึ่งได้มีการเปลี่ยนแปลงจำแนกประเภทของโรค เบาหวานใหม่ ได้แก่

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 DM) หมายถึง โรคเบาหวานที่เกิดจากการทำลายเบตาเซลล์ของตับอ่อน ส่วนใหญ่จะเกิด autoimmune ส่วนน้อยจะไม่ทราบสาเหตุ โรคเบาหวานชนิดนี้ในที่สุดจำเป็นต้องใช้อินซูลินเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ ketoacidosis
2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 DM) หมายถึง โรคเบาหวานที่เกิดจากภาวะขาดอินซูลินร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อน ซึ่งเป็นโรคเบาหวานที่พบได้บ่อยที่สุด
3. โรคเบาหวานชนิดอื่น ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ทราบชนิดชัดเจน โรคของตับอ่อน ความผิดปกติของฮอร์โมน ยา หรือสารเคมี และอื่นๆ
4. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หมายถึง โรคเบาหวานหรือความผิดปกติของความทนต่อกลูโคสที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์

การวินิจฉัยโรคเบาหวานตามเกณฑ์ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association) ค.ศ.1997 และองค์การอนามัยโลก ค.ศ. 1998 ซึ่งได้มีเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเบาหวานที่เหมือนกัน ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ตารางการวินิจฉัยโรคเบาหวานตามเกณฑ์ WHO 2006 และ DNA 2003

เกณฑ์การวินิจฉัย Criteria diagnosis	WHO 2006	DNA 2003
โรคเบาหวาน (diabetes) Fasting plasma glucose (FPG) 2 ชม. ภายหลังกินน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม (75 gm. OGTT 2 ชม.)	≥ 126 มก./มล ≥ 200 มก./มล	≥ 126 มก./มล ≥ 200 มก./มล
Impaired glucose tolerance (IGT) FPG 75 gm. OGTT 2 ชม.	< 126 มก./มล ≥ 140 มก./มล , < 200 มก./มล	< 126 มก./มล ≥ 140 มก./มล , < 200 มก./มล
Impaired fasting glucose (IFG) FPG 75 gm. OGTT 2 ชม.	110 -125 มก./มล (measurement recommended)	100 -125 มก./มล (measurement recommended)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน แยกเป็นหัวข้อใหญ่ๆ คือ

1. ภาวะแทรกซ้อนฉับพลัน
2. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ที่เกิดขึ้นบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ diabetic ketoacidosis และ hyperosmolar nonketotic coma

1. Diabetic ketoacidosis เกิดจากการที่ร่างกายขาดอินซูลินอย่างมาก จนไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ ร่างกายจะเปลี่ยนไปใช้ไขมันเป็นพลังงานแทน ทำให้เกิดของเสีย เรียกว่า สารคีโตนในเลือดสูงร่วมกับระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้เลือดมีภาวะเป็นกรด ผู้ป่วยมีอาการ หายใจหอบลึก เป็นมากอาจหมดสติได้

2. Hyperosmolar nonketotic coma ผู้ป่วยจะมีอาการซึมลง และหมดสติ ร่วมกับภาวะแห้งน้ำอย่างมาก มีอาการน้ำตาลในเลือดสูงมากและค่า serum osmolality สูงด้วย

นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาที่เป็นเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากปัญหาของเมตาบอลิก (metabolic problem) เช่น น้ำตาลในเลือดสูงภาวะติดเชื้อและน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในขณะการรักษาโรคเบาหวาน พบได้ตั้งแต่อาการเล็กน้อยเช่นหน้ามืดใจสั่นถึงมี

อาการรุนแรงจนถึงชักรหมดสติ และนำไปสู่การเสียชีวิตเฉียบพลัน จากการศึกษาพบว่าภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำพบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าชนิดที่ 1 โดยพบบ่อยในผู้สูงอายุเพศหญิง และพบในกลุ่มที่ใช้ยารักษาเบาหวานกลุ่มซัลโฟนิลยูเรียร่วมกับกลุ่มไบกัวไนด์มากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มที่ใช้อินซูลินอย่างเดียวและซัลโฟนิลยูเรียอย่างเดียวตามลำดับ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำพบมากที่สุดคือ การรับประทานอาหารได้น้อยลง รองลงมาคือมีสาเหตุจากการกินยามากเกินขนาดที่ใช้รักษา มีภาวะติดเชื้อและไตวายเฉียบพลันตามลำดับ (พรพิมล ปัญงษ์, 2550)

ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือภาวะแทรกซ้อนทาง microvascular ได้แก่ retinopathy, neuropathy และ nephropathy กับโรคแทรกซ้อนทาง macrovascular ได้แก่ coronary artery disease, cerebrovascular disease และ peripheral vascular disease ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย พิการและการเสียชีวิตในโรคเบาหวาน

1. Diabetic retinopathy เป็นภาวะที่พบได้บ่อยและมักจะไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือได้รับวินิจฉัยล่าช้า หากไม่ได้ทำการซักประวัติและตรวจร่างกาย จะเป็นสาเหตุที่สำคัญในการเกิดตาบอดหรือสูญเสียสายตางาน การควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติหรือเท่ากับระดับปกติสามารถลดอุบัติการณ์และชะลอการดำเนินโรคได้ รอยโรคอาจแบ่งได้เป็นระยะๆ คือ background (BDR) หรือ nonproliferative retinopathy (NPDR), preproliferative (PPDR) และ proliferative retinopathy (PDR) การดำเนินโรคมักค่อยเป็นค่อยไป อาจไม่มีอาการใดๆจนกระทั่งถึงระยะที่มี macular edema หรือ PDR ที่มีเลือดออกรุนแรงซึ่งทำให้ตามัวมาก ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ในช่วง 5 ปีแรกมักไม่พบ NPDR และอัตราความชุกจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วหลังเป็นเบาหวานเกิน 10 ปีขึ้นไป สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เริ่มเป็นเมื่ออายุมาก อาจพบ NPDR ได้แม้ว่าเพิ่งได้รับการวินิจฉัยใน 2 ปีแรก ส่วน macular edema มักเกิดในผู้ป่วยที่เริ่มเป็นเบาหวานเมื่ออายุมากแล้ว

2. Diabetic nephropathy เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเจ็บป่วยและการตายในผู้ป่วยเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และ 2 พบว่าอุบัติการณ์และการดำเนินโรคมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตสูง และปัจจัยทางพันธุกรรม ในผู้ป่วยเบาหวานที่มี diabetic nephropathy จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด diabetic retinopathy และไขมันในเลือดผิดปกติ ได้บ่อยกว่าผู้ที่ไม่ได้มี nephropathy สำหรับความผิดปกติที่พบในระยะแรกได้แก่ microalbuminuria ซึ่งเป็นภาวะที่มีอัลบูมินในปัสสาวะระหว่าง 30 - 300 มก.ต่อวัน หรือ 20 - 200 ไมโครกรัมต่อนาที ซึ่งไม่สามารถตรวจพบด้วยวิธีทั่วไปสำหรับตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ พบว่าเป็นปัจจัยที่พยากรณ์การเกิด clinical diabetic nephropathy คือมี proteinuria ชัดเจนหรือ macroalbuminuria และการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายควรได้รับการตรวจ

3. Diabetic neuropathy เป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อย แต่ผู้ป่วยมักไม่ได้รับการวินิจฉัย และแพทย์มักจะไม่ได้ซักประวัติหรือตรวจร่างกายผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยมีได้หลายรูปแบบอาจเพียงอาการเล็กน้อยจนถึงรุนแรงได้ เช่นผู้ป่วยอาจมีอาการชาเพียงเล็กน้อย หรืออาจมี painful neuropathy ที่ปลายเท้า มือ หรือตามตัว (truncal radiculopathy) บางรายมีอาการอึดอัด แน่นท้อง หรือท้องเสียบ่อยๆ (autonomic neuropathy) ปัสสาวะไม่สะดวกและมีตกค้างในกระเพาะปัสสาวะ (neurogenic bladder) ทำให้เกิดการติดเชื้อแทรกซ้อนได้บ่อยและเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน (สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2543)

ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก ที่พบบ่อย 3 อันดับแรก คือภาวะแทรกซ้อนที่เรตินาของตา ต้อกระจก และภาวะแทรกซ้อนทางไต (เพชร รอดอารีย์, 2547) ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ถ้าเป็นเบาหวานนานๆ ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กได้มาก จากการศึกษา พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตาของผู้ป่วยเบาหวาน มีปัจจัยจากการมีระยะเวลาที่เป็นเบาหวานนานตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป ระดับไขมันในเลือด ≥ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ความดันโลหิตช่วงบนสูงกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลสะสมมากกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และมีภาวะไตเสื่อม ค่าครีตินินในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 2 (สุนทรภรณ์ จิตสมานนท์, 2550) แต่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของโรคเบาหวานกับจอประสาทตาเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าจอประสาทตาเสื่อมสัมพันธ์กับไมโครอัลบูมินูเรีย (microalbuminuria) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบความเสี่ยงของการเกิดจอประสาทตาเสื่อมในผู้ที่มีระดับไมโครอัลบูมินูเรีย 50-100 มิลลิกรัมต่อลิตร เท่ากับ 1.9 เท่าของผู้ที่มีระดับไมโครอัลบูมินูเรีย 0-20 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของระดับไมโคร อัลบูมินูเรียกับระยะเวลาในการเป็นเบาหวาน (ศรัณยา สุคันธชัยวงศ์, 2549)

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับเส้นประสาทส่วนปลาย อาการปกติที่พบคือ อาการชาบริเวณปลายเท้า บางรายอาจมีอาการปวดร่วมด้วย อาการชาทำให้เกิดแผลที่เท้าโดยไม่รู้สึกรู้ส ซึ่งถ้าเกิดร่วมกับโรคของหลอดเลือดส่วนปลายหรือมีการติดเชื้อซ้ำ มีผลทำให้เกิดแผลเรื้อรังและมีเนื้องอก ทำให้ผู้ป่วยถูกตัดขา ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาทุพพลภาพและสูญเสียสุขภาพดีในผู้สูงอายุ

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดขนาดใหญ่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง พบว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคกับหลอดเลือดขนาดใหญ่ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 2-4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน และโรคของหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานเป็นปัจจัยสำคัญของการเสียชีวิต และทำให้อายุสั้นลงประมาณ 8 ปี เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน (Roper และคณะ, 2001 อ้างใน พงศ์อมร บุญนาค, 2547)

3.2 โรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง หมายถึงระดับความดันโลหิต 140/90 มม.ปรอท หรือมากกว่าซึ่งจะเป็นค่าบนหรือค่าล่างก็ได้

Isolated systolic hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิต systolic 140 มม.ปรอท หรือมากกว่า แต่ระดับความดันโลหิต diastolic ต่ำกว่า 90 มม.ปรอท

Isolated office hypertension (White coat hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่วัดในคลินิกโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุข มีค่า 140/90 มม.ปรอท หรือมากกว่าแต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านพบว่าต่ำกว่า 135/85 มม.ปรอท (จากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

การแบ่งระดับความดันโลหิตจำแนกตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป มีเกณฑ์ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย และของ JNC VII (2003) ซึ่งมีความแตกต่างกันดังแสดงในตาราง 2 และ 3

ตาราง 2 ระดับความดันโลหิตสูง (มม. ปรอท) จำแนกตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป

Category	SBP		DBP
optimal	<120	และ	<80
normal	120-129	และ/หรือ	80-84
high normal	130-139	และ/หรือ	85-89
grade 1 hypertension (mild)	140-159	และ/หรือ	90-99
grade 2 hypertension (moderate)	160-179	และ/หรือ	100-109
grade 3 hypertension (severe)	≥180	และ/หรือ	≥110
Isolated systolic hypertension	≥140	และ	<90

หมายเหตุ SBP – systolic blood pressure; DBP – diastolic blood pressure; เมื่อความรุนแรงของ SBP และ DBP อยู่ต่างระดับกัน ให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์ สำหรับ isolated systolic hypertension ก็แบ่งระดับความรุนแรงเหมือนกันโดยใช้แต่ SBP (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

ตาราง 3 ตารางการจำแนกระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปตาม JNC VII 2003

ความหมาย	ความดันโลหิตตัวบน (มม.ปรอท)	ความดันโลหิตตัวล่าง (มม.ปรอท)
ปกติ	< 120	< 80
มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง	120-139	80-89
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1	140-159	90-99
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2	≥ 160	≥ 160

ที่มา : ประยุกต์จาก JNC VII 2003; 289-2560-72 (อ้างใน ดิลก ภิกขุไทย, วารสารคลินิก, 2546: 1,020)

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

1. ความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ หรือเรียกว่า ชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ คือ ตรวจไม่พบความผิดปกติของร่างกายที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูง พบได้ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด

2. ความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ หรือเรียกว่า ความดันโลหิตสูงชนิดมีสาเหตุ ซึ่งความดันโลหิตสูงชนิดนี้พบได้น้อยประมาณ ร้อยละ 10 ของความดันโลหิตสูงทั้งหมด พบจากสาเหตุหลายประการ เช่น ได้รับยาบางประเภท เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฮอร์โมนเอสโตรเจน ยาสเตียรอยด์ ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยาแก้ปวดและยาแก้หวัดที่เข้ายาแก้ปวด ยาลดความอ้วน อะครีนาลิน ทีโอฟีลลีน ยาฮอร์โมนไทรอยด์ ยาแก้ซึมเศร้าชนิดไตรไซคลิก ความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ โรคบางอย่าง เช่น โรคไต โรคของต่อมไร้ท่อไต หลอดเลือดแดงเอออร์ตาตีบตัว (Coarctation of aorta) ลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว (Aortic insufficiency) ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเนื่องจากมีภาวะผนังหลอดเลือดแดงแข็ง ความดันโลหิตอาจสูงชั่วคราวเมื่อมีภาวะที่ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น เช่น ไข้ ช็อค ออกกำลังกายใหม่ๆ จากอารมณ์เครียดหรือสาเหตุอื่นๆ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงในกะโหลกศีรษะ ตะกั่วเป็นพิษ เป็นต้น (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2544: 408)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไต และภาวะแทรกซ้อนทางตา เป็นต้น

1. โรคหลอดเลือดสมอง อาจทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบตันหรือแตก กลายเป็นโรคอัมพาตครึ่งซีกซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ในรายที่มีเส้นโลหิตฝอยในสมองส่วนสำคัญแตกก็อาจตายได้อย่างรวดเร็ว ถ้าเป็นเรื้อรังบางคนอาจกลายเป็นโรคความจำเสื่อมสมาธิลดลง ในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน อาจทำให้เกิดอาการชักหรือหมดสติได้

1.1 Ischemic stroke เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง พบมากถึง 80 % มีสาเหตุเกิดจาก

1.1.1 Cerebral thrombosis เนื่องจากหลอดเลือดตีบลง อาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น เส้นเลือดอักเสบหรือผนังเส้นเลือดที่หนาตัว ที่มักเป็นในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันสูง ไขมันสูง

1.1.2 Cerebral embolism เกิดจากก้อนเล็กๆที่เรียก emboli ส่วนใหญ่เป็นก้อน blood clot จากหัวใจหรือเส้นเลือดใหญ่ที่ถูกบีบให้ล่องลอย ขึ้นไปตามหลอดเลือดสู่สมองผ่าน carotid artery และไปอุดตันหลอดเลือดไว้ในที่สุด emboli จากหัวใจมักเกิดจากการที่หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ ลิ้นหัวใจรั่วทำให้เกิดลิ่มเลือด เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ การใส่ลิ้นหัวใจเทียม กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือเกิดจากเส้นเลือดที่เป็นแผล (atherosclerosis)

1.2 Cerebral hemorrhage หมายถึง การที่มีเลือดออกในสมองเกิดจากเส้นเลือดในสมองแตก

1.3 Transient ischemic attack (TIA) เป็นภาวะที่เกิดชั่วคราวไม่ถึง 1 วัน ไม่มี brain damage อาจมีอาการชาหรืออ่อนแรงของกล้ามเนื้อหรือระดับความรู้ตัวเปลี่ยนไป

2. โรคหัวใจ หัวใจทำงานหนักทำให้หัวใจจนกระทั่งเกิดภาวะหัวใจวายได้ นอกจากนี้ยังอาจทำให้หลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจตีบตันกลายเป็นโรคหัวใจขาดเลือด และถึงขั้นรุนแรงจนเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด

2.1 Myocardial infarction เป็นความผิดปกติที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายเสียหายจากการที่เลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นไม่เพียงพอ

2.2 Angina pectoris อาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่พอเพราะมีไขมันไปเกาะตามผนังหลอดเลือดเรียก plaque เส้นเลือดจะแข็งตัว บางครั้ง plaque อาจจะหลุดทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

2.3 Congestive heart failure ภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้เพียงพอต่อความต้องการในขณะพัก หรือเมื่อต้องการออกกำลังกาย เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นในระยะสุดท้ายของโรคหัวใจทุกชนิด และยังเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นๆด้วย

3. โรคไต อาจเกิดภาวะไตวายเรื้อรังเนื่องจากหลอดเลือดแดงเสื่อม เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ ภาวะไตวายนี้ยังจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นเกิดจากไตเสื่อมสมรรถภาพ คือมี plasma creatinine >1.5 มก./ดล.ในชาย, >1.4 มก./ดล. ในหญิง Albuminuria >300 มก./วัน หรือ proteinuria >500 มก./วัน

4. จอประสาทตาผิดปกติ มี Hemorrhage, Exudates, Papilledema ทำให้มองภาพไม่ชัด หรือตาบอดจะเกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้าๆ ในระยะแรกหลอดเลือดจะตีบตัน ต่อมาอาจแตกมีเลือดออกที่จอตา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อยๆ จนตาบอด พบว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยค่าความดันโลหิต ตัวบนมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเกิดหลอดเลือดดำในจอประสาทตาอุดตันเป็น 25.25 เท่าของคนที่ไม่มีความดันโลหิตสูง (สรเสรีญ จารุโรจน์สกุลชัย, 2550)

5. หลอดเลือดส่วนปลาย ความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วไป ทำให้หลอดเลือดตีบแคบหรือโป่งพอง ผลคือทำให้เลือดไหลไปเลี้ยงแขนขาและอวัยวะภายในลดลง ทำให้ปวดขา

4. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

แนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดโดยโครงการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตามนโยบายรัฐบาลที่จัดทำร่วมกันของเขตราชการ 1 คัดแปลงคัดย่อและเรียบเรียงมาจากแนวทางเวชปฏิบัติในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2544 (แนวทางเวชปฏิบัติโครงการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ตามนโยบายรัฐบาล เขตราชการที่ 1 กระทรวงสาธารณสุข, 2546) (ดูรายละเอียดในภาคผนวก)

4.1 แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ภาคผนวก ค)

การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสม สามารถลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน ลดความกังวล และลดค่ารักษาพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรูปแบบที่ดีใกล้เคียงกับคนปกติ เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีความชุกสูง และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ผู้ป่วยเบาหวานจึงควรได้รับการวินิจฉัยและดูแลตั้งแต่ระยะแรก และต่อเนื่องตลอดชีวิต การรักษาต้องการความร่วมมือระหว่างแพทย์ ตัวผู้ป่วยเองและทีมสุขภาพอื่นๆ โดยเน้นการรักษาในระดับปฐมภูมิและส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเมื่อมีปัญหาในการรักษา การรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลในแต่ละขั้นตอนประกอบด้วยดังนี้

1. การคัดกรอง

ตรวจ Dextro stick ผู้มาตรวจอาจจะอดหรือไม่อดอาหาร พบน้ำตาลในเลือดมากกว่า 200 มก./ ดล. นัดตรวจ FPG มากกว่า 200 มก./ ดล. หากไม่มีอาการพบแพทย์ ใน 1-2 วัน แต่หากอดอาหาร 8 ชั่วโมงถ้า FPG มากกว่า 126 มก./ ดล. นัดทำ FBS ตรวจซ้ำภายใน 1 เดือน หลังจากการควบคุมอาหารถ้าน้ำตาล FPG มากกว่า 200 มก./ ดล. และมีอาการให้ส่งพบแพทย์ เพื่อให้การรักษา การวินิจฉัยโรคและการจำแนกประเภทโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ยกเว้นหญิงตั้งครรภ์

วิธีการและเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวาน

ระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล. อย่างน้อย 2 ครั้งหรือระดับกลูโคสในพลาสมาเมื่อเวลาใดก็ได้ (random plasma glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน หรือระดับกลูโคสในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมง หลังการดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม (75 g. oral glucose tolerance test) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. อย่างน้อย 2 ครั้ง

การคัดกรองโรคเบาหวาน

การคัดกรองโรคเบาหวานแนะนำให้ใช้การตรวจพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose หรือ FPG) หรือใช้การตรวจความทนต่อกลูโคส 75 กรัม (75 g. OGTT)

การแปลผลค่าพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (FPG)

FPG < 110 มก./ดล. = ปกติ

FPG 110-125 มก./ดล. = impaired fasting glucose (IFG)

FPG ≥ 126 มก./ดล. = โรคเบาหวาน

การแปลผลค่าพลาสมากลูโคสที่ 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม (75 g. OGTT)

2 h – PG < 140 มก./ดล. = ปกติ

2 h – PG 140-199 มก./ดล. = impaired fasting glucose (IFG)

2 h – PG ≥ 200 มก./ดล. = โรคเบาหวาน

2. การมารับการดูแลรักษาครั้งแรก

2.1 การซักประวัติ

ประวัติที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน อาการเริ่มต้น ระยะเวลา อายุที่เริ่มเป็นประวัติอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง ประวัติของการได้รับการรักษามาก่อน ยาที่ได้รับ ยารักษาเบาหวาน หรือยาอื่นๆ โรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ได้แก่ ความดันเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคระบบหลอดเลือดหัวใจ เก๊าท์ โรคตาและไต อาชีพ การดำเนินชีวิต การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา อุปนิสัยในการกิน ความเครียด พฤติกรรมการรับประทานอาหารและเศรษฐกิจ ประวัติครอบครัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดันเลือดสูง เก๊าท์ อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจขาดเลือดหรือโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ

2.2 การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ชีพจร ตาและจอตา ระบบประสาท ผิวหนังและเท้า ตรวจเพื่อค้นหาโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อจอตา ไต หัวใจและหลอดเลือด

2.3 ตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Fasting plasma glucose และ postprandial plasma glucose, Glycosylated haemoglobin (HbA1c หรือ HbA1c) หรือ fructosamine, Total cholesterol, Triglyceride, HDL-cholesterol, Serum creatinine, urine analysis ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และถ่ายภาพรังสีทรวงอก

3. การรักษา

- 3.1 ตั้งเป้าหมายระดับการควบคุมให้เหมาะสมกับอายุและสถานะของผู้ป่วย
- 3.2 ให้การศึกษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อน และครูในผู้ป่วยเด็ก
- 3.3 แนะนำอาหาร และการออกกำลังกายให้เหมาะสม
- 3.4 ส่งเสริมการดูแลตนเองและการประเมินผลการรักษาด้วยตนเอง

4. การติดตามและประเมินผลการรักษา

ตรวจร่างกายอย่างละเอียด อย่างน้อยปีละครั้ง ตรวจตาปีละครั้งโดยจักษุแพทย์ วัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง ตรวจปัสสาวะดู Proteinuria อย่างน้อยปีละครั้ง ตรวจ Lipids profiles ถ้าครั้งแรกผิดปกติ ควรตรวจซ้ำปีละครั้ง ประเมินประสิทธิภาพในการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย เลิกบุหรี่และเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ประเมินคุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว และส่งผู้ป่วยเบาหวานไปพบแพทย์อย่างน้อย 6 เดือนต่อครั้ง

การติดตามผลการรักษาขึ้นอยู่กับความรุนแรง และวิธีการรักษาในระยะแรกอาจจะต้องนัดผู้ป่วยทุก 1-2 สัปดาห์ เพื่อให้ความรู้ ปรึษาขนาดของยาจนกว่าจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายและตรวจหาโรคแทรกซ้อนในระยะต่อไปทุก 6-12 เดือน และประเมินว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายหรือไม่ ผู้ป่วยติดตามการรักษาได้สม่ำเสมอ หรือมีอุปสรรคในการรักษาอย่างไร

5. หลักเกณฑ์ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล

ศูนย์สุขภาพชุมชนส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลในกรณีดังต่อไปนี้

1. เมื่อศูนย์สุขภาพชุมชนดูแลรักษาผู้ป่วยครบ 6 เดือน ส่งกลับโรงพยาบาลเพื่อตรวจสถานะของตา ไต เท้า และระดับไขมัน
2. เมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน FBS < 70 มก./ดล. 1 ครั้ง และมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม อ่อนเพลียมากกว่าปกติ ให้ผู้ป่วยหยุดยาและไปพบแพทย์ทันทีเพื่อดูอาการ สัญญาณชีพ และดูอาการแสดง ถ้าไม่มีอาการให้ผู้ป่วย หยุดยา และไปพบแพทย์วันรุ่งขึ้นให้
3. FBS มากกว่า 180 มก./ดล. 2 ครั้ง (2 visit) แต่ถ้า FBS > 250 มก./ดล. ให้ส่งพบแพทย์ทันที

6. หลักเกณฑ์การส่งกลับไปรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

เมื่อแพทย์ตรวจผู้ป่วยและผลเลือดพบ FBS < 160 มก./ดล. ติดต่อกัน 2 ครั้ง (1 เดือน/1 ครั้ง) ให้ส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนได้ สำหรับยาที่ใช้ในการรักษา แล้วแต่การบริหารจัดการของเครือข่ายปฐมภูมิที่ตกลงกัน

4.2 แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ภาคผนวก ง)

การตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึงผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป ทั้งนี้จะต้องมีวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง การตรวจยืนยันว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตที่สูงอย่างถาวร อาจต้องทำการวัดอย่างน้อย 3 ครั้ง ห่างกันประมาณ 1-2 สัปดาห์ โดยเฉพาะในรายที่ความดันโลหิตสูงไม่มาก และตรวจไม่พบความผิดปกติของร่างกายที่แสดงถึงมีการทำลายของอวัยวะต่างๆ จากโรคความดันโลหิตสูง การแบ่งระดับความดันโลหิตพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

ความดันโลหิตสูง Grade 1 (mild) หมายถึง ความดันโลหิตระหว่าง 140 -159 / 90 -99 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสูง Grade 2 (moderate) หมายถึง ความดันโลหิตระหว่าง 160 -179/100 -109 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตสูง Grade 3 (severe) หมายถึง ความดันโลหิตระหว่าง $\geq 180 / \geq 110$ มิลลิเมตรปรอท หากพบความดันโลหิตสูงร่วมโรคกับเบาหวาน จะถือว่าเป็นความดันโลหิตสูง Grade 3 (severe) ทุกราย

1. การตรวจคัดกรอง

Grade 1 รอปรับพฤติกรรม นัดพบแพทย์ทุก 6 เดือน

Grade 2 พบแพทย์

Grade 3 พบแพทย์ทันที

เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง ควรทำการค้นหาปัจจัยเสี่ยงความเสื่อมของอวัยวะ (Target Organ Damage = TOD) โดยตรวจร่างกายซึ่งมีสมอง นัยน์ตา หัวใจ ไต หลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ กลาง และภาวะอื่นๆ ทางคลินิก (Associated Clinical Conditions = ACC)

ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

1. Risk stratification

- โรคความดันโลหิต (ระดับ 1-3)
- โรคเบาหวาน
- อายุ เพศชาย > 45 ปี หญิง > 55 ปี
- ประวัติการสูบบุหรี่
- ระดับ Total cholesterol > 240 มก./ดล.

- ระดับ HDL cholesterol < 40 มก/ดล.
- ประวัติครอบครัวเป็น Cardiovascular disease (stroke, myocardial infarction, death) เมื่อเพศ ชาย < 55 ปี, หญิง < 65 ปี

2. ปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการพยากรณ์โรค

- ระดับ LDL Cholesterol สูง
- ตรวจพบ Microalbuminuria
- Impaired glucose tolerance
- อ้วน (Body Mass Index > 25.0)

- Sedentary lifestyle
- High-risk socioeconomic group

Target Organ Damage (TOD)

- ตรวจพบ left ventricular hypertrophy
- ตรวจพบ Proteinuria
- ผล Creatinine 1.2 - 2.0 มก/ดล.
- พบ atherosclerotic Plaque (Carotid , iliac and femoral arteries , aorta)
- narrowing of retinal arteries

Associated Clinical Conditions (ACC)

- Cerebral artery disease เช่น ischemic and hemorrhagic stroke , transient ischemic attack

- Cardiac disease เช่น coronary artery disease, heart failure

- Renal disease- เช่น renal failure (Creatinine > 2.0 มก./ดล.)

- Vascular disease dissecting เช่น aortic aneurysm , symptomatic arterial disease

- Ophthalmologic disease เช่น severe hypertensive retinopathy, hemorrhage, exudates , papilledema

เกณฑ์การพิจารณาระดับความเสี่ยงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ปัจจัยเสี่ยง TOD , ACC และระดับความดันโลหิต โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ตามปัจจัยเสี่ยงและโรคอื่นๆ คือ Very high risk , High risk, Medium risk และ Low risk ดังแสดงใน (ภาคผนวก ง)

2. การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ให้คำแนะนำในเรื่องดังต่อไปนี้

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lifestyle modification) โดยทั่วไปคือ งดสูบบุหรี่ งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายและการเลือกบริโภคอาหาร

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความดันโลหิตสูง

2.1 ลดน้ำหนัก

2.2 ลดการรับประทานอาหารรสเค็ม

2.3 เพิ่มการออกกำลังกาย 30 - 45 นาที 4 ครั้งต่อสัปดาห์

2.4 เพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้

2.5 ผ่อนคลายความเครียด

3. รักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยยา แนวทางการพิจารณาให้ยาผู้ป่วยที่มีความดันโลหิต $>140/90$ มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยทั่วไป มีเป้าหมาย คือให้ลดความดันโลหิตช้าๆ ให้ได้ต่ำกว่า $140/90$ มิลลิเมตรปรอท โดยผู้ป่วยไม่มีอาการข้างเคียงจากยาลดความดันโลหิต

การให้ยาลดความดันโลหิต ไม่จำเป็นต้องเริ่มยาทุกราย และผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงบางรายอาจไม่ต้องใช้ยา ถ้าหากสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งต้องทำในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและช่วยลดความดันโลหิตทำให้สามารถลดปริมาณการใช้ยาลดความดันโลหิต กรณีมีความเสี่ยงสูงมากหรือสูงต้องเริ่มให้ยา ถ้ามีความเสี่ยงปานกลางหรือต่ำให้ติดตามความดันโลหิตเป็นระยะๆ โดย $BP \geq 140/90$ มม.ปรอทในผู้ป่วยทั่วไปให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เริ่มรักษาทางยาและลดปัญหาเสี่ยงอื่นๆเพื่อลดความดันโลหิตกรณีมีความเสี่ยงสูงมากและความเสี่ยงสูงให้ เริ่มรักษาทางยา ความเสี่ยงปานกลางให้ติดตามความดันโลหิตทุก 3 - 6 เดือนความเสี่ยงต่ำ ติดตาม ความดันโลหิตทุก 6 - 12 เดือน

การรักษาโดยการใช้ยาลดความดันโลหิตก่อนทำการรักษาโดยการใช้ยาลดความดันโลหิตควรได้ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า ก่อน ความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า $< 15\%$ มีความเสี่ยงเพิ่มเล็กน้อย 15 ถึง $< 20\%$ มีความเสี่ยงเพิ่มปานกลาง 20 - 30% มีความเสี่ยงเพิ่มสูง $> 30\%$ ถือว่าความเสี่ยงเพิ่มสูงมาก

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกรายต้องได้รับการตรวจเพื่อคัดกรองภาวะแทรกซ้อนปีละ 1 ครั้ง ดังต่อไปนี้ ตรวจปัสสาวะหา protein , sugar , cell ตรวจเลือด (serum) Fasting plasma glucose , creatinine , Electrolyte, potassium , sodium , cholesterol , Triglyceride , HDL – cholesterol ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและถ่ายภาพรังสีทรวงอก เพื่อช่วยวินิจฉัย plaque ที่ aorta ภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่พิจารณาส่งต่อไปโรงพยาบาล

1. ความดันโลหิตควบคุมไม่ได้ตามเกณฑ์
2. เมื่อแพทย์คิดว่าน่าจะมีสาเหตุทำให้เกิดความดันโลหิตสูง
3. Hypertension in pregnancy

4. หลักเกณฑ์ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล

เมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่องและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และไม่พบปัจจัยเสี่ยงควรส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ทุก 4 - 6 เดือน โดยความดันโลหิตสูงระดับ Grade 1 จำนวน 3 ครั้ง ความดันโลหิตสูงระดับ Grade 2 จำนวน 2 ครั้ง และความดันโลหิตสูงระดับ Grade 3 จำนวน 1 ครั้ง หรือต้องส่งพบแพทย์เมื่อมีโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคไตวาย โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต

5. หลักเกณฑ์การส่งกลับไปรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

ในการส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ผลการรักษาสามารถคุมความดันโลหิตได้ดี ความดันโลหิต ไม่เกิน 140 / 90 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกันอย่างน้อย 2 - 3 เดือน การรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชน ดำเนินการตามที่ เครือข่ายปฐมภูมิ แต่ละแห่ง จัดสรรยา

กรณีที่มีโรคแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคหัวใจ ไตวาย อัมพฤกษ์ อัมพาต แพทย์ผู้รักษาจะตัดสินใจว่าจะส่งกลับไปรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือไม่ ในกรณีผู้ป่วยในกลุ่ม High risk หรือ very high risk (เกณฑ์การประเมินระดับความเสี่ยงจากตาราง 3) ไม่ควรส่งรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

5. ตัวชี้วัดที่แสดงถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ตัวชี้วัดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้มีการรายงานเพื่อผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

5.1 ตัวชี้วัดที่แสดงถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและเป้าหมาย

ตัวชี้วัดที่แสดงถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย
Fasting plasma glucose(mg/dl)	90 – 130
Postprandial glucose (mg/dl)	< 180
HbA1c (%)	< 7
Total cholesterol (mg/dl)	< 200
LDL – cholesterol (mg/dl)	< 100
HDL – cholesterol (mg/dl)	> 45
Triglyceride (mg/dl)	< 200
BMI (kg/m2)	20-25 (ชาย), 19-24 (หญิง)
Blood pressure (mm.Hg)	< 130/89

นอกจากนี้ยังมีตัวชี้วัดที่สำคัญซึ่งต้องไม่เกิดขึ้น คือ

1. ภาวะแทรกซ้อนทางตา คือ Hemorrhage , Exudates , Papilledema
2. ภาวะแทรกซ้อนทางไต คือ ไตเสื่อมสมรรถภาพ: plasma creatinine >1.5 มก./ดล. ในชาย, >1.4 มก./ดล. ในหญิง, Albuminuria >300 มก./วัน หรือ proteinuria >500 มก./วัน
3. ภาวะแทรกซ้อนระบบประสาท เช่น Ischemic stroke, Cerebral hemorrhage, Transient ischemic attack (TIA)
4. ภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดแดงส่วนปลาย มีอาการชาเพียงเล็กน้อย หรืออาจมี painful neuropathy ที่ปลายเท้า มือ หรือตามตัว (truncal radiculopathy)
5. ภาวะแทรกซ้อนต้องตัดอวัยวะ
6. ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างหมายถึงผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นกับหลายอย่างในเวลาเดียวกัน
7. ผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน

5.2 ตัวชี้วัดที่แสดงถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวชี้วัดที่แสดงถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือผู้ป่วยต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังต่อไปนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ เช่น Myocardial infarction, Angina pectoris, Coronary revascularization, Congestive heart failure

2. ภาวะแทรกซ้อนทางไต คือ ไตเสื่อมสมรรถภาพ ผล plasma creatinine > 1.5 มก./ดล. ในชาย, >1.4 มก./ดล. ในหญิง, Albuminuria > 300 มก./วัน หรือ proteinuria >500 มก./วัน
3. ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง เช่น Ischemic stroke, Cerebral hemorrhage, Transient ischemic attack (TIA)
4. ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง หมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นกับหลายอย่างในเวลาเดียวกัน
5. ผู้เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง

6. ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของการไม่ปฏิบัติตามหรือไม่ใช้แนวทางเวชปฏิบัติ

โรคเบาหวาน หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ความผิดปกติของปลายระบบประสาท จอประสาทตาเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคไต และแผลบริเวณเท้าที่มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวาน โรคเบาหวานซึ่งสร้างปัญหาให้กับผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาวจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับอวัยวะเกือบทุกระบบในร่างกาย นำไปสู่การสูญเสียอวัยวะ เช่น การต้องถูกตัดขา หรือสูญเสียดวงตา จนไปถึงการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้น นอกจากนั้นแล้วผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยมานานกว่า 15 ปี ประมาณร้อยละ 2 จะมีความพิการทางสายตามากกว่าร้อยละ 50 พบความผิดปกติของปลายระบบประสาท ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองสูงเป็น 2 ถึง 4 เท่าเมื่อเทียบกับคนปกติ (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, 2549) ส่วนโรคความดันโลหิตสูง ผลกระทบทางด้านร่างกาย ระดับความดันโลหิตสูงมีผลทำให้หลอดเลือดถูกทำลาย และแข็งตัวส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ที่สำคัญในร่างกายถูกทำลาย ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต และตา ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง ไตวาย ซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อาจเป็นอันตราย เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2542) โดยพบว่าความดันซิสโตลิกที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 10 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 และโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 และเมื่อนำมาประเมินภาวะโรคแล้วพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และสองในสามของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกเกิดจากความดันโลหิตซิสโตลิกที่มากกว่า 115 มิลลิเมตรปรอท (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, 2549) ดังนั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จึงต้องควบคุมระดับความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติต่อเนื่องเพื่อป้องกันผลกระทบดังกล่าว

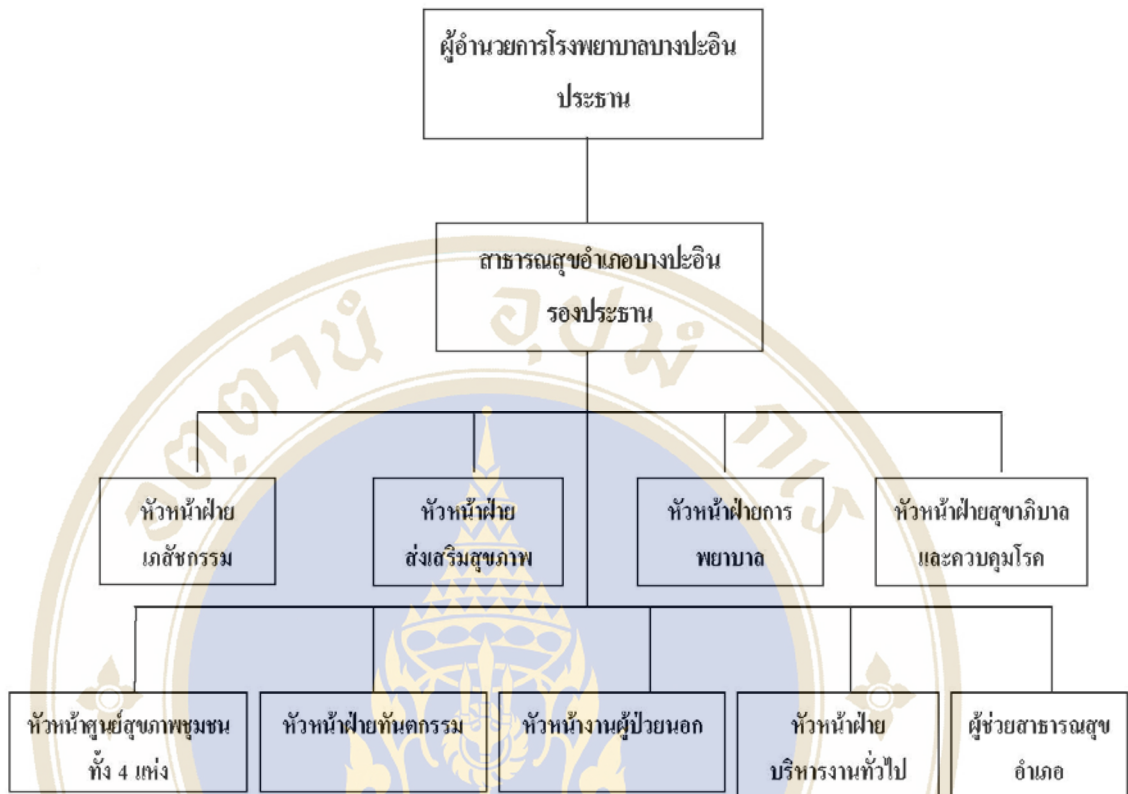
ผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หรือการมีข้อจำกัดในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ เช่นการที่ไม่ได้พบจักษุแพทย์เพื่อตรวจตาประจำปี หรือการที่ไม่สามารถส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเนื่องจากการขาดแคลนงบประมาณ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ จากการไม่ได้รับการตรวจตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดไว้ซึ่งอาจ เกิดความพิการ หรือเสียชีวิต ส่งผลกระทบต่อครอบครัวในการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายการดูแลผู้ป่วย ในกรณีเกิดความพิการ นอกจากนี้สถานบริการต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น

7. เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอและบริบทของพื้นที่ศึกษา

อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีสถานบริการสาธารณสุขทั้งหมด 22 แห่ง ซึ่งประกอบไปด้วยโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง จำนวน 1 แห่ง เป็นหน่วยงานประจำและทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายหลัก และมีสถานอนามัยลูกข่ายจำนวน 20 แห่ง ในจำนวนนี้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 4 แห่ง ให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่โดยเน้นการให้บริการระดับปฐมภูมิ มีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหน่วยงานสนับสนุน นิเทศและติดตามประเมินผลงาน ครอบคลุมพื้นที่เขตรับผิดชอบทั้งหมด 18 ตำบล จำนวน 149 หมู่บ้าน จากสถิติประชากรกลางปี 2552 จำนวนประชากรรวมทุกสิทธิในเขตรับผิดชอบทั้งหมดจำนวน 85,000 คน

มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการดูแลสถานบริการเครือข่ายอำเภอบางปะอิน ดังแสดงในแผนภูมิ 1 โดยคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2550 ซึ่งประกอบด้วย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	ประธาน
สาธารณสุขอำเภอ	รองประธาน
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล	กรรมการ
หัวหน้าฝ่ายสุขภาพจิตและควบคุมโรค	กรรมการ
หัวหน้าฝ่ายทันตกรรม	กรรมการ
หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม	กรรมการ
หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการ
หัวหน้างานผู้ป่วยนอก	กรรมการ
หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน 4 แห่ง	กรรมการ
หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป	เลขานุการ
ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ	ผู้ช่วยเลขานุการ



แผนภูมิ 1 โครงสร้างคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิอำเภอบางปะอิน
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

คณะกรรมการบริหารเครือข่ายปทุมภูมิ มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการในภาพรวมของระดับอำเภอ ที่ทำหน้าที่ทั้งในด้านการบริหารงาน บริหารงบประมาณ สนับสนุน และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งในระยะยาวต้องพัฒนาไปสู่ระบบภายใต้การกระจายอำนาจ จัดการให้มีการขึ้นทะเบียนสิทธิ ระบบข้อมูลฐานประชากรที่ขึ้นทะเบียน ฐานข้อมูลและเวชระเบียนเพื่อให้ใช้ในการบริการปัญหาเฉียบพลัน ปัญหาเรื้อรัง ระบบข้อมูลเพื่อการติดตามผู้ป่วย ระบบข้อมูลเพื่อการกำกับผลงาน ความครอบคลุม คุณภาพงาน การพัฒนาบุคลากรและการจัดการองค์ความรู้ของบุคลากรในแต่ละระดับ จัดการการเงิน การคลัง ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ บริหารเงิน ภายในเครือข่ายทั้งหมด และการตามจ่ายค่ารักษานอกเครือข่ายกรณีที่มีการส่งต่อ บริหารจัดการให้มีบริการตามเป้าหมาย และตามเกณฑ์มาตรฐาน พร้อมติดตามกำกับ และสนับสนุน ส่งเสริมการสร้างสุขภาพเร่งการสร้างองค์ความรู้เพื่อพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพที่เห็นผล มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในส่วนที่เป็นการปรับพฤติกรรม สนับสนุนการจัดบริการตามสิทธิประโยชน์ของประชาชน และการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานตามที่กำหนดเครือข่ายการให้บริการของอำเภอ

บางปะอิน มีพยาบาลเวชปฏิบัติของโรงพยาบาลบางปะอิน 3 คน ไปช่วยตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 4 แห่ง และทุกศูนย์สุขภาพชุมชน ความรับผิดชอบในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลเวชปฏิบัติเนื่องจากทุกแห่งมีพยาบาลเวชปฏิบัติ

บริบทของอำเภอบางปะอิน

อำเภอบางปะอิน มีพื้นที่รับผิดชอบ 18 ตำบล 149 หมู่บ้าน ทิศเหนือติดต่อกับอำเภอยะนิงครศรีอยุธยา ทิศใต้ติดต่อกับจังหวัดปทุมธานี ทิศตะวันออกติดต่อกับอำเภอยุทัยและอำเภอดอนนอย ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอบางไทร ลักษณะทางภูมิศาสตร์เป็นที่ราบลุ่ม มีแม่น้ำเจ้าพระยาไหลผ่าน การคมนาคม ได้ 3 ทาง ทางรถยนต์ รถไฟ และทางเรือ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม สถานบริการสาธารณสุข คือ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง โรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง ศูนย์แพทย์ 1 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 4 แห่ง และสถานีอนามัย 16 แห่ง

โรงพยาบาลบางปะอิน เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง มีพื้นที่รับผิดชอบบริการสุขภาพปฐมภูมิครอบคลุม 12 หมู่บ้าน อัตรากำลังแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 5 คน สูติแพทย์ 1 คน บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติจำนวน 3 คน ลักษณะพื้นที่ตั้งเมือง ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลปราสาททอง และเทศบาลตำบลบ้านเลน มีพื้นที่บางส่วนอยู่ในเขตนิคมอุตสาหกรรมบางปะอินและนิคมอุตสาหกรรมไฮเทค ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม การคมนาคมสะดวกเดินทางโดยรถโดยสาร ทางเรือ รถยนต์ และรถไฟ ประชาชนส่วนใหญ่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลบางปะอิน ร้านขายยา คลินิกเอกชน และโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลบางปะอินมีผู้ใช้บริการเฉลี่ยประมาณ 250-300 คน/วัน มีคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังแยกเป็นคลินิกโรคเบาหวานจำนวน 3 วัน /สัปดาห์ มีผู้ใช้บริการเฉลี่ยประมาณ 60-100 คน/วัน คลินิกโรคความดันโลหิตสูง 1 วัน/สัปดาห์ มีผู้ใช้บริการเฉลี่ยประมาณ 120-140 คน/วัน โดยมีแพทย์เป็นผู้ตรวจรักษา ในส่วนของศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 4 แห่ง มีการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงสัปดาห์ละ 1 วัน ผู้ใช้บริการเฉลี่ยประมาณ 40-70 คน/วัน โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปของโรงพยาบาลบางปะอินหมุนเวียนออก ปฏิบัติงานให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย

ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเชียงรากน้อย มีพื้นที่รับผิดชอบ 7 หมู่บ้าน อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ 6 คน (เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 คน และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 1 คน) ลักษณะพื้นที่ในเขตเมืองตั้งอยู่ในเทศบาลพระอินทราชาและเทศบาลตำบลเชียงรากน้อย ประชาชน

ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม มีกลุ่มแรงงานเคลื่อนย้าย ทำให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่เป็นคลินิกเอกชนและร้านขายยา การคมนาคมสะดวกเนื่องจากเป็นสถานที่จอดรถ รับ-ส่งของรถโดยสารบริษัทขนส่งสายเหนือ สายตะวันออกเฉียงเหนือ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเชียงรากน้อยมีผู้รับบริการเฉลี่ยประมาณ 60-80 คน/วัน เปิดบริการรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในวันจันทร์มีผู้มารับบริการเฉลี่ยสัปดาห์ละ 40-50 คน

ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดขนอนเหนือ มีพื้นที่รับผิดชอบ 5 หมู่บ้าน อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ 4 คน (เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน และผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยอัตราจ้างองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกรด 1 คน) ลักษณะพื้นที่ในเขตชนบท ตั้งอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกรด ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมได้แก่ เลี้ยงไก่ อุตสาหกรรมในครัวเรือน ได้แก่ การทำดอกไม้จากต้นโสน และรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรมเนื่องจากมีพื้นที่บางส่วนติดต่อกับนิคมอุตสาหกรรมไฮเทค เดินทางโดยรถโดยสารประจำทาง การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนวัดขนอนเหนือและสถานีอนามัยตำบลบ้านกรด ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลวัดขนอนเหนือ มีผู้รับบริการเฉลี่ยประมาณ 30 - 40 คน/วัน เปิดบริการรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในวันพฤหัสบดีมีผู้มารับบริการเฉลี่ยสัปดาห์ละ 60-70 คน

ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านลานเท มีพื้นที่รับผิดชอบ 8 หมู่บ้าน อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ 5 คน (เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 1 คน และเจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข 1 คน) ลักษณะพื้นที่กึ่งเมือง ตั้งอยู่ในเทศบาลตำบลบ้านสร้างและมีบางส่วนติดต่อกับนิคมอุตสาหกรรมโรจนะ ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม และอุตสาหกรรมในครัวเรือน เช่น เย็บเสื้อผ้า พรมเช็ดเท้า การคมนาคมสะดวกเดินทางโดยรถโดยสารประจำทาง การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านลานเท ร้ายขายยา ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านลานเท มีผู้รับบริการเฉลี่ยประมาณ 40 - 50 คน/วัน เปิดบริการรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในวันอังคารมีผู้มารับบริการเฉลี่ยสัปดาห์ละ 70 คน

ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลตลาดเกรียบ มีพื้นที่รับผิดชอบ 8 หมู่บ้าน อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ 4 คน (เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป 1 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 1 คน และเจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข 1 คน) ลักษณะพื้นที่ในเขตชนบท ตั้งอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลตลาดเกรียบ ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเดินทางโดยรถโดยสารประจำทางและทางเรือ การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่เป็น

ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลตลาดเกรียบ คลินิกเอกชน ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลตลาดเกรียบมีผู้รับบริการเฉลี่ยประมาณ 30-40 คน/วัน เปิดบริการรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในวันพุธมีผู้มารับบริการเฉลี่ยสัปดาห์ละ 40 - 50 คน

โรงพยาบาลบางปะอิน เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง มีการสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 3 คน เป็นบุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้ง 4 แห่ง

8. บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติตามขอบเขตวิชาชีพ

ขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน หมายถึง การกระทำ การพยาบาลโดยตรง บริหารจัดการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแล แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่หรือของประเทศ รวมทั้งการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง โดยใช้ระบบการจัดการรายบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการจัดการให้มีระบบการดูแลในชุมชนที่มีประสิทธิภาพการให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่นๆ ที่เป็นปัจจุบัน มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนควบคุมคุณภาพและจัดการผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน (สภาการพยาบาล, 2551)

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติมีดังนี้

1. มีความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลบุคคล กลุ่มคน ครอบครัว และชุมชนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ

1.1 บูรณาการความรู้เกี่ยวกับโรค (พยาธิสรีระวิทยาและเภสัชวิทยา) การเจ็บป่วยที่พบบ่อยในท้องถิ่น แนวทางการป้องกันและการรักษา หลักฐานเชิงประจักษ์และผลงานวิจัย รวมทั้งสภาพสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่น วิธีการดำเนินชีวิต ที่เป็นที่มาของปัญหาสุขภาพและศักยภาพของคนในชุมชน เพื่อออกแบบบริการสุขภาพตามปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของคนในชุมชนเป็นหลัก

1.2 ประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยปัญหา ให้การรักษาเบื้องต้น และติดตามผล

1.3 จัดทำระบบและฐานข้อมูลสุขภาพที่จำเป็น โดยมีกระบวนการสร้างและพัฒนาเครื่องมือในการเก็บข้อมูลครอบคลุมทุกด้านและทุกกลุ่มเป้าหมายในชุมชน

1.4 ศึกษาข้อมูลสุขภาพชุมชนที่จำเป็นตามมาตรฐานการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วยข้อมูลสุขภาพ 3 ระดับ คือ ระดับชุมชน ครอบครัว และบุคคลได้แก่

1.4.1 องค์ประกอบทางประชากรของชุมชน อัตราเกิด อัตราตาย กลุ่มคนสำคัญ กลุ่มคนที่มีความต้องการด้านสุขภาพเป็นพิเศษ เช่น เด็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นต้น

1.4.2 ภาวะสุขภาพของคนกลุ่มต่างๆ ความต้องการด้านสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ แบบแผนการเจ็บป่วยด้วยโรค อัตราป่วย อัตราตาย และวิธีการรักษาดูแลสุขภาพ

1.4.3 ศักยภาพของชุมชน ครอบครัวและบุคคล ระบบการจัดการปัญหาของชุมชน และแหล่งประโยชน์ ภาวะแวดล้อมที่เป็นเหตุปัจจัยของปัญหาสุขภาพ หรือภาวะคุกคามต่อสุขภาพคนในชุมชน หรือข้อจำกัดต่างๆของชุมชน

1.4.4 พฤติกรรมจากวิถีการดำเนินชีวิต พฤติกรรมเสี่ยง การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวและชุมชนสุขภาพครอบครัว เช่น ประวัติครอบครัว ภาวะพึ่งพิง ภาวะเครียดและวิกฤติ เป็นต้น

1.5 คัดกรองสุขภาพตามปัญหาสุขภาพ ตามกลุ่มอายุและปัญหาสุขภาพ และภาวะคุกคามในท้องถิ่นและตามนโยบายของประเทศ

1.6 เฝ้าระวังการเกิดโรคและความเจ็บป่วย และภาวะคุกคามต่อสุขภาพคนในพื้นที่รักษาโรคเบื้องต้น

1.7 ระบุปัญหาสุขภาพของชุมชน กลุ่มคน ครอบครัว บุคคลในชุมชน วางแผนออกแบบจัดกิจกรรมการบริการสุขภาพ และประเมินผล

1.8 วางแผนหรือออกแบบและการปฏิบัติ บริการพยาบาลหรือกิจกรรมการดูแลสุขภาพคนในชุมชน กิจกรรมการจัดการปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามในพื้นที่ พร้อมผลลัพธ์จากการปฏิบัติ

1.9 ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบสุขภาพและดูแลสิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ

1.10 จัดการให้มีทีมผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. มีความสามารถในการดูแลและให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ วัยรุ่น ผู้สูงอายุมารดาและทารก และกลุ่มอื่นในชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อน

1. ประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาที่ซับซ้อนให้ครอบคลุมทุกมิติ

2. วินิจฉัยปัญหาผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโดยใช้หลักฐานทางคลินิก ความรู้ทางพยาธิสรีระ และเภสัชวิทยา แนวทางการป้องกัน การส่งเสริมและการรักษา รวมทั้งประสบการณ์ทางการดูแลผู้ป่วย

3. ดูแลบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนโดยบูรณาการความรู้ทางพยาธิสรีระและเภสัชวิทยาหลักฐานเชิงประจักษ์และเหตุผลทางคลินิกในการตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาอย่างเป็นองค์รวม

4. ดูแลบรรเทาอาการ และการปฐมพยาบาลการรับและส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

5. ตรวจและรับฝากครรภ์ ทำคลอด ดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด ให้บริการสุขภาพเด็กดี ให้ภูมิคุ้มกันโรค

6. ติดตามผู้ป่วยและประชากรที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ มารดาและทารก ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

7. ประเมินผลการปฏิบัติงานที่สามารถสร้างความเชื่อมั่นแก่ชุมชน ครอบครัว และบุคคลในการให้บริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

8. เสริมพลังกลุ่มเสี่ยงให้สามารถสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งจัดกระบวนการให้เกิดกลุ่มช่วยเหลือกันในการลดพฤติกรรมเสี่ยงและพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

3. มีความสามารถในการประสานงาน

การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โดยใช้หลักการสร้างหุ้นส่วนกับประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนองค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสหวิชาชีพ ในการศึกษาข้อมูลบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน ชุมชน การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ และศักยภาพของชุมชน การวางแผนและการออกแบบ การปฏิบัติและการประเมินผลกิจกรรมการดูแลสุขภาพและการบริการสุขภาพตามความต้องการด้านสุขภาพ รวมทั้งศักยภาพของชุมชน

4. มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน การฝึก การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ

4.1 ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย การป้องกันการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการกับภาวะคุกคามต่อสุขภาพ

4.2 สอนและฝึกทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพได้

4.3 สอน ให้คำแนะนำและเป็นพี่เลี้ยงแก่พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล และนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ให้มีความสามารถในการดูแลบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน

5. มีความสามารถในการให้คำปรึกษาด้านการดูแลบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน

5.1 เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลและทีมสุขภาพในการจัดการปัญหาสุขภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนให้ชุมชน โดยการประมวลข้อมูลประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ รวมทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วย

5.2 เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลและทีมสุขภาพในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม

5.3 เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลและทีมสุขภาพในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกิดจากการปฏิบัติ การพยาบาล

6. มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง

6.1 ดำเนินการให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศในการดูแลกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ มารดาทารกและผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อพัฒนาให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพและคุ้มค่า

6.2 นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ มารดาทารกและผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพและคุ้มค่า

6.3 พัฒนาแนวปฏิบัติ นวัตกรรม รูปแบบ วิธีการและเครื่องมือในการให้บริการสุขภาพ โดยใช้กระบวนการทบทวนการปฏิบัติงาน บทเรียน ผลการวิจัย ผลการวิเคราะห์และประเมินการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อวิเคราะห์และหาแนวทางปรับปรุงให้การทำงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

6.4 สร้างแผนงานหรือโครงการต่างๆ เพื่อประกันคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกกลุ่ม เป้าหมาย

7. มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

7.1 ใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย สิทธิของพยาบาล และหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงาน

7.2 บริหารจัดการด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

7.3 พิทักษ์สิทธิผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ให้ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม เป็นธรรม และปลอดภัย

7.4 ร่วมในกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลในระดับหน่วยงานและหรือระดับองค์กร

7.5 มีส่วนร่วมในการควบคุมมาตรฐานและผลลัพธ์ด้านจริยธรรมทางการพยาบาล

8. มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

8.1 ติดตาม รวบรวม ผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและที่เกี่ยวข้องกับการกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

8.2 ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เช่น พัฒนาแนวปฏิบัติ และใช้แนวปฏิบัติในการปฏิบัติงาน

8.3 เผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติหรือผู้เชี่ยวชาญในสาขาการพยาบาลเดียวกัน

8.4 นำหลักการจัดการความรู้มาใช้ร่วมกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์และภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีประสบการณ์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติ

8.5 วิเคราะห์และประเมินผลที่ได้รับจากการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ตลอดจน ภูมิปัญญาเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

9. มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์

9.1 กำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนอย่างครอบคลุม

9.2 พัฒนาหรือเลือกใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

9.3 ดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดทางการพยาบาลสำหรับกลุ่มเป้าหมายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

9.4 วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผล

9.5 นำผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนอย่างต่อเนื่อง

9.6 จัดทำฐานข้อมูลด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลในกลุ่มเป้าหมายในชุมชนเพื่อใช้ติดตามและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

9.7 เผยแพร่วิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์การปฏิบัติที่เป็นเลิศเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้เชี่ยวชาญ (สภากาชาดไทย, 2551)

ขอบเขตการบริการตามมาตรฐานการบริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ

1. การติดตามผู้ป่วยและประชากร ที่ต้องการการดูแลและการพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และการส่งต่อ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ มารดาและทารก ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

2. การคัดกรองสุขภาพตามปัญหาสุขภาพ ตามกลุ่มอายุและปัญหาสุขภาพและ ภาวะ
คุกคามในท้องถิ่น และตามนโยบายของประเทศ

3. การเฝ้าระวังการเกิดโรคและความเจ็บป่วย และภาวะคุกคามต่อสุขภาพคนในพื้นที่

4. การรักษาโรคเบื้องต้น

5. การบรรเทาอาการ และการปฐมพยาบาล

6. การรับและส่งต่อ

7. การตรวจและรับฝากครรภ์ การทำคลอด การให้บริการสุขภาพเด็กดี การให้
ภูมิคุ้มกันโรค

8. การวางแผนครอบครัว การให้การดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด

9. การให้คำปรึกษาและคำแนะนำความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง และผู้ป่วยในบ้าน

10. การเสริมพลังกลุ่มเสี่ยง การสร้างกลุ่มสุขภาพในพื้นที่เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การ
ป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ โดยการจัดกระบวนการให้เกิดกลุ่มช่วยเหลือกัน ได้แก่ กลุ่มผู้พิการ
ผู้ป่วยเรื้อรัง วัยรุ่น สตรีผู้สูงอายุ เด็ก ให้สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ลดพฤติกรรมเสี่ยง เพิ่ม
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

11. การเชื่อมประสานแหล่งประโยชน์ต่างๆ ให้เกิดการจัดการเรื่องสุขภาพของชุมชนได้

12. งานอื่นๆ ตามความจำเป็นของชุมชน (ขนิษฐา นันทบุตร, 2550)

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนของ
เครือข่ายอำเภอบางปะอินใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต
สูงของเขตราชการที่ 1 โดยมีข้อตกลงระหว่างโรงพยาบาลบางปะอินและศูนย์สุขภาพชุมชน ให้
พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตามที่แพทย์มีแผนการดูแลรักษาเดิม กรณีพบ
ผู้ป่วยครั้งแรก หรือการปรับเปลี่ยนยาต้องส่งมาพบแพทย์ หรือขอคำปรึกษาทางช่องทางที่จัดไว้โดย
ผ่านทางพยาบาลเวชปฏิบัติของโรงพยาบาลหรือปรึกษาแพทย์ทางโทรศัพท์โดยตรง สามารถจ่ายยา
ได้ตามกรอบยาที่ตกลงกันไว้ และปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ได้ตามข้อตกลง

9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติพบว่าแนวทาง
เวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงยังมีการทบทวนน้อยมาก แต่มี
การศึกษาแนวทางเวชปฏิบัติในโรคอื่นๆ ที่สามารถบอกถึงประโยชน์ต่อผู้ให้บริการ/ผู้ใช้บริการใน
ด้านต่างๆ ต่อไปนี้

9.1 ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ

ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ต่อผลลัพธ์ทางคลินิก ที่ศึกษาโดย Lesho และคณะ (2005) ศึกษาที่ประเทศสหรัฐอเมริกา สรุปว่าหลังจากการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ในการดูแลโรคเบาหวาน มีการคัดกรองหาค่า microalbumin คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต และการให้สุขศึกษาผู้ป่วย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) มีการสั่งยา Angiotensin-converting enzyme inhibitor ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ค่าความดันโลหิต $\leq 130/85$ mm.Hg ($p < 0.001$) และ ทำให้ภาวะแทรกซ้อนที่ต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญ (Lesho Emil ,2005)

จากการศึกษาของ Graham Worrall และคณะ (1997) ซึ่งได้ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์และประสิทธิภาพของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในประเทศแคนาดา จำนวน 15 เรื่อง ในจำนวนนี้มี 5 เรื่องที่แสดงให้เห็นว่าหลังการใช้แนวทางเวชปฏิบัติผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น การใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีผลลัพธ์ทำให้ ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนัก ความดันโลหิต และ Glycosylated Hemoglobin ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แต่การศึกษาในประเทศไทยยังไม่มีงานวิจัยที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาในโรคอื่นๆ ดังนี้

ผลลัพธ์ของการจัดคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยแพทย์นำแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคหืดมาใช้กับผู้ป่วย 103 ราย มีอัตราการนำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดมาใช้จากร้อยละ 27.0 ในปี พ.ศ.2547 เป็นร้อยละ 100 ในปี พ.ศ.2549 ($P < 0.05$) ทำให้อัตราผู้ป่วยโรคหืดพ่นยาได้ถูกต้องมากขึ้น จากร้อยละ 27.2 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 94.2 ในปี พ.ศ. 2549 ($P < 0.05$) อัตราการมารักษาที่ห้องฉุกเฉินลดลงจาก 0.76 ครั้ง/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2547 เป็น 0.31 ครั้ง/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2549 ($P < 0.05$) อัตราผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดลงจาก 0.85 ครั้ง/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2547 เป็น 0.23 ครั้ง/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2549 ($P < 0.05$) อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน ลดลงจากร้อยละ 4.8 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 0.9 ในปี พ.ศ. 2549 ($P < 0.05$) อัตราการควบคุมโรคเข้าสู่ภาวะ Total control ได้มากขึ้นจากร้อยละ 15.5 ในปี พ.ศ.2548 เป็นร้อยละ 18.4 ในปี พ.ศ. 2549 จนทำให้ผู้ป่วยลดยาได้ จากร้อยละ 46.5 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 68.6 ในปี พ.ศ. 2549 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคหืดลดลง มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และงานประจำได้ดีขึ้นและจากการคำนวณค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหืด พบว่าค่าใช้จ่ายไม่ได้เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผลการรักษา

ที่ควบคุมโรคหัดได้ดีขึ้น ผู้ป่วยโรคหัดทุกรายได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามมาตรฐานจากแพทย์และได้รับคำแนะนำการใช้ยาที่ถูกต้องจากเภสัชกร(ชาญชัย จันทรรักษ์กุล, 2549)

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติที่ใช้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ในการระงับปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติที่ใช้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ในการระงับปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยมีแบบประเมินการใช้แนวทางปฏิบัติ จำแนกเป็นคะแนนมาก ปานกลาง น้อย สรุปผลได้ดังนี้มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริงคะแนนมาก ร้อยละ 66.67 ใช้งานง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อนคะแนนมากร้อยละ 66.67 ใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วยคะแนนมาก ร้อยละ 60 มีความพึงพอใจในการใช้คะแนนมาก ร้อยละ 73.33 (ชำนาญ หล่อเมืองทอง, 2549) สุริย์พร คุณสิทธิ์ (2546) ทำการศึกษาเพื่อประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน พบว่าผู้ป่วยและพยาบาล พึงพอใจต่อการได้รับการดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติ/การใช้แนวทางเวชปฏิบัติในระดับมาก มยุรี โรจนอังกูร (2546) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันแผลกดทับ ในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลอุดรดิตถ์พบว่าทีมผู้ดูแล มีความพึงพอใจ ในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันแผลกดทับในระดับมาก จิตราวี จิตจันทร์ (2550) ทำการศึกษาเพื่อประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางเวชปฏิบัติทางคลินิกฯ ในระดับมากที่สุด ส่วนสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติทางคลินิกฯ ในระดับมาก

การประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ในการรักษาผู้ป่วยไส้ติ่งเฉียบพลันของโรงพยาบาลสุรินทร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรักษาผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันก่อนและหลังการปฏิบัติตาม แนวทางเวชปฏิบัติเรื่อง Acute Appendicitis เป็นการศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาการรอคอยผ่าตัด จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่ายาปฏิชีวนะ และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดก่อนและหลังการใช้แนวทางเวชปฏิบัติผลพบว่าระยะเวลาการรอคอยผ่าตัดลดลง จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง ค่ายาปฏิชีวนะและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดลงเช่นกัน สรุปได้ว่าการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ ทำให้คุณภาพการรักษาน่าพอใจดีขึ้น (วรา เสด็จวันทะกุล , 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติอื่นๆ ยังพบว่าการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ มีประโยชน์/ถูกต้อง/ปลอดภัย เช่น พรพิศ ตรีบุพชาติสกุล และคณะ (2547) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีอาการของการติดเชื้อในทางเดินหายใจช่วงบนและมารับการตรวจ

รักษาที่โรงพยาบาลศิริราชระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนตุลาคม 2547 ผลการศึกษาพบว่าการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยดังกล่าว ด้วยยาต้านจุลชีพมีประโยชน์และปลอดภัย ในขณะที่ รัชนี วีระวิทยเลิศ และคณะ(2548) ทำการศึกษาเพื่อประเมินแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้าระหว่างเดือนสิงหาคมถึงธันวาคม 2548 ผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้แนวทางเวชปฏิบัติของผู้ให้บริการ มีการใช้วัคซีนถูกต้องมากกว่าก่อนการใช้แนวทางเวชปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสุชีรา ลีโทสวัสดิ์ (2547) ประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติการใช้สารละลายแอลบูมินในผู้ป่วยของโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนมกราคมถึงมีนาคม 2547 ผลการศึกษาพบว่าหลังใช้แนวทางปฏิบัติ มีการใช้สารละลายแอลบูมิน อย่างถูกต้องและ ปลอดภัย จงกลภรณ์ วงศ์วิเศษกาญจน์ และคณะ (2549) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการส่งเสริมการหายใจของในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมช่วยส่งเสริมการหายใจของแผลและป้องกันการเกิดแผลใหม่ได้ มยุรี โรจนอังกูร (2546) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันแผลกดทับ ในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่าอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับป้องกันแผลกดทับน้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นาดยา สมสานต์ และคณะ (2546) ศึกษาประโยชน์ของแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในสาขาวิชารังสีรักษา โรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตรงตามแนวทางเวชปฏิบัติ มีอัตราการหายของโรคที่ระยะ 3 เดือนมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาตรงตามแนวทางเวชปฏิบัติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ใช้บริการของ Lumbiganon และคณะ (2005) เพื่อประเมินประสิทธิผลของแบบแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ขององค์การอนามัยโลก ในคลินิกที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ 53 แห่ง ใน 4 ประเทศ ได้แก่ เมืองโรซารีโอ ประเทศอาร์เจนตินา เมืองฮาวานา ประเทศคิวบา เมืองจาร์ดี ประเทศซาอุดีอาระเบีย และจังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย โดยมีหญิงตั้งครรภ์ในโครงการทั้งหมด 24,678 คน ผลการศึกษาพบว่า การดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่นั้นผู้ให้บริการและผู้ให้บริการเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าเดิม

9.2 สถานการณ์การใช้/ไม่ใช้แนวทางเวชปฏิบัติ

จากการศึกษาของเกรียงไกร ศรีธนวิบูลย์และคณะ(2546) เรื่องระบบบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อสำนักงานป้องกันควบคุมโรคในเขต 10 ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ลำปาง เชียงราย พะเยา ลำพูน และเชียงใหม่ ในปี 2546 ผลสำรวจ

พบว่า ในระดับ CUP (Contracting Unit For Primary Care) มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวานและคลินิกโรคความดันโลหิตสูง รวมเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 57.47 ในระดับ PCU (Primary Care Unit) ใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวานและคลินิกโรคความดันโลหิตสูง รวมเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 65.12 (เกรียงไกร ศรีธนวิบูลย์และคณะ, 2546)

นอกจากนี้ไอริน เรื่องजरและคณะ(2548) ศึกษาอัตราการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่ปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวในโรงพยาบาลศิริราช โดยศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์จำนวน 159 คน ที่มาคลอดในหออคลอดโรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่าอัตราการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการตรวจพบสูงสุดในกลุ่มที่ฝากครรภ์ที่คลินิก รองลงมาคือกลุ่มที่อยู่ในความดูแลของอาจารย์แพทย์และฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล และน้อยที่สุดในกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยทั่วไปและฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปว่ามีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนในระดับปฐมภูมิ มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวานและคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในระดับ CUP (Contracting Unit For Primary Care) และ ในระดับ PCU (Primary Care Unit) มากกว่าครึ่งของพื้นที่ และกลุ่มฝากครรภ์ที่คลินิกกับกลุ่มอาจารย์แพทย์ปฏิบัติตามแนวทางการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์น้อยกว่ากลุ่มที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล

9.3 ปัญหา / อุปสรรคของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ

ในด้านปัญหาและอุปสรรคของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงทั้งระดับ CUP และระดับ PCU เกรียงไกร ศรีธนวิบูลย์และคณะ(2546) พบว่าคลินิกเบาหวานยังขาดแคลนแพทย์โดยเฉพาะจักษุแพทย์สำหรับตรวจผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา ไม่มีระบบการตรวจร่างกายประจำปีสำหรับผู้ป่วยทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น BUN, Creatinine, HbA1c บุคลากรไม่มีความรู้ความเข้าใจในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง ขาดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกัน ไม่มีการติดตามประเมินการใช้แนวทางปฏิบัติ ไม่มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ระบบสารสนเทศไม่มีประสิทธิภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้ในระดับ PCU ยังมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรอีกด้วย สรุปว่าปัญหาและอุปสรรคของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติมีหลายประการ เช่นการขาดแคลนจักษุแพทย์ ขาดการประเมินแนวทางเวชปฏิบัติ ขาดแคลนงบประมาณ ขาดการติดตามประเมินผลและขาดแคลนบุคลากร

9.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้/ไม่ใช้แนวทางเวชปฏิบัติ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ มีดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการศึกษาของกลุ่มพัฒนาระบบบริการทั่วไป สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (2550) เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติบริการสุขภาพ สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนทั่วประเทศ จำนวน 900 แห่ง ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2549 - 30 กันยายน 2550 โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธี Stratified Random Sampling ผลการศึกษาพบว่า

เพศ เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเพศหญิงมีความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติด้านการป้องกันควบคุมโรค ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการให้คำปรึกษา ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านชุมชน และมีความคิดเห็นในภาพรวม ว่ามีความเหมาะสมกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุ เจ้าหน้าที่ที่มีอายุต่างกันมีความคิดเห็นต่อแนวทางด้านการป้องกันควบคุมโรค ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการให้คำปรึกษา ด้านบูรณาการ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านชุมชน และมีความคิดเห็นภาพรวมทุกด้านไม่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษา จากการศึกษพบว่าเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความคิดเห็นต่อแนวทางปฏิบัติด้านการป้องกันควบคุมโรคและด้านการรักษาพยาบาล ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนด้านการให้คำปรึกษา ด้านบูรณาการ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านชุมชน และมีความคิดเห็นภาพรวมทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ที่มีตำแหน่งต่างกันมีความคิดเห็นต่อแนวทางปฏิบัติด้านการป้องกันควบคุมโรค ด้านรักษาพยาบาล ด้านการให้คำปรึกษา ด้านบูรณาการ ด้านส่งเสริมสุขภาพ และมีความคิดเห็นภาพรวมทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ในด้านการรักษาพยาบาลพบว่าเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ได้เสนอว่า ควรมีการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และการใช้แนวทางเวชปฏิบัติให้มากขึ้น (กลุ่มพัฒนาระบบบริการทั่วไป สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2550)

นอกจากปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังพบว่ามีปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการใช้/ไม่ใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ได้แก่

การสนับสนุนจากองค์กรและการเตรียมความพร้อมของบุคลากร จากการศึกษาของ พจนา จารุชาติและคณะ(2549) ทำการศึกษาเพื่อประเมินโครงการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์โรงพยาบาลอุดรดิษฐ์ ของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการพัฒนา

แนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 50 คนพยาบาลที่มีส่วนร่วมในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 195 คน และทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 10 คน ระหว่างเดือนตุลาคม 2548 ถึงมีนาคม 2549 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า การเตรียมความพร้อมของบุคลากรเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ และการสนับสนุนจากองค์กรเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จของโครงการ

ประสบการณ์/ความสามารถ/ทัศนคติของผู้ใช้ จากการศึกษาของ นารี ศรีชัย (2549) ศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะของบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 172 ราย ระหว่างวันที่ 21 พฤศจิกายน 2549 ถึงวันที่ 21 ธันวาคม 2549 โดยใช้แบบสอบถามคุณลักษณะของแนวปฏิบัติการพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาล ทัศนคติต่อการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล การสนับสนุนจากองค์กร และการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะของบุคลากรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าคุณลักษณะของแนวปฏิบัติการพยาบาล ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล และทัศนคติต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Cabana และคณะ (1999) ได้สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติของแพทย์ จำนวน 76 เรื่อง และพบว่ามีปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ไม่ใช้แนวทางเวชปฏิบัติซึ่งสามารถสรุปความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ในด้านต่างๆ เช่น ด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Burger และคณะ (2000) ซึ่งสอดคล้องผลการสังเคราะห์งานวิจัยของ Cabana และคณะ (1999) พบว่ามีปัจจัยด้านคุณลักษณะของแนวทางเวชปฏิบัติที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ เช่น มีความซับซ้อนมากเกินไป ไขยาก ต้องมีการอบรมเพิ่มเติมและฝึกหัดการใช้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในเรื่องต่างๆ มีประสิทธิผล ทำให้ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยดีขึ้น ทั้งในการลดภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่ายลดลง อัตราครองเตียงลดลง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตลดลง เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ปฏิบัติและผู้รับบริการต่อการใช้แนวทางปฏิบัติ นอกจากนี้อายุ เพศ ตำแหน่ง การศึกษา ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมของผู้ปฏิบัติมีผลต่อการใช้แนวทางเวชปฏิบัติขึ้นอยู่กับการรู้ ทัศนคติของผู้ใช้ พฤติกรรมจากความเคยชิน ในด้านปัญหา/อุปสรรคของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ

พบว่า มีข้อจำกัดในเรื่องต่างๆ การขาดแคลนบุคลากร งบประมาณในการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และความรู้ในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า ลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนจากองค์กร การเตรียมพร้อมของบุคลากร ทักษะของผู้ใช้ ประเภทของบุคลากร และคุณลักษณะของแนวทางเวชปฏิบัติ ฯ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติต่างๆ จากการศึกษางานวิจัยในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงถึงแม้จะมีแนวทางปฏิบัติของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมแต่ยังพบว่ายังมีแนวทางปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน และไม่ไปในทางเดียวกัน ไม่มีการติดตามประเมินแนวทางเวชปฏิบัติ ฯ บุคลากรยังขาดความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย

ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงที่ลึก ข้อมูลที่มีรายละเอียดมากขึ้น เพื่อประโยชน์ในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่เหมาะสมกับบริบทของเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

กรณีศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชน นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจะศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ รวมถึงความคิดเห็นของการใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อเสนอแนะเป็นแนวทางการวางแผนในการปรับปรุง แก้ไข แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ให้เหมาะสมกับพื้นที่ วิธีดำเนินการตามขั้นตอนมีดังนี้

1. ประชากรและพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา
2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ผู้บริหาร ได้แก่ ผู้แทนคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอบางปะอินจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายและผลักดันให้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ในศูนย์สุขภาพชุมชนประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก และหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน 4 แห่ง รวมทั้งหมด 8 คน สำหรับผู้บริหารที่ไม่ได้คัดเลือกมาเป็นกลุ่มตัวอย่างคือ หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม หัวหน้าฝ่ายทันตกรรม หัวหน้าฝ่ายสุขภาพิบาลและป้องกันโรค และผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการศึกษาครั้งนี้

กลุ่มที่ 2 บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไปผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตอำเภอ บางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 4 แห่ง แห่งละ 1 คน และพยาบาลเวชปฏิบัติจาก โรงพยาบาลบางปะอินอีก 3 คน ที่หมุนเวียนไปปฏิบัติหน้าที่ รวมผู้ปฏิบัติงานที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 7 คน

พื้นที่ศึกษา

เครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิของอำเภอบางปะอิน มีศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 4 แห่งและมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของ โครงการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ตามนโยบายรัฐบาลเขต ราชการที่ 1 ทั้งหมด ใช้การเลือกพื้นที่ศึกษาเป็นแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกศูนย์สุขภาพชุมชนใน เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทั้ง 4 แห่ง คือ

1. ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเชียงรากน้อย เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมือง
2. ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านลานเท เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนกึ่งเมือง
3. ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดดอนเหนือ เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตชนบท
4. ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลตลาดเกรียบ เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตชนบท

โดยแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชน มีลักษณะแตกต่างกัน ดังนี้

เครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิของอำเภอบางปะอิน มีพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปของ โรงพยาบาลบางปะอิน 3 คน ไปช่วยตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ใน ศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 4 แห่ง และในศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่ง ความรับผิดชอบในการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลเวชปฏิบัติ เนื่องจากทุกแห่งมีพยาบาลเวชปฏิบัติ

ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเชียงรากน้อย มีพื้นที่รับผิดชอบ 7 หมู่บ้านอัตรากำลัง เจ้าหน้าที่ 6 คน (เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป 1 คน นักวิชาการ สาธารณสุข 2 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 คน และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 1 คน) ลักษณะพื้นที่ในเขตเมืองตั้งอยู่ในเทศบาลพระอินทราชาและเทศบาลตำบลเชียงรากน้อย ประชาชน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม มีกลุ่มแรงงานเคลื่อนย้าย ทำให้ ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ส่วนใหญ่เป็นคลินิกเอกชนและร้านขายยา การคมนาคมสะดวกเนื่องจากเป็นสถานที่จอดรถ รับ-ส่ง

ของรถโดยสารบริษัทขนส่งสายเหนือ สายตะวันออกเฉียงเหนือ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเชียงรากน้อยมีผู้รับบริการเฉลี่ยประมาณ 60-80 คน/วัน เปิดบริการรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในวันจันทร์มีผู้มารับบริการเฉลี่ยสัปดาห์ละ 40-50 คน

ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดขนอนเหนือ มีพื้นที่รับผิดชอบ 5 หมู่บ้าน อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ 4 คน (เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน และผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยอัตราจ้างองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกรด 1 คน) ลักษณะพื้นที่ในเขตชนบท ตั้งอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกรด ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ เลี้ยงไก่ อุตสาหกรรมในครัวเรือน ได้แก่ การทำดอกไม้จากต้นโสน และรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรมเนื่องจากมีพื้นที่บางส่วนติดต่อกับนิคมอุตสาหกรรมไฮเทค เดินทางโดยรถโดยสารประจำทาง การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนวัดขนอนเหนือและสถานีอนามัยตำบลบ้านกรด ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลวัดขนอนเหนือ มีผู้รับบริการเฉลี่ยประมาณ 30-40 คน/วัน เปิดบริการรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในวันพฤหัสบดีมีผู้มารับบริการเฉลี่ยสัปดาห์ละ 60-70 คน

ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านลานเท มีพื้นที่รับผิดชอบ 8 หมู่บ้าน อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ 5 คน (เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 คน และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 1 คน) ลักษณะพื้นที่ตั้งอยู่ในเทศบาลตำบลบ้านสร้างและมีบางส่วนติดต่อกับนิคมอุตสาหกรรมโรจนะ ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม และอุตสาหกรรมในครัวเรือน เช่น เย็บเสื้อผ้า พรมเช็ดเท้า การคมนาคมสะดวกเดินทางโดยรถโดยสารประจำทาง การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านลานเท ร้ายขายยา ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านลานเท มีผู้รับบริการเฉลี่ยประมาณ 40-50 คน/วัน เปิดบริการรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในวันอังคารมีผู้มารับบริการเฉลี่ยสัปดาห์ละ 70 คน

ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลตลาดเกรียบ มีพื้นที่รับผิดชอบ 8 หมู่บ้าน อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ 4 คน (เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป 1 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 คน และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 1 คน) ลักษณะเป็นพื้นที่ในเขตชนบท ตั้งอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลตลาดเกรียบ ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เดินทางโดยรถโดยสารประจำทางและทางเรือ การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลตลาดเกรียบ คลินิกเอกชน ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลตลาดเกรียบมีผู้รับบริการเฉลี่ยประมาณ 30-40 คน/วัน เปิดบริการรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในวันพุธมีผู้มารับบริการเฉลี่ยสัปดาห์ละ 40-50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มีดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับผู้บริหาร (ดูภาคผนวก ก)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ และคำถามสนทนากลุ่มเรื่องการใช้นโยบายเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 6 ข้อ ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับ การศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงาน

1.2 การสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับการให้การสนับสนุน การติดตาม การประเมินผล แผนงานในอนาคตของผู้บริหารต่อการใช้นโยบายเวชปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน

2. เครื่องมือสำหรับบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน (ดูภาคผนวก ข)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ และแบบสอบถามเกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ทั้ง 2 ชุด คำถามสนทนากลุ่มเรื่องการใช้นโยบายเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 6 ข้อ ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับ การศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงาน

2.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้นโยบายเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

2.3 การสนทนากลุ่ม โดยสอบถามในเรื่องการใช้นโยบายเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรค ปัจจัยที่ส่งเสริม/สนับสนุนการใช้นโยบายเวชปฏิบัติของผู้ปฏิบัติต่อการใช้นโยบายเวชปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน

ขั้นตอนการสร้างแนวคำถามที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาสร้างขึ้นมาจากการศึกษานโยบายการดูแลผู้ป่วย แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือในการศึกษา ดังนี้

1. ศึกษาหลักการขั้นตอนในการจัดสนทนากลุ่มและวิธีการสร้างแนวคำถามการสนทนากลุ่ม
2. ร่างแนวคำถามให้ครอบคลุมประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ความคิดเห็นในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ และแนวทางเวชปฏิบัติที่เหมาะสมกับพื้นที่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ศึกษาหลักเกณฑ์ขั้นตอนในการสนทนากลุ่มจากเอกสารต่างๆ และร่างแนวคำถามและแบบสอบถามที่สร้างขึ้นนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาทั้ง 2 ท่าน ได้ตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขส่วนที่บกพร่อง เพิ่มเติมเนื้อหา ให้เหมาะสมก่อนนำไปเก็บข้อมูลต่อไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างละเอียดครบถ้วนจากบุคลากรผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้ศึกษาเป็นผู้เข้าไปดำเนินการแจกแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามสำหรับผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากนั้นผู้ศึกษาใช้วิธีการในการศึกษาโดยรวบรวมข้อมูล การทำสนทนากลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียดของการดำเนินการศึกษาข้อมูลดังนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาได้ดำเนินการดังนี้

1. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี (ID ๑๑-๕๑-๕๒-ย) ผู้ศึกษาดำเนินการขออนุญาตจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะอิน และสาธารณสุขอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาข้อมูลรายละเอียดต่างๆ ของการศึกษาแก่กลุ่มผู้แทนคณะกรรมการบริหารเครือข่ายปฐมภูมิและกลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา พร้อมทั้งนัดหมายวันและเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละกลุ่มศึกษา
3. นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการสนทนากลุ่ม โดยผู้ศึกษาขออนุญาตใช้ห้องประชุมของโรงพยาบาลบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นสถานที่ในการสนทนากลุ่มของทั้ง 2 กลุ่ม แต่ละกลุ่มใช้ระยะเวลากลุ่มละ 1 - 1 ½ ชั่วโมง
4. ผู้ศึกษาทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม แนะนำตนเอง ผู้จัดบันทึก และผู้ช่วยทั่วไปแก่กลุ่มศึกษา รวมทั้งขอให้กลุ่มศึกษาแต่ละคนแนะนำตนเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ผู้ศึกษาและผู้ช่วยศึกษาเก็บข้อมูล และดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม การ

สังเกตและการบันทึก พร้อมทั้งขออนุญาตกลุ่มศึกษาในการบันทึกเสียงระหว่างการสนทนากลุ่ม โดยดำเนินการสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง/กลุ่ม ครั้งละ 1-1 ½ ชั่วโมง ซึ่งกลุ่มศึกษาสามารถขอถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาการศึกษา

5. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จาก 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหาร และกลุ่มบุคลากร

ขั้นตอนในการสนทนากลุ่ม มีดังนี้

1. การเตรียมบุคลากรในการจัดกลุ่มสนทนา

1.1 ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator)

1.2 ผู้จดบันทึกการสนทนา (Note taker)

1.3 ผู้ช่วยทั่วไป (Assistant)

2. การเตรียมอุปกรณ์

3. เตรียมสถานที่ใช้ในการจัดกลุ่มสนทนา

4. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่ม

5. กำหนดระยะเวลาในการสนทนากลุ่มโดยใช้เวลาประมาณ 1-1 ½ ชั่วโมง

6. ทำความเข้าใจกับผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จดบันทึก และผู้ช่วยทั่วไป โดยผู้ดำเนินการสนทนาต้องสร้างบรรยากาศในการสนทนาให้เกิดความเป็นกันเองมากที่สุด ผู้ดำเนินการสนทนาจะต้องไม่แสดงความคิดเห็นของตนให้ผู้ร่วมสนทนาแสดงความคิดเห็นโดยอิสระอย่างเต็มที่ ส่วนผู้จดบันทึก จะต้องอยู่ร่วมตลอดเวลาและทำหน้าที่ในการจดบันทึกเพียงอย่างเดียว ไม่ควรร่วมสนทนาด้วย เพราะจะทำให้จดบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนและต้องเป็นผู้ถอดเทปด้วยตนเอง เพื่อความเข้าใจในสิ่งที่ได้บันทึกและเนื้อหาสาระในเทปที่ตรงกัน สำหรับผู้ช่วยทั่วไป มีหน้าที่คอยควบคุมเครื่องบันทึกเสียง และอำนวยความสะดวกแก่ผู้ดำเนินการสนทนา และผู้จดบันทึก เพื่อให้แต่ละคนทำหน้าที่ได้อย่างครอบคลุมครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาเป็นจำนวนและร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพจากสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและสรุปประเด็นตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ข้อพิจารณาจริยธรรมในการศึกษา

ผู้ศึกษายึดหลักจริยธรรมในการศึกษาอย่างเคร่งครัด และดำเนินการหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยความสมัครใจ หากผู้ที่ถูกทาบตามเข้าร่วมศึกษา ไม่ยินยอมที่จะร่วมการสนทนากลุ่มหรือขอถอนตัวจากการสนทนากลุ่ม ให้สามารถปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้น ผู้ศึกษาจะเก็บรักษาข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและการสนทนากลุ่มไว้เป็นความลับ และจะเผยแพร่ได้เฉพาะในลักษณะที่เป็นผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ เพื่อนำเสนอแนวทางในการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยศึกษาจากคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอบางปะอิน และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่า

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้บริหารคณะกรรมการบริหารเครือข่ายปฐมภูมิอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ผู้บริหารคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอบางปะอินมีจำนวน 8 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก และหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน 4 แห่ง ผู้บริหารฯ เป็นเพศหญิงและเพศชายเท่ากัน จำนวน 5 คน มีอายุ 41 - 50 ปี และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี และจำนวน 4 คน มีระยะเวลาการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 25 - 30 ปี ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละตามคุณลักษณะประชากรของกลุ่มผู้บริหารคณะกรรมการบริหาร
เครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิอำเภอบางปะอิน

คุณลักษณะประชากร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
- เพศ		
ชาย	4	50
หญิง	4	50
- อายุ		
41 - 50	5	62.50
51 - 60	3	37.50
- ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1	12.50
ปริญญาตรี	5	62.50
ปริญญาโท	2	25
- ระยะเวลาปฏิบัติงาน		
21 - 24 ปี	1	12.50
25 - 30 ปี	4	50
31 - 35 ปี	1	12.50
36 - 39 ปี	2	25

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคล ของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่ายและของโรงพยาบาลบางปะอินจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่ายและของโรงพยาบาลบางปะอิน ทั้งหมด 7 คนเป็นเพศหญิง และมีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 4 คน มีอายุมากกว่า 40 ปี และมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในการดูแลรักษามากกว่า 20 ปี จำนวน 6 คน สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีและมี 1 คน สำเร็จการศึกษาปริญญาโท และทุกคนสำเร็จประกาศนียบัตรการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละตามคุณลักษณะประชากรของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่ายและของโรงพยาบาลบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

คุณลักษณะประชากร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
- อายุ		
ต่ำกว่า 35 ปี	1	14.28
35 - 40	2	28.57
40 ปีขึ้นไป	4	57.14
- ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรีและประกาศนียบัตร การพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไป	6	85.71
ปริญญาโทและประกาศนียบัตร การพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไป	1	14.28
- ระยะเวลาปฏิบัติงานการดูแลรักษา		
ต่ำกว่า 5 ปี	1	14.28
มากกว่า 10 ปี	2	28.57
มากกว่า 20 ปี	4	57.14

2. การใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนรับทราบและใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ การตรวจคัดกรอง การติดตามและประเมินผลการรักษาพยาบาล การให้คำแนะนำ/การสอน และการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล

ขั้นตอนการคัดกรอง

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนรับทราบเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และใช้แนวทางเวชปฏิบัติกับผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกรายในการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือดและการซักประวัติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ตรวจร่างกายซึ่งประกอบด้วย

ซึ่งนำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิต ตรวจนับชีพจร และตรวจผิวหนัง และเท้า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.71 ใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในขั้นตอน การตรวจตาและจอประสาทตาที่ตรวจโดยแพทย์ แต่มีเพียงร้อยละ 28.57 ใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในการตรวจเพื่อค้นหาโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อจอตา ไต หัวใจและหลอดเลือด แต่นักวิชาการผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดไม่ได้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในการส่งตรวจระบบประสาทโดยแพทย์ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน ในการคัดกรอง

แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคเบาหวาน	การใช้แนวทางเวชปฏิบัติ			
	ใช้		ไม่ใช้	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- การคัดกรองค่าระดับน้ำตาล	7	100	0	0
- การซักประวัติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	7	100	0	0
- การตรวจร่างกาย				
- ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง หาค่าดัชนีมวลกาย	7	100	0	0
- วัดความดันโลหิต	7	100	0	0
- ตรวจนับชีพจร	7	100	0	0
- ตรวจตาและจอตา - ตรวจโดยแพทย์	6	85.71	1	14.28
- ตรวจระบบประสาท - ตรวจโดยแพทย์	0	0	7	100
- ตรวจผิวหนังและเท้า	7	100	0	0
- ตรวจเพื่อค้นหาโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น	2	28.57	5	71.42
ต่อจอตา ไต หัวใจและหลอดเลือด				

ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคน ใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในการส่งตรวจระดับน้ำตาลโดย Fasting plasma glucose และ postprandial plasma glucose แต่ไม่ได้ส่งตรวจ HbA1c บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ทุกคนใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในการส่งตรวจระดับไขมันในเลือด ทั้ง Total

cholesterol , Triglyceride และ Serum creatinine แต่ทั้งหมดไม่ได้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในการส่งตรวจปีสภาวะ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและถ่ายภาพรังสีทรวงอก ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน	การใช้แนวทางเวชปฏิบัติ			
	ใช้		ไม่ใช้	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- Fasting plasma glucose และ postprandial plasma glucose	7	100	0	0
- HbA1c	0	0	7	100
- Total cholesterol , Triglyceride , HDL-cholesterol	7	100	0	0
- Serum creatinine	7	100	0	0
- ตรวจปีสภาวะ (urine analysis)	0	0	7	100
- การเพาะเชื้อแบคทีเรียจากปีสภาวะ	0	0	7	100
- EKG (กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด หรือ ผู้ที่มีอาการบ่งชี้จากโรคหัวใจขาดเลือดหรือเป็นเบาหวานนานเกิน 10 ปีขึ้นไป)	0	0	7	100
- ถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray)	0	0	7	100

ขั้นตอนการติดตามและประเมินผลการรักษา

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง การตรวจไขมันในเลือด (Lipid Profiles) ถ้าผลตรวจครั้งแรกปกติ ตรวจซ้ำปีละ 1 ครั้ง และการประเมินประสิทธิภาพในการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย แต่ทั้งหมดไม่ได้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในการตรวจโปรตีนปีสภาวะ (Proteinuria) อย่างน้อยปีละครั้ง และการส่งผู้ป่วย

เบาหวานไปพบแพทย์อย่างน้อย 6 เดือนต่อครั้ง และร้อยละ 42.85 ที่ใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานประเมินผลการเลิกลูทรีและเลิกลูทรีแอลกอฮอล์ แต่มีเพียงร้อยละ 14.28 เท่านั้นที่ใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการตรวจร่างกายอย่างละเอียดอย่างน้อยปีละครั้ง การตรวจตาโดยจักษุแพทย์ และประเมินคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนในการติดตามและประเมินผลการรักษา

แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน	การใช้แนวทางเวชปฏิบัติ			
	ใช้		ไม่ใช้	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- ตรวจร่างกายอย่างละเอียด อย่างน้อยปีละครั้ง	1	14.28	6	85.71
- ตรวจตาปีละครั้งโดยจักษุแพทย์	1	14.28	6	85.71
- วัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง	7	100	0	0
- ตรวจโปรตีนปัสสาวะ (Proteinuria) อย่างน้อยปีละครั้ง	0	0	7	100
- ตรวจไขมัน Lipids profiles (ถ้าครั้งแรกปกติ ตรวจซ้ำปีละครั้ง)	7	100	0	0
- ประเมินประสิทธิภาพในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย	7	100	0	0
- ประเมินผลการเลิกลูทรีและเลิกลูทรีแอลกอฮอล์	3	42.85	4	57.14
- ประเมินคุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของผู้ป่วย และครอบครัว	1	14.28	6	85.71
- ส่งผู้ป่วยเบาหวานไปพบแพทย์อย่างน้อย 6 เดือนต่อครั้ง	0	0	7	100

ขั้นตอนการให้คำแนะนำ / สอน

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการให้คำแนะนำ เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติและการแก้ไขปัญหา เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำและการมาตรวจตามนัด

ขั้นตอนการส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพียงร้อยละ 14.18 ใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ในเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยเมื่อครบ 6 เดือน ส่งกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลเพื่อตรวจสถานะของตา ไต เท้า และระดับไขมัน ร้อยละ 28.57 ใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน เมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน FBS < 70 มก./ดล. 1 ครั้ง และมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ แต่ทั้งหมดใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ถ้ามีระดับ FBS มากกว่า 180 มก./ดล. 2 ครั้ง (2 visit) และ FBS > 250 มก./ดล. จะส่งพบแพทย์ทันที ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน ในการส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล

แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน	การใช้แนวทางเวชปฏิบัติ			
	ใช้		ไม่ใช้	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- ดูแลรักษาผู้ป่วยครบ 6 เดือน ส่งกลับโรงพยาบาล เพื่อตรวจสถานะของตา ไต เท้า และระดับไขมัน	1	14.28	6	85.71
- เมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน FBS < 70 มก./ดล. 1 ครั้ง และมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ	2	28.57	5	71.42
- FBS มากกว่า 180 มก./ดล. 2 ครั้ง (2 visit) แต่ถ้า FBS > 250 มก./ดล. ให้ส่งพบแพทย์ทันที	7	100	0	0

ปัจจัยที่เป็นปัญหา/อุปสรรคในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าด้านความรู้ ร้อยละ 14.28 ขาดความรู้ ร้อยละ 28.57 คิดว่าต้องใช้เวลาในการศึกษา/ทำความเข้าใจในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติและเข้าถึงยาก ในด้านทัศนคติ พบว่าร้อยละ 71.42 ปฏิบัติแบบเดิมจนเคยชิน ร้อยละ 28.57 เชื่อว่าไม่สามารถปฏิบัติตามได้

และร้อยละ 14.28 คิดว่าใช้ยาก ในด้านพฤติกรรมพบว่า แม้ว่าไม่มีใครไม่เห็นด้วยกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ แต่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่สามารถปฏิบัติแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้ครบทุกข้อ ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของปัจจัยที่เป็นปัญหา / อุปสรรคในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน

ปัจจัย/ปัญหาอุปสรรค	จำนวน(คน)	ร้อยละ
- ด้านความรู้		
ขาดความรู้	1	14.28
ต้องใช้เวลาในการศึกษา/ทำความเข้าใจ	2	28.57
- ด้านทัศนคติ		
การเข้าถึงยาก	2	28.57
ข้อมูลมากเกินไป	0	0
เชื่อว่าไม่สามารถปฏิบัติตามได้	2	28.57
ใช้ยาก	1	14.28
ไม่เห็นด้วยกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ	0	0
- ด้านพฤติกรรม		
ปฏิบัติแบบเดิมจนเคยชิน	5	71.42
อื่นๆ ระบุ ไม่สามารถใช้ได้ครบทุกข้อ	7	100

ในการประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนจากหน่วยงานต่างๆ พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งยังไม่เคยได้รับการประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานจากหน่วยงานใด

3. การใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนรับทราบเกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแบ่งเป็นขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือการตรวจคัดกรอง การให้คำแนะนำ/การสอน การติดตามประเมินผล และการส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล

ขั้นตอนการตรวจคัดกรองและการให้คำแนะนำ

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนรับทราบเกี่ยวกับแนวทาง การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและใช้แนวทางเวชปฏิบัติกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย ในการคัดกรองผู้ป่วย หากเป็นผู้ป่วย Grade 1 (140 -159 / 90 - 99) ให้รอปรับพฤติกรรมและนัดพบแพทย์ทุก 6 เดือน ส่วนผู้ป่วย Grade 2 (160 -179 / 100 -109) ให้พบแพทย์ และผู้ป่วย Grade 3 (≥ 180 / ≥ 110) ให้ส่งพบแพทย์ทันที

ในขั้นตอนการให้คำแนะนำพบว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการแนะนำเกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ (อาการทางหลอดเลือดสมองและหัวใจ) และการตรวจตามนัด

ขั้นตอนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการตรวจเลือดเพื่อหา Fasting plasma glucose, Creatinine, Electrolyte potassium, sodium และการตรวจหา Cholesterol, Triglyceride, HDL - cholesterol แต่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดไม่ได้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการตรวจปัสสาวะ ดู protein, sugar, cell การตรวจ EKG, และ Chest X-Ray ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	การใช้แนวทางเวชปฏิบัติ			
	ใช้		ไม่ใช้	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
- ตรวจปัสสาวะ ดู protein , sugar , cell	0	0	7	100
- ตรวจเลือด				
Fasting plasma glucose	7	100	0	0
Creatinine	7	100	0	0
Electrolyte potassium , sodium	7	100	0	0
Cholesterol , Triglyceride, HDL – cholesterol	7	100	0	0
- EKG	0	0	7	100
- Chest X-Ray	0	0	7	100

ขั้นตอนการส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลผู้ป่วย Grade 2 (2 ครั้ง) และผู้ป่วย Grade 3 (1 ครั้ง) ส่งพบแพทย์ แต่มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในผู้ป่วย Grade 1 (3 ครั้ง) ส่งพบแพทย์เพียงร้อยละ 14.28 นอกจากนี้บุคลากรทุกคนไม่มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้และไม่พบปัจจัยเสี่ยงโดยส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ ทุก 4 - 6 เดือน ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน ในการส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล

แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	การใช้แนวทางเวชปฏิบัติ			
	ใช้		ไม่ใช้	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
- ควบคุมความดันโลหิตได้และไม่พบปัจจัยเสี่ยงส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ทุก 4 - 6 เดือน	0	0	7	100
- Grade 1 (3 ครั้ง) ส่งพบแพทย์	1	14.28	6	85.71
- Grade 2 (2 ครั้ง) ส่งพบแพทย์	7	100	0	0
- Grade 3 (1 ครั้ง) ส่งพบแพทย์	7	100	0	0

ปัจจัยที่เป็นปัญหา/อุปสรรคในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน ปัญหาและอุปสรรคในด้านความรู้ พบว่ามีร้อยละ 14.28 ที่ขาดความรู้ ร้อยละ 28.57 คิดว่าต้องใช้เวลาในการศึกษา/ทำความเข้าใจในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ และเข้าถึงยาก ในด้านทัศนคติ พบว่าร้อยละ 71.42 ปฏิบัติแบบเดิมจนเคยชิน ร้อยละ 28.57 เชื่อว่าไม่สามารถปฏิบัติตามได้ ร้อยละ 14.28 คิดว่าใช้ยาก ในด้านพฤติกรรมพบว่า แม้ว่าไม่มีใครไม่เห็นด้วยกับแนวทางเวชปฏิบัติ บุคลากรทั้งหมดไม่สามารถใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ครบทุกข้อ ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของปัจจัยที่เป็นปัญหา/อุปสรรค ในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน

ปัจจัย/ปัญหาอุปสรรค	จำนวน(คน)	ร้อยละ
- ด้านความรู้		
ขาดความรู้	1	14.28
ต้องใช้เวลาในการศึกษา/ทำความเข้าใจ	2	28.57
- ด้านทัศนคติ		
การเข้าถึงยาก	2	28.57
ไม่เห็นด้วยกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ	0	0
ข้อมูลมากเกินไป	0	0
เชื่อว่าไม่สามารถปฏิบัติตามได้	2	28.57
ใช้ยาก	1	14.28
- ด้านพฤติกรรม		
ปฏิบัติแบบเดิมจนเคยชิน	5	71.42
อื่นๆ ระบุ ไม่สามารถใช้ได้ครบทุกข้อ	7	100

นอกจากนี้ในการประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนจากหน่วยงานต่างๆ พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งยังไม่เคยได้รับการประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากหน่วยงานใด

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจากการสนทนากลุ่มของผู้บริหารคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิมี่ดังนี้

1. นโยบายการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

จากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้บริหารคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิทั้งหมดได้ดำเนินการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงตามนโยบายคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรงของกระทรวงสาธารณสุขในการลดปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมและลดโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยกำหนดตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้บริหารเครือข่ายจึงให้การสนับสนุนตามนโยบายดังตัวอย่างคำพูด

“...ตอนนั้นนโยบายเน้นโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะสปสข. มีการกำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังที่ต้องมีการรายงานตัวชี้วัดตามที่กำหนด...”

“...ให้เจ้าหน้าที่สามารถดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอย่างครอบคลุมตั้งแต่แรกเริ่ม จนถึงจำหน่าย และต่อเนื่องที่สอ.หรือที่ PCU...”

โดยนโยบายเน้นขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1.1 การตรวจคัดกรองค้นหาผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูด

“...นโยบายเรื่องการค้นหาผู้ป่วยโดยการคัดกรองทั้งในโรงงานและประชาชนทั่วไป...”

1.2 การป้องกันและให้คำแนะนำ ดังตัวอย่างคำพูด

“...การป้องกันโดยมีการตรวจสุขภาพและให้ความรู้คำแนะนำทั้งในและนอกโรงพยาบาล...”

1.3 การดูแลรักษา ดังตัวอย่างคำพูด

“... การรักษาที่มีมาตรฐานการรักษาและมี CPG ทั้งในโรงพยาบาลและใน PCU...”

“...ดูแลรักษาให้ครอบคลุมทั้งอำเภอ...”

1.4 การติดตามและการส่งต่อผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูด

“...การเยี่ยมบ้าน ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ญาติหรือครอบครัวก็สามารถดูแลได้...”

“...ไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ...”

“...ประสานการส่งต่อให้ปลอดภัยและมีคุณภาพ...”

2. ความคิดเห็นต่อแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน

พบว่าผู้บริหารคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความคิดเห็นต่อแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนว่าควรมีแนวทางปฏิบัติเพื่อให้บริการเป็นมาตรฐานเดียวกัน มีการควบคุมคุณภาพให้มีมาตรฐานและเข้าถึงได้ง่าย มีความสะดวกในการสื่อสารที่ดี ดังตัวอย่างคำพูด

“...มีแนวทางใช้ที่ดีเจ้าหน้าที่ทุกคนจะได้รู้เหมือนกัน ทำเหมือนกัน ไม่ว่าผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลหรือไปPCU มีมาตรฐานเดียวกัน...”

“...ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางที่ถูกต้อง...”

“...สื่อสารเรื่องการดูแลรักษาในระหว่างทีมการทำงานได้ง่ายขึ้น...”

“...สามารถทบทวนได้ง่ายว่ามีการดูแลรักษาอย่างไร มีข้อผิดพลาดตรงไหนจะได้คุยกัน...”

“... มีแนวทางปฏิบัติ ผู้ป่วยจะได้รักษาที่ใกล้บ้านไม่ต้องเดินทาง...”

3. การสนับสนุนให้มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน

พบว่าผู้บริหารคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิทั้งหมดมีการสนับสนุนให้มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเพราะเป็นข้อตกลงของเขตราชการ ที่ 1 ตั้งแต่ปี 2544 ให้มีการใช้แนวทางปฏิบัติที่มีมาตรฐานเดียวกันและมีการสนับสนุนเพราะการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยมีประโยชน์จะส่งผลดีกับผู้ป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ ดังตัวอย่างคำพูด

“...สนับสนุนการใช้แนวทางแน่นอนอยู่แล้ว ในการประชุมคปสอ. จะมีการติดตามตัวชี้วัดต่างๆ...”

“...ต้องสนับสนุนอยู่แล้วเพราะเป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ถ้าทำตามได้มีแต่ผลดีกับผู้ป่วย ...”

“...สนับสนุนเพราะจะเป็นแนวทางใช้กำกับดูแลคุณภาพของการดูแลรักษาป้องกันต่างๆที่ดี...”

“...สนับสนุนแนวทางปฏิบัติ ถ้าทำได้คาดว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่ดีเหมือนกันทุกคน ผลแทรกซ้อนต่างๆ น่าจะเกิดน้อย ค่าใช้จ่ายในการดูแลก็จะลดลงไปด้วย...”

4. แนวทางการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชน

ผู้บริหารคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิให้ความเห็นว่าในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ใช้ติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ ดังตัวอย่างคำพูด

“...มีการประเมินโดยภาพรวมของHCA (Health Care Accreditation) มีทีมพิเศษของจังหวัดลงประเมินเป็นระยะ แต่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงในเรื่องโรคเบาหวานกับความดันสูงเท่านั้น...”

“...ที่ทำอยู่ยังไม่มีการติดตามที่ชัดเจน ไม่มีรูปแบบติดตาม ทำเฉพาะเมื่อมีรายงานบางเรื่องที่ต้องส่งรายงาน...”

“...การประเมินงานโดยจะมีการจัดประชุม นำเสนอผลงาน และติดตามตัวชี้วัดของสปสข.ด้วย...”

“...ตอนนี้การติดตามส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง...”

ข้อเสนอแนะในการติดตามประเมินผลของผู้บริหารเครือข่ายให้มีความเห็นว่า ควรมีการสำรวจเวชระเบียน มีการติดตามตัวชี้วัดต่างๆ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการนำเสนอผลงานในด้านการดูแลรักษา ต้องมีการนิเทศให้เป็นระบบโดยทีมที่เป็นสหสาขาวิชาชีพดังนี้

“...ทบทวนจากภาวะแทรกซ้อนทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดูเป็นรายไตรมาสเลยจะดี...”

“...จัดเวทีให้โดยการรวมตัวของผู้ที่ทำงาน ของแต่ละPCUโรงพยาบาลด้วยมีแพทย์ช่วย comment...”

“...คงจะต้องมีการ Audit เวชระเบียน ที่มีการรักษาที่ PCU โดยมีการทำแบบประเมินตนเองก่อนได้ข้อสรุปอย่างใด...”

“...จัดทีมแพทย์และสหสาขา ช่วยตรวจโดยสำรวจเวชระเบียนที่มีปัญหาและช่วยแก้ไข...”

5. การปรับแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสมกับศักยภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ

พบว่าผู้บริหารคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิมีความคิดเห็นต่อการดำเนินการให้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความเหมาะสมกับศักยภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ คือ ต้องมีการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอโดยทีมแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน

และโรคความดันโลหิตสูงเป็นที่ปรึกษา มีการประสานงานที่ดีในการส่งต่อผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ รอยต่อไปปรึกษาโดยเฉพาะในเรื่องจักษุแพทย์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีการประชุมปรึกษา ถึงความเหมาะสมของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติของแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชนเพราะมีปัญหาที่ ต่างกัน มีการตรวจสอบเวชระเบียนโดยแพทย์เพื่อตรวจสอบความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแล รักษาผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูด

“...ต้องมีทีมแพทย์ หรือผู้ที่เชี่ยวชาญทั้งสองโรคนี้เป็นที่ปรึกษา หรือเป็นผู้นำในการ ทบทวนการดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง...”

“...แนวทางเดิมก็ดีแต่ควรมีการทบทวนสม่ำเสมอ คงต้องมีการประชุมทั้งหมดใน เรื่องของแนวทางที่ใช้อยู่ว่าเหมาะสมดีแล้วหรือยัง...”

“...การดูแลผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รอยต่อ (ผู้ป่วยที่อาศัยในพื้นที่รอยต่อของบัตร ประกันสุขภาพเป็นเขตติดต่อกับอำเภออื่นเลือกสถานบริการหลักไม่ใช่โรงพยาบาลบางปะอิน) ในเรื่อง lab จักษุแพทย์ กำลังประสานงานกับหลายๆฝ่ายอยู่เพื่อหาทางดำเนินงานให้ไปด้วยดี...”

“...การปรับแนวทางควรจะมีการแบ่งตามโซน ตามแต่ปัญหาของแต่ละโซนเพราะ ปัญหาไม่เหมือนกัน ควรมีการตรวจสอบจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันสูง อย่างสม่ำเสมอโดยแพทย์เพื่อดูศักยภาพของเจ้าหน้าที่แต่ละ PCU...”

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดัน โลหิตสูงที่เป็นปัญหา/อุปสรรค และการดำเนินการแก้ไขของผู้บริหารคณะกรรมการบริหารเครือข่าย บริการสุขภาพปฐมภูมิ มีดังนี้

ผู้บริหารคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการ ใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง คือปัญหาด้าน บุคลากรที่ไม่สามารถทำตามแนวทางได้ ปัญหาที่เกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติ ปัญหาด้านทัศนคติของ ผู้รับบริการ และปัญหาด้านบริการ โดยมีแนวทางแก้ไขดังนี้

1.1 ปัญหาด้านบุคลากร การที่เจ้าหน้าที่ไม่ทำตามแนวทางเวชปฏิบัติ อาจเนื่องจาก ไม่เข้าใจแนวทางเวชปฏิบัติ คิดว่าเป็นวิธีที่ยุ่งยาก ต้องมีการอบรมให้ความรู้ทุกปีและหากมีปัญหา ให้ขอคำปรึกษาโดยผ่านทางพยาบาลเวชปฏิบัติของโรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูด

“...เจ้าหน้าที่ไม่ชอบทำตามแนวทางอาจเป็นเพราะวิธียุ่งยากมากมาย คนให้ทำไม่รู้ว่า ทำได้ทำไม่ได้...”

“...ไม่เข้าใจแนวทางในบางเรื่อง การส่งต่อ การตรวจประจำปีก็ทำไม่ได้ โดยเฉพาะพวกที่อาศัยในพื้นที่รอยต่อ (ผู้ป่วยที่อาศัยพื้นที่รอยต่อของบัตรประกันสุขภาพเป็นเขตติดต่อกับอำเภออื่นเลือกสถานบริการหลักไม่ใช่โรงพยาบาลบางปะอิน)...”

“...ปรับพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ให้การดูแลรักษาครบวงจร ทั้งกายใจ...”

“...การแก้ไขตอนนี้ที่ทำอยู่คือการอบรมพัฒนาความรู้ใหม่ๆให้ทุกปีโดยโรงพยาบาลจัดให้...”

“...ผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแลก็สามารถปรึกษาทางโรงพยาบาลได้โดยผ่านมาทาง NP ของโรงพยาบาล...”

1.2 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแนวทางเวชปฏิบัติฯ พบว่าแนวทางเวชปฏิบัติฯ ที่ใช้มีมานาน ไม่มีการทบทวน ไม่มีแพทย์เฉพาะทางมาช่วยทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติฯ การปรับแก้แนวทางเวชปฏิบัติฯควรต้องมีทีมมาช่วยทบทวนแนวทาง ดังตัวอย่างคำพูด

“...แนวทางมันเก่าแล้วไม่มีการทบทวนเลยไปฟังวิชาการใหม่ๆมาแต่ไม่เคยนำมาคุยกัน...”

“...ไม่มีหมอที่เชี่ยวชาญในการมาช่วยทบทวน หมอที่มีอยู่ก็ไม่ได้เชี่ยวชาญอะไร...”

“...การแก้ไขควรมีทีม มาช่วยดูแนวทางและทบทวนแนวทาง...”

1.3 ปัญหาด้านทัศนคติของผู้ให้บริการ พบว่าผู้ให้บริการมีการยอมรับและเข้าใจน้อย เกี่ยวกับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเพราะไม่มีแพทย์ตรวจ แนวทางแก้ไขโดยปรับศักยภาพของบุคลากรในการรักษา การส่งต่อ ดังตัวอย่างคำพูด

“...ปัญหาที่อาจพบคือความเข้าใจ การยอมรับของประชาชนในการรักษาที่ PCU และไม่เจอแพทย์ ต้องปรับทัศนคติของประชาชน ...”

“...การแก้ไขปัญหาคือต้องปรับศักยภาพในเรื่องการรักษา เรื่อง lab และการส่งต่อที่มีคุณภาพ มีช่องทาง Green Channel การให้ความมั่นใจ สถานที่ดี...”

1.4 ปัญหาด้านบริการ พบว่ามีปัญหาเรื่องขาดแคลนจักษุแพทย์ มีข้อจำกัดในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น HbA1c การตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ การที่แพทย์มีจำนวนน้อยทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอในการดูแลผู้ป่วย การแก้ไขผู้บริหารต้องเข้าใจนโยบายในการส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ โดยปรับบทบาทของแพทย์ในการประเมินและการประสานงานให้รวดเร็ว และให้บุคลากรระดับปฐมภูมิให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ดังตัวอย่างคำพูด

“...ปัญหาเรื่องจักษุแพทย์ และ Lab บางตัว เช่น HbA1c การตรวจโปรตีนในปัสสาวะ กำลังประสานงานให้ดำเนินการได้...”

“...แพทย์ปัจจุบันดูแลได้เพียงการให้ยา มีเวลาให้ผู้ป่วยน้อยมาก...”

“...แก้ไขที่ผู้บริหารระดับสูงโรงพยาบาลใหญ่โรงพยาบาลเล็กให้เข้าใจนโยบายของการส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติ...”

“...ปรับแพทย์โรงพยาบาลให้มีการประเมินผู้ป่วยและมีการประสานปัญหาทางแพทย์ได้ดี รวดเร็ว...”

“...เนื่องจากแพทย์มีน้อย การดูแลผู้ป่วยในสอ. PCU บุคลากรระดับปฐมภูมิสามารถดูแลได้ดี ...”

“...ถ้ามีการดูแลควบคุมคุณภาพอย่างสม่ำเสมอคือมีเวลาเอาใจใส่พูดคุยให้ทราบถึงปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ไม่ได้ให้ยารักษาอย่างเดียว ต้องมีองค์ประกอบอื่นๆ เช่น การป้องกัน อาหาร โภชนาการ การกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายส่งเสริมสุขภาพและรักษาภาวะด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย...”

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน มีดังนี้

1. นโยบายการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

จากการสนทนากลุ่มพบว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้ดำเนินการในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคือการเน้นการดูแลรักษาโรคเรื้อรังโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีการดำเนินการตามตัวชี้วัดที่กำหนดเน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการค้นหาคัดกรองผู้ป่วย การให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีแนวทางการดูแลรักษาเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติ ดังตัวอย่างคำพูด

“...ในปัจจุบันเน้นการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง ทั้งสองโรคนี้ก็เป็นนโยบายของสปสข. ด้วย...”

“...สปสข.ให้มีการดูแลสองโรคนี้มาก มีตัวชี้วัดที่ต้องรายงานเป็นผลงานของCUP...”

“...มีการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และกลุ่มเสี่ยงเพื่อการดูแลรักษา...”

“...นโยบายโดยส่งเสริมไม่ให้เกิดโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในรายที่ป่วยและคัดกรองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค รักษาให้มีมาตรฐานมีคุณภาพ ฟันฟูให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้...”

“...มีตัวชี้วัดที่แสดงถึงคุณภาพการดูแลรักษา...”

“...มีแนวทางการดูแลรักษาให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันมานาน...”

2. ความคิดเห็นต่อแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน

พบว่าผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความคิดเห็นต่อการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนดังนี้ คือเห็นด้วยกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเพราะมีผลดีกับผู้ป่วย แต่มีข้อจำกัดเพราะแนวทางเวชปฏิบัติบางข้อไม่สามารถทำได้ตามที่กำหนดไว้ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ HbA1c การตรวจจอประสาทตาโดยจักษุแพทย์ ดังนี้

2.1 บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความเห็นที่ดีต่อการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ เพราะทำให้การรักษามีคุณภาพ มีผลดีกับผู้ป่วย ถ้าหากทำตามแนวทางเวชปฏิบัติได้ทุกข้อ ดังตัวอย่างคำพูด

“...ถ้าทำตามแนวทางได้ทุกข้อที่มีได้จริงจะเป็นผลดีกับผู้ป่วยและทำให้การรักษามีคุณภาพมากกว่าเดิม...”

“... การปฏิบัติตามแนวทางเป็นสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วย...”

“...ใช้แนวทางนี้อยู่แล้วเพราะถ้าปฏิบัติตามแล้วผลดีเกิดขึ้นกับผู้ป่วย...”

“...เห็นด้วยกับการใช้แนวทางปฏิบัติเพราะครอบคลุมในทุกเรื่องทั้งเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง...”

2.2 บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความเห็นว่าแนวทางเวชปฏิบัติที่ใช้มีข้อจำกัดไม่สามารถทำได้เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก แต่เจ้าหน้าที่มีไม่เพียงพอ ดังตัวอย่างคำพูด

“...แนวทางบางข้อไม่สามารถทำได้แม้แต่ที่โรงพยาบาลเอง...”

“...การส่ง Lab บางตัวมีข้อจำกัด เช่น HbA1c การตรวจจอประสาทตา ต้องส่งโรงพยาบาลจังหวัด...”

“...คนไข้เยอะทำทุกขั้นตอนไม่ทัน มีเจ้าหน้าที่น้อยด้วย...”

“...แนวทางบางข้อเหมาะสำหรับโรงพยาบาลใหญ่ๆ...”

2.3 บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงต้องการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเพราะเป็นมาตรฐานการดูแลรักษา มีผลดีกับผู้ป่วย ควรให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยรับทราบด้วย เพราะทั้งศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัยต้องดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเช่นกัน แต่ต้องมีการทบทวนและประเมินผลการรักษาของผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูด

“...ใช้แนวทางนี้ แต่เรื่องความดันโลหิตสูงควรมีแนวทางให้สอ.รู้ด้วยเพราะสอ. รักษาโรคความดันสูงด้วย...”

“...ใช้แนวทาง แต่ควรมีการทบทวนประเมินผลการใช้ด้วย...”

“...แนวทางที่ทำไม่ได้ มีปัญหา เสนอผู้บริหารช่วยหาทางแก้ไข...”

3. แนวทางการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

พบว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความเห็นว่าแนวทางการประเมินแนวทางเวชปฏิบัติควรทำโดยเป็นทีมของผู้บริหารเพราะเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ เมื่อรับทราบปัญหา มีการกำหนดงานการส่งตัวชี้วัด เพื่อดูผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วย และมีการทบทวนแนวทางการดูแลรักษาที่ใช้อย่างสม่ำเสมอ ดังตัวอย่างคำพูด

“...การติดตามประเมินผลควรเป็นทีมผู้บริหารเป็นผู้ติดตามประเมิน...”

“...การประเมินผลควรส่งเป็นตัวชี้วัดทุกเดือน หรือรายไตรมาส เพื่อดูผลการรักษา โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดที่ต้องรายงานให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน...”

“...ผู้บริหารควรแต่งตั้งทีมประเมินโดยมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีมเพื่อทราบปัญหาต่างๆ และเป็นที่ปรึกษาในการแก้ไข...”

“...มีการทบทวนแนวทางการดูแลรักษาที่ใช้อยู่อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการปรึกษาหารือและร่วมกันหาแนวทางดำเนินการแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา...”

4. การปรับแนวทางเวชปฏิบัติบริการงานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสมกับศักยภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ

พบว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความเห็นคิดเห็นต่อการดำเนินการให้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความเหมาะสมคือต้องมีการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติร่วมกันของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ปัญหาที่ปฏิบัติไม่ได้จะต้องแก้ไข ควรมีการประสานในส่วนที่ผู้ป่วยอาศัยพื้นที่รอยต่อของบัตรประกันสุขภาพโดยผู้บริหารเครือข่าย ดังตัวอย่างคำพูด

“...การปรับแนวทางต้องคุยกันทั้ง CUP คุยกันระหว่างโรงพยาบาลและ PCU เพราะจะได้ปฏิบัติเหมือนกันไม่ใช่ทำเฉพาะที่โรงพยาบาลแต่ที่ PCU ทำไม่ได้...”

“...แนวทางที่มีอยู่แล้วคิดว่าเหมาะสมแต่ต้องคุยกันว่าขั้นตอนแนวทางบางข้อที่ทำไม่ได้จะอย่างไร...”

“...ปัญหาที่ผู้ป่วยอาศัยพื้นที่รอยต่อของบัตรทองควรมีการประสานระหว่างผู้บริหารให้รับรู้เป็นแนวทางเดียวกัน...”

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในด้านปัญหา/อุปสรรคและการแก้ไขของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน มีดังนี้

พบว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลยังไม่เข้าใจวิธีดำเนินงานตามแนวทางเวชปฏิบัติ จึงปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติไม่ได้เนื่องจากจำนวนบุคลากรที่ศูนย์สุขภาพชุมชนไม่เพียงพอภาระงานศักยภาพในการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนยังไม่ครอบคลุมและเมื่อส่งผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติไปโรงพยาบาล ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการบริการตามแนวทางเวชปฏิบัติจึงต้องมีการประชุมกันเพื่อรับทราบปัญหาและมีแนวทางแก้ไขร่วมกันระหว่างผู้บริหารและบุคลากรผู้ปฏิบัติ มีการทบทวนฟื้นฟูความรู้ของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งเพิ่มบุคลากรในการทำงาน ดังประเด็นต่อไปนี้

1.1 ปัญหาด้านบุคลากร บุคลากรไม่เพียงพอ จำนวนผู้ป่วยมาก บุคลากรไม่ได้ทบทวนความรู้ให้ทันสมัย ควรแก้ไขโดยเพิ่มจำนวนบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลโดยในระยะแรกเพิ่มวันที่มีคลินิกโรคเรื้อรังก่อนและมีการทบทวนฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ

“...คนไข้มาก แต่เจ้าหน้าที่มีน้อย...”

“...การให้ความรู้ให้สุกศึกษารายกลุ่มทำไม่ได้ มีเวลาและคนไม่พอ...”

“...ความรู้ที่เจ้าหน้าที่ต้อง Update ของทั้งสองโรคนี้ เช่น เรื่องการรักษา เรื่องยา เรื่อง Lab...”

“...การแก้ไขคงต้องหาแนวทางเพิ่มคนก่อนโดยเฉพาะในวันที่มีคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อการดูแลให้ครอบคลุมมากขึ้น...”

“...ปัญหาและอุปสรรคที่พบ บางอย่างไม่สามารถทำได้ เช่น การตรวจตาโดยจักษุแพทย์ การตรวจเท้า ตรวจปัสสาวะก็ทำไม่ทัน เวลาลน้อย คนน้อยทำงานไม่ทัน...”

1.2 ปัญหาด้านการส่งต่อ ปัญหาของการประสานงานระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลที่ส่งต่อ โดยเฉพาะคนไข้ที่อยู่ในช่วงรอยต่อ ควรแก้ไขโดยมีการประสานงานระดับผู้บริหารในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงรอยต่อ ดังตัวอย่างคำพูด

“...คนไข้ที่มีปัญหาหรือผลเลือด ความดันสูงตามเกณฑ์ที่กำหนด ส่งไปโรงพยาบาล แพทย์บอกส่งมาทำไม เจอหมอดีก็ดีไป คนไข้บางคนให้ไปโรงพยาบาลไม่ยอมไป...”

“...คนไข้บัตรทองที่อาศัยพื้นที่ช่วงรอยต่อ พอครบเจาะLabชุดประจำปี เขียนใบส่งตัวให้ไปโรงพยาบาลจังหวัด เจ้าหน้าที่บอกคนไข้มาว่าใครสั่ง ทำนองว่าไปสั่งเขา ก็แก้ปัญหาโดยคนไข้ไม่ไปใช้สิทธิขอยอมเสียเงินเอง...”

“...ผู้บริหารต้องประสานเรื่องผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รอยต่อ และการส่งต่อมาโรงพยาบาล ...”

1.3 ปัญหาเกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติฯ พบว่าที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ได้ ในบางข้อ เช่น การตรวจ HbA1c, EKG , Chest X-Ray และเมื่อเกิดปัญหาในการขอคำปรึกษาเรื่องยา หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้มีการแก้ไขโดยมีแนวทางในการขอคำปรึกษากับแพทย์ในเรื่องการปรับยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และมีเวทีในการประชุมให้ความรู้และสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรค ดังตัวอย่างคำพูด

“...Lab บางตัว เช่น HbA1c ยังไม่เคยตรวจเลย...”

“...EKG หรือ เอกซเรย์ปอด ไม่เคยตรวจ บางคนก็ไม่เคยตรวจตา...”

“...มีแนวทางในการขอคำปรึกษากับแพทย์ เช่น เรื่องการปรับยา เรื่องผล Lab และอื่นๆ...”

“...มีการจัดประชุมให้ความรู้และประชุมผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหารถึงปัญหาและอุปสรรคอย่างสม่ำเสมอ...”

“... มีการหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วย เช่น ตรวจตา ตรวจเลือดบางตัว การตรวจพิเศษอื่นๆ ในบางรายที่ PCU ส่งมา...”

1.4 ปัญหาขาดการประเมินและติดตามผล พบว่ายังไม่มีบททบทวนแนวทางเวชปฏิบัติฯ และการติดตามประเมินผล ควรแก้ไขโดยมีการทบทวนแนวทางและติดตามประเมินผลดังตัวอย่างคำพูด

“... ยังไม่เคยมีใครมาทบทวนแนวทาง เลยไม่รู้ปัญหา ...”

“...ใช่ เห็นด้วย น่าจะมีคนมาดูเรื่องแนวทาง และการติดตามประเมินผล...”

“... คิดว่าควรมีการตั้งทีมกรรมการที่เกี่ยวข้องกับทุกฝ่ายมาดูแลแนวทาง...”

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การทํากรณีศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ เพื่อนําเสนอแนวทางในการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับบริบทของศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

การใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ขั้นตอนการคัดกรอง

การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนทราบว่ามีความรู้แนวทางเวชปฏิบัติฯ และใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ กับผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกรายในขั้นตอนการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด การซักประวัติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การตรวจร่างกายและตรวจเท้า ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าในขั้นตอนการคัดกรองเป็นขั้นตอนที่ไม่ยุ่งยากและจำเป็นต้องปฏิบัติเป็นขั้นตอนแรกเพื่อการวินิจฉัยผู้ป่วย แต่ไม่มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ในการตรวจระบบประสาทโดยแพทย์ และส่วนใหญ่ไม่ใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ในการตรวจเพื่อค้นหาโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อจอตา ไต หัวใจ และหลอดเลือด ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าเกิดจากการขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางโดยเฉพาะจักษุแพทย์ และมีแพทย์จำนวนน้อยจึงไม่สามารถตรวจระบบประสาทให้กับผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงไกร ศรีธนวิบูลย์และคณะ (2546) ที่พบว่าคลินิกเบาหวานยังขาดแคลนแพทย์ โดยเฉพาะจักษุแพทย์สำหรับตรวจผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ในผู้ป่วย ตั้งแต่ Grade 1 ถึง Grade 3 ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าในขั้นตอนการคัดกรองเป็นขั้นตอนที่ไม่ยุ่งยากและจำเป็นต้องปฏิบัติเป็นขั้นตอนแรกเพื่อการวินิจฉัยผู้ป่วย

ขั้นตอนการติดตามและประเมินผลการรักษา

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนใช้แนวทางเวชปฏิบัติเฉพาะการตรวจทางห้องปฏิบัติการการตรวจหา Fasting plasma glucose, postprandial plasma glucose, Total cholesterol, Triglyceride, HDL-cholesterol และ Serum creatinine เนื่องจากเป็นแนวทางเวชปฏิบัติในการตรวจสุขภาพประจำปีตามข้อตกลงระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนกับโรงพยาบาล แต่ยังไม่มีการตรวจ HbA1c, urine analysis, การเพาะเชื้อแบคทีเรียจากปัสสาวะ, การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ในขั้นตอนการติดตามและประเมินผลการรักษา พบว่ามีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ในการตรวจ Lipid profile การประเมินประสิทธิภาพในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย แต่พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการตรวจร่างกายอย่างละเอียด อย่างน้อยปีละครั้ง การส่งตรวจตาปีละครั้งโดยจักษุแพทย์ การประเมินคุณภาพชีวิต และไม่มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ในการตรวจปัสสาวะ Proteinuria อย่างน้อยปีละครั้ง และการส่งผู้ป่วยโรคเบาหวานไปพบแพทย์อย่างน้อย 6 เดือนต่อครั้ง สำหรับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการตรวจ Fasting plasma glucose, Cholesterol, Triglyceride, HDL – cholesterol และ Creatinine ครบทุกราย แต่ยังไม่มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการตรวจปัสสาวะเพื่อหาค่า protein, sugar, cell, การตรวจ Electrolyte potassium, sodium, EKG และ Chest X-Ray ซึ่งการไม่ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ อาจเกิดจากการขาดงบประมาณค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา และขาดอุปกรณ์ เครื่องมือ หรือต้องส่งผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงไกร ศรีธวัช และคณะ (2546) ที่พบว่าคลินิกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงยังไม่มีระบบการตรวจสุขภาพประจำปี ขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

ขั้นตอนการให้คำแนะนำเรื่องต่างๆ

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในขั้นตอนการให้คำแนะนำเรื่องต่างๆ เช่น เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติและการแก้ไขปัญหา เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้คำแนะนำเรื่องต่างๆมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติทั้งหมดในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการทางหลอดเลือดสมองและหัวใจ การมาตรวจตามนัด ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าเนื่องจากผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องนำไปปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยที่อยู่บ้านและต้องปฏิบัติให้ได้ถูกต้อง ซึ่งบุคลากรสามารถให้คำแนะนำได้ในขณะให้การตรวจรักษาผู้ป่วย

ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ เมื่อตรวจพบว่าผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 2 ครั้ง หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรจะส่งมาพบแพทย์ทันที แต่ส่วนใหญ่ไม่ใช้แนวทางเวชปฏิบัติเมื่อพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรและเมื่อดูแลรักษาผู้ป่วยครบ 6 เดือน สำหรับการที่ไม่ใช้แนวทางเวชปฏิบัติเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือมีอาการไม่รุนแรง นอกจากนี้ศูนย์สุขภาพชุมชนไม่ได้ส่งผู้ป่วยกลับไปตรวจระดับไขมันในเลือดการทำงานของไตที่โรงพยาบาลเมื่อรักษาครบ 6-12 เดือน เนื่องจากศูนย์สุขภาพชุมชนได้เจาะเลือดและส่งไปตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลและการที่ไม่ได้ส่งผู้ป่วยกลับไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อรักษาผู้ป่วยครบ 6 เดือน เนื่องจากทราบว่าแพทย์ต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมากและผู้ป่วยที่ศูนย์สุขภาพชุมชนให้การดูแลรักษาสามารถควบคุมอาการได้ดี บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อตรวจพบความดันโลหิต Grade 2 จำนวน 2 ครั้ง และ Grade 3 จำนวน 1 ครั้ง แต่ไม่ใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเมื่อควบคุมความดันโลหิตได้และไม่พบปัจจัยเสี่ยงเมื่อดูแลรักษาทุก 4 - 6 เดือน อาจเพราะทราบว่าแพทย์ต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมากและผู้ป่วยที่ศูนย์สุขภาพชุมชนดูแลรักษาสามารถควบคุมอาการได้ดี และผู้ป่วยไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่ต้องส่งไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชนของคณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานีและของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วย มีความสอดคล้องกัน การอภิปรายผลการศึกษาในภาพรวม มีดังนี้

1. มีการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเน้นการคัดกรอง การป้องกันและให้คำแนะนำเกี่ยวกับ การดูแลรักษา การติดตามและการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเป็นการค้นหาผู้ป่วย ให้ความรู้ มีการรักษาตามแนวทางที่มีมาตรฐานในแนวทางเดียวกัน ให้มีคุณภาพและต่อเนื่อง อันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและตามนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยรัฐบาลได้ประกาศนโยบายการณรงค์ ปีแห่งการ

สร้างสุขภาพ นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพไทย ในยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข และยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพกายได้กลยุทธ รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อการมีสุขภาพดี โดยการรณรงค์และควบคุมลดโรค 6 โรค คือโรคเอดส์ โรคเมเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ไข้เลือดออก และโรคเบาหวาน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพไทย, 2550)

2. เห็นประโยชน์และสนับสนุนให้มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ จะเป็นประโยชน์ต่อเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ Graham Worrall และคณะ(1997) ได้ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์และประสิทธิผลของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในประเทศแคนาดาซึ่งพบว่าภายหลังการใช้แนวทางเวชปฏิบัติผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น การใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีผลลัพธ์ทำให้ ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนัก ความดันโลหิต และ Glycosylated Hemoglobin ลดลง นอกจากนี้ควรมีการควบคุมคุณภาพให้มีมาตรฐาน การเข้าถึงง่าย มีความสะดวกในการใช้ สนับสนุนให้มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ เพราะจะเป็นแนวทางใช้กำกับดูแลคุณภาพของการดูแลรักษาที่ดี มีการส่งเสริม/ติดตามให้บุคลากรมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ อย่างสม่ำเสมอ มีการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติฯ ให้เหมาะสม ทันสมัย และมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมบุคลากรเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามได้ในมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า ควรมีการทบทวนและปรับปรุงแก้ไขแนวทางเวชปฏิบัติฯ เป็นระยะๆ หรือเมื่อมีหลักฐานที่มีคุณภาพดีกว่าหรือเหมาะสมกว่า เพื่อให้แนวทางเวชปฏิบัติฯ นั้น มีความทันสมัยและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต (คำแนะนำการสร้างแนวทางปฏิบัติ.2544; หน้า: 44)

3. มีแนวทางในการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน มีความเห็นว่าควรมีทีมพิเศษของเครือข่าย ดำเนินการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ โดยมีรูปแบบติดตามที่ชัดเจน มีเวทีในการจัดประชุมนำเสนอผลงาน และติดตามตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอ เพราะตัวชี้วัดเป็นสิ่งที่วัดคุณภาพในการดูแลรักษา เช่น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการตาย เป็นต้น โดยจะมอบหมายให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้รับผิดชอบ โดยใช้ตัวชี้วัดภาวะสุขภาพที่สำคัญหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดในการติดตามคุณภาพการดูแลรักษา คือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่ตา ไต เท้า โรคหลอดเลือดสมอง และอัตราการตาย

ของผู้ป่วยทั้งโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549)

ผลการศึกษาค้นคว้าเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนของคณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานี และของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วย สามารถอภิปรายผล ดังนี้

1. ปัญหาด้านบุคลากร การที่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงไม่ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ อาจเกิดจากการไม่เข้าใจในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ต้องการการเตรียมความพร้อมในด้านความรู้เกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติฯ และพบว่าต้องการความรู้ที่ทันสมัยและมีจำนวนบุคลากรผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอ ต้องการให้เพิ่มจำนวนบุคลากรปฏิบัติงานในวันที่มีคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และควรอบรมให้ความรู้กับบุคลากรเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะ ส่วนในการที่ขาดแคลนจักษุแพทย์ในการตรวจจอประสาทตา อาจพัฒนาความรู้บุคลากรที่ดูแลรักษาโดยมีการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาทดแทน ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ให้บริการซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภิกษุ ลุมภิกานนท์และคณะ(2551) ที่พบว่าต้องเพิ่มพูนความรู้ทั้งด้านทักษะ ความรู้ และความสามารถของผู้ให้บริการเนื่องจากขาดแคลนแพทย์แต่มีผู้ป่วยจำนวนมากทำให้แพทย์มีเวลาในการตรวจรักษาผู้ป่วยน้อย ดังนั้นควรมีการคัดกรองผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนให้ไปรับการรักษาในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะช่วยให้บริการผู้ป่วยได้ดี มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งในด้านการรักษาต่อเนื่องและในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะเป็นการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องพบแพทย์ ทำให้แพทย์มีเวลามากขึ้นในการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือยังควบคุมโรคไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบาย “บริการมีคุณภาพ ง่าย ไร้อัด” ที่กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศไว้เมื่อปี 2549 โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ร่วมกันจัดทำโครงการ “บริการประทับใจ ไร้อัด พัฒนาเครือข่าย” เป็นโครงการต่อเนื่อง 3 ปี เพื่อพัฒนาบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จุดประสงค์คือลดความแออัดที่โรงพยาบาล โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการที่สามารถลดการพึ่งพาโรงพยาบาลได้แก่ ผู้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ผู้ป่วยที่ดูแลได้โดยหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมถึงผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาลทุกเดือน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมอาการได้ดีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ปัญญา กิริติหัตถยากร, 2550)

2. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแนวทางเวชปฏิบัติฯ พบว่าแนวทางเวชปฏิบัติฯ บางขั้นตอนมีบางข้อที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ และไม่เหมาะสมกับศักยภาพศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ การตรวจ EKG,

Chest X-Ray หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจ HbA1c และการตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ พบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของ Burger และคณะ(2000) ที่พบว่าปัจจัยด้านคุณลักษณะของแนวทางเวชปฏิบัติฯ เป็นปัญหา/อุปสรรคในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ โดยกลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่า บางขั้นตอนของแนวทางเวชปฏิบัติฯ มีบางข้อที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เนื่องจากไม่เหมาะสมกับศักยภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน และบางข้อที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีศักยภาพแต่ไม่มีเวลาและบุคลากรเพียงพอในการทำตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ นอกจากนี้ได้มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ฉบับนี้มานานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 แต่ยังไม่มีการทบทวน จึงควรมีการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติฯ เพื่อปรับให้แนวทางเวชปฏิบัติฯ มีความทันสมัยและเหมาะสมกับบริบทของศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ที่ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่าแนวทางเวชปฏิบัติฯ ของแต่ละหน่วยงาน/สถาบัน ในเรื่องเดียวกันอาจจะแตกต่างกันได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมในด้านบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ และนโยบายการเบิกจ่ายค่าบริการ (คำแนะนำการสร้างแนวทางปฏิบัติ. 2544; หน้า: 46)

3. ปัญหาขาดการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ พบว่าแนวทางเวชปฏิบัติฯ ที่ใช้อยู่ปัจจุบันยังขาดการติดตามประเมินผลการใช้อย่างเป็นระบบ จึงไม่ทราบว่าแนวทางเวชปฏิบัติฯ ที่ใช้อยู่มีความเหมาะสมหรือไม่ ทำให้แนวทางเวชปฏิบัติฯ บางข้อ ไม่สามารถนำไปใช้ได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า แนวทางเวชปฏิบัติฯ ควรมีการทบทวนและปรับปรุงแก้ไขเป็นระยะๆ หรือเมื่อมีหลักฐานที่มีคุณภาพดีกว่าหรือเหมาะสมกว่า เพื่อให้แนวทางเวชปฏิบัติฯ นั้น มีความทันสมัยและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต (คำแนะนำการสร้างแนวทางปฏิบัติ.2544; หน้า: 44)

4. ปัญหาด้านการส่งต่อ การประสานงาน พบว่าปัญหาของการประสานงานในการส่งต่อระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รอยต่อบัตรประกันสุขภาพ ยังเป็นปัญหาและอุปสรรค คือเมื่อส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลแล้วผู้ป่วยไม่ได้รับการบริการตามที่ระบุไว้ในแนวทางเวชปฏิบัติฯ ดังนั้นคณะกรรมการบริหารเครือข่ายควรเป็นผู้ประสานงานจัดระบบการส่งต่อ ในการส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ซึ่งศูนย์สุขภาพชุมชนไม่สามารถทำได้จึงต้องส่งไปตรวจที่โรงพยาบาล เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ เนื่องจากโรงพยาบาลเองไม่ได้ตรวจตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ กับผู้ป่วยทุกราย ยกเว้นกรณีผู้ป่วยมีอาการผิดปกติจึงส่งตรวจเฉพาะรายโดยพยาบาลเวชปฏิบัติสามารถบริหารจัดการในการส่งต่อได้ตามความเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการพัฒนาระบบส่งต่อให้มีช่องทางด่วนเพื่อลดขั้นตอนและอำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาวินิจฉัยหรือรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล แม้จ่ายได้สะดวก (ปัญญา กิริติหัตถยากร, 2550)

ส่วนปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และด้านพฤติกรรม พบว่าสอดคล้องกับผลการสังเคราะห์งานวิจัยของ Cabana และคณะ(1999) เช่นกัน โดยพบว่าข้อมูลที่บ่งชี้ว่าเจ้าหน้าที่ทั้งหมดไม่คุ้นเคยในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ แต่อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่ทุกคนมีความตั้งใจและมีการนำแนวทางเวชปฏิบัติฯ ไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งหากมีการจัดอบรมเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ให้กับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษา จะทำให้บุคลากรสามารถใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การขาดความพร้อมในด้านอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ตามที่กำหนดไว้ในแนวทางเวชปฏิบัติฯ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ใช้บริการขาดความเชื่อมั่นในการมารับการรักษาได้



บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ เพื่อนำเสนอแนวทางในการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับบริบทของศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาจากคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานีอำเภอบางปะอิน และ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติบรรยาย และวิเคราะห์ข้อมูลการสนทนากลุ่มโดยการวิเคราะห์เนื้อหาตามวัตถุประสงค์

ผู้บริหารคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานีอำเภอบางปะอินมีจำนวน 8 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก และหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน 4 แห่ง เป็นเพศหญิงและเพศชายเท่ากัน ส่วนใหญ่ มีอายุ 41 - 50 ปี และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี และร้อยละ 50 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 25-30 ปี สำหรับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่ายและของโรงพยาบาลบางปะอิน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง 7 คนและมีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในการดูแลรักษามากกว่า 20 ปี 6 คนจาก 7 คนสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี โดย 1 คน สำเร็จการศึกษาปริญญาโท และทุกคนได้รับประกาศนียบัตรการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป

การศึกษการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานีอำเภอบางปะอิน และบุคลากร

ผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วยทุกคนทราบว่ามีความรู้เกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติและใช้แนวทางเวชปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกราย

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ในขั้นตอนการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด การซักประวัติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การตรวจร่างกาย และตรวจผิวหนังและเท้า มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติทุกขั้นตอน และใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในขั้นตอนการให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติและการแก้ไขปัญหา เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำและการมาตรวจตามนัด ส่วนใหญ่ใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ในการตรวจตาและจอตาโดยแพทย์ ไม่มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติตรวจเพื่อค้นหาโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อจอตา ไต หัวใจ และหลอดเลือด และตรวจระบบประสาทโดยแพทย์ สำหรับผลการศึกษาย่อยเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ปฏิบัติงานมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในขั้นตอนทางการคัดกรองผู้ป่วย ตั้งแต่ Grade 1 ถึง Grade 3 ทุกราย และมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติทุกราย ในขั้นตอนการให้คำแนะนำเรื่องต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ เช่นอาการทางหลอดเลือดสมองและหัวใจ การมาตรวจตามนัด

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งตรวจระดับน้ำตาลโดย Fasting plasma glucose และ postprandial plasma glucose รวมทั้งส่งตรวจระดับไขมันในเลือด Total cholesterol , Triglyceride และ Serum creatinine แต่ไม่ได้ส่งตรวจ HbA1c และทั้งหมดไม่ได้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในการส่งตรวจปัสสาวะ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และถ่ายภาพรังสีทรวงอก สำหรับโรคความดันโลหิตสูง บุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการตรวจ Fasting plasma glucose และ Creatinine และการตรวจหา Cholesterol, Triglyceride, HDL – cholesterol และการตรวจ Electrolyte potassium, sodium แต่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดไม่ได้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการตรวจปัสสาวะดู protein, sugar, cell การตรวจตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและถ่ายภาพรังสีทรวงอก

ในการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน บุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ยังไม่เคยได้รับการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจากหน่วยงานใด

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของคณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานีและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีความสอดคล้องกันโดยมีประเด็นสำคัญดังนี้

1. ผู้บริหารคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานีพบว่ามี การดำเนินงานตามนโยบายเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นซึ่งนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เน้นการคัดกรอง การป้องกันและให้คำแนะนำให้ความรู้ การดูแลรักษา การติดตามและการส่งต่อผู้ป่วยและการให้ความรู้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2. คณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานีและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความคิดเห็นต่อการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน ว่าแนวทางเวชปฏิบัติเป็นสิ่งที่ดี แต่พบว่าไม่สามารถปฏิบัติตามได้ในบางข้อ อาจเกิดจากการขาดแคลนบุคลากร ภาระงานที่มีมาก ทำให้แนวทางบางข้อไม่สามารถปฏิบัติได้ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ควรมีการควบคุมคุณภาพให้มีมาตรฐาน การเข้าถึงง่าย มีความสะดวกในการสื่อสาร และควบคุมคุณภาพให้มีมาตรฐานเดียวกัน มีการทบทวนแนวทางอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในด้านความรู้ จึงควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา

3. ควรมีการสนับสนุนให้มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน เพราะจะเป็นแนวทางใช้กำกับดูแลคุณภาพของการดูแลรักษาที่ดีของผู้ป่วย เมื่อได้รับการดูแลรักษาที่ดีและจะเป็นประโยชน์ต่อเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานีและตัวผู้ป่วย

4. ควรมีแนวทางติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีความเห็นว่าควรมีคณะกรรมการนิเทศของเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานี ที่มีรูปแบบติดตามที่ชัดเจน มีเวทีในการจัดประชุมนำเสนอผลงาน และติดตามตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอ

5. ควรมีการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงทั้งเครือข่ายเพื่อให้ศูนย์สุขภาพชุมชนได้ใช้ปฏิบัติในทิศทางเดียวกันและเหมือนกันทุกแห่ง และมีการปรับแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสมกับศักยภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน

ผลการศึกษาความคิดเห็นในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชนของคณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิในด้านปัญหา/อุปสรรค มีดังนี้

1. **ปัญหาด้านบุคลากร** บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงไม่ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ อาจเกิดจากการไม่เข้าใจแนวทางเวชปฏิบัติฯ ต้องการความรู้ที่ทันสมัย มีแนวทางแก้ไขคือต้องพัฒนาความรู้ของบุคลากรในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ

2. **ปัญหาที่เกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติฯ** พบว่ามีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ มานาน แต่ไม่มีการทบทวน จึงควรมีทีมจากคณะกรรมการของเครือข่ายมาดำเนินการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติฯ เพื่อปรับปรุงให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

3. **ปัญหาด้านทัศนคติของผู้ใช้บริการ** เนื่องจากไม่มีแพทย์ตรวจรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้ป่วยที่มาใช้บริการได้รับการตรวจรักษาโดยบุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชนและพยาบาลเวชปฏิบัติของโรงพยาบาล อาจจะทำให้ผู้ใช้บริการบางส่วนไม่มั่นใจและอาจมีทัศนคติไม่ดีต่อศูนย์สุขภาพชุมชนจึงควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านความรู้ พัฒนาสถานที่ และเครื่องมือเครื่องใช้ให้ทันสมัย

4. **ปัญหาด้านบริการ** เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ได้ในบางข้อของขั้นตอนต่างๆ เช่นการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งต่อพบจักษุแพทย์ จึงควรต้องมีการประสานงานเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกันทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิ

ผลการศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในด้านปัญหา/อุปสรรค มีดังนี้

1. **ปัญหาด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน** พบว่าบุคลากรต้องการความพร้อมในด้านความรู้และทักษะที่ทันสมัยและมีบุคลากรไม่เพียงพอ ต้องมีการสนับสนุนบุคลากรในวันที่มีคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และควรจัดการอบรมให้ความรู้กับบุคลากรเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะ

2. **ปัญหาด้านการส่งต่อ การประสานงาน** พบว่าปัญหาของการประสานงานระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลที่ส่งต่อตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ และปัญหาเรื่องผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รอยต่อของบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งต้องแก้ไขโดยคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิเป็นผู้ประสานงานให้การส่งต่อมีประสิทธิภาพ

3. **ปัญหาที่เกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติฯ** พบว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษามีความเห็นว่าแนวทางเวชปฏิบัติฯ บางข้อไม่สามารถปฏิบัติได้ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน รวมทั้งไม่มีการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติฯ ควรมีการปรับแนวทางเวชปฏิบัติฯ ให้เหมาะสมกับบริบทของศูนย์สุขภาพชุมชน

4. ปัญหาขาดการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ พบว่าแนวทางเวชปฏิบัติฯ ที่ใช้อยู่ปัจจุบันยังขาดการติดตามประเมินผลการใช้อย่างเป็นระบบ ทำให้ไม่ทราบว่าแนวทางเวชปฏิบัติฯ ที่ใช้อยู่มีความเหมาะสมกับศูนย์สุขภาพชุมชนหรือไม่ อย่างไร

โดยปัญหา/อุปสรรคต่างๆ แก้ไขได้โดยมีคณะกรรมการของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ประกอบไปด้วยผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในการติดตามและประเมินผล มีการบริหารจัดการ มีการดูแลในเรื่องเพิ่มบุคลากร มีการพัฒนาความรู้และทักษะ การประสานงานในเรื่องส่งต่อกับโรงพยาบาลตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ และงบประมาณในการปรับปรุงสถานที่ รวมทั้งอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่ทันสมัย มีการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติฯ อย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอบางปะอิน

1. ควรมีระบบการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงและแก้ไขให้แนวทางเวชปฏิบัติฯ มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และเหมาะสมกับศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ได้ถูกนำไปใช้ได้จริง
2. ควรมีคณะทำงานในการดูแลแนวทางเวชปฏิบัติฯ อาจจัดทำในรูปแบบของคณะกรรมการเครือข่ายซึ่งประกอบด้วยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับแนวทางเวชปฏิบัติฯ เพื่อทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติฯ ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และบทบาทหน้าที่และศักยภาพของบุคลากรแต่ละระดับ โดยคำนึงถึงนโยบาย ปัจจัยด้านบุคลากร ความรู้ งบประมาณ และผู้รับบริการเป็นสำคัญทั้งนี้ เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้
3. ควรเตรียมความรู้ของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัยและคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล ให้มีความรู้ที่ทันสมัย โดยอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน ตลอดจนควรจัดอบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติงานในระดับศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัยและคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล
4. ควรมีการศึกษาผู้มาใช้บริการโดยสอบถามผู้ป่วย ผู้ให้บริการเพื่อให้ทราบความต้องการ และปัญหาอุปสรรคของผู้ป่วยในการมาใช้บริการ
5. ปรับแนวทางเวชปฏิบัติฯ ให้เหมาะสมกับศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตั้งอยู่นอกโรงพยาบาล เพราะศูนย์สุขภาพชุมชนมีที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลมีศักยภาพและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน

การใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์
สุขภาพชุมชน : กรณีศึกษา

USAGE OF CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN CARING FOR PATIENTS WITH
DIABETES AND HYPERTENSION AT PRIMARY CARE UNITS : A CASE STUDY

อมรรัตน์ สุขสุวรรณ 4937555 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, D.N.Sc. (Primary Care), MPH,
สุภาณี เสนาดีชัย, วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยมอันดับ 2, M.S.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาการ
เจ็บป่วยที่สำคัญของประเทศไทย และ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากข้อมูลในปี 2547 ประชากรไทยมีความ
ชุกโรคเบาหวาน ร้อยละ 3.19 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.69 ในปี 2548 นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 30-50
ของประชากรที่เป็นเบาหวานยังไม่ได้รับการวินิจฉัย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข, 2548) และจากการตรวจวัดความดันโลหิตของประชาชนทั่วประเทศที่มีอายุ
35 ปีขึ้นไป ในปี 2550 จำนวน 20.7 ล้านคน พบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงกว่าปกติทั้งหมด 2.4 ล้านคน
คิดเป็นร้อยละ 11 กล่าวคือ คนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไปทุก 10 คน จะมี 1 คนที่มีเป็นความดันโลหิตสูง
และมีกว่าครึ่งหนึ่งที่ยังไม่รู้ตัวว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง จากสถิติปี 2549 พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับ
ตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด 375,600 ราย รองลงมาคือ เบาหวาน 334,168
ราย มีผู้เสียชีวิตทั้งหมดในปีเดียวกันด้วยโรคเบาหวาน 7,486 ราย และความดันโลหิตสูง 2,363 ราย
(ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์, 2551)

จากการสำรวจการสูญเสียสุขภาพ (Disability Adjusted Life Year : DALY) ของ
ประเทศไทย พบว่า โรคเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 3 ของการสูญเสียสุขภาพ ในเพศหญิง
(ร้อยละ 7) และเป็นอันดับ 5 ของการสูญเสียสุขภาพในเพศชาย (ร้อยละ 3) นอกจากนี้การสูญเสีย

สภาวะของโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุสำคัญมาจากความดันโลหิตสูงพบว่าเป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการสูญเสียสภาวะ ในเพศหญิง (ร้อยละ 7) และเป็นอันดับ 3 ของการสูญเสียสภาวะในเพศชาย (ร้อยละ 5) (ภาระของโรคเรื้อรังและอุบัติเหตุในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข, 2545) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ไม่รักษา หรือรักษาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ไปพบแพทย์ตามนัด จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือการติดเชื้อโรคได้ง่าย เนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง การติดเชื้อนั้นพบได้ทุกอย่าง แต่ที่พบบ่อยคือ แผลที่เท้า ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงมากหรือต่ำมาก หลอดเลือดหัวใจตีบตันทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลอดเลือดสมองตีบตัน ทำให้เป็นอัมพาต ส่วนการที่มีความดันโลหิตสูงอยู่เป็นระยะเวลานาน จะทำให้เกิดการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดแดง โดยเฉพาะหลอดเลือดที่เลี้ยงสมอง ตา หัวใจ และไต จึงทำให้หลอดเลือดสมองแตก หรือตีบตันเป็นอัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น (ระพีพล ญชธร ณ อยู่ยา, 2549) ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตจากหัวใจวายถึงร้อยละ 60-75 เสียชีวิตจากเส้นเลือดในสมองอุดตันหรือแตกร้อยละ 20-30 และเสียชีวิตจากไตวายเรื้อรังร้อยละ 5-10 (<http://www.geocities.com>)

จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก พบว่าในประเทศพัฒนาแล้ว ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะเบาหวานอย่างเดียว ไม่รวมภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ มากถึง ร้อยละ 8 ของงบประมาณด้านสาธารณสุขทั้งหมด โดยค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้นเป็น 3.5 เท่า เมื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดเล็กและใหญ่ร่วมด้วย และพบอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 7.9 - 11.8 ต่อแสนประชากร (อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ, 2547) ในประเทศไทยพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงปีละกว่า 150,000 ราย มีความพิการปีละ 84,000 ราย ทำให้เป็นภาระครอบครัวและสังคม ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงถึงปีละ 15,000 ล้านบาท (<http://www.moph.go.th>) จะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำให้เกิดความสูญเสียทรัพยากรในการดูแล มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง และผู้ดูแล ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในครอบครัว และมีอาการป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

สำหรับผลกระทบของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม ถ้าการดูแลรักษาไม่ถูกต้องจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อในด้านต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยที่อาจเกิดความพิการหรือเสียชีวิต รวมทั้งมีผลต่อ ครอบครัวและสังคมประเทศชาติ ในด้านระบบการเงินและงบประมาณการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่ได้มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวเท่านั้นแต่ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและงบประมาณของประเทศชาติด้วยจากธรรมชาติของการเจ็บป่วยที่ไม่หายขาด ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษานาน ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพไปตลอดชีวิตทำให้

รัฐบาลต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก (Phipps,1999) ด้านผลกระทบในเรื่องค่าใช้จ่าย และงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้สำรวจพบว่าคนไทยเสียค่ารักษาโรคเบาหวานปีละกว่า 3 หมื่นล้านบาท จากปัญหาโรคแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2550) และจากข้อมูลการสำรวจปี 2539 พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1 ราย จะเสียค่าใช้จ่ายระหว่าง 7,702 -18,724 บาท ขณะที่ปัจจุบันสถิติดังกล่าวมีแนวโน้มสูงขึ้นร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายในปี 2550 ประมาณการได้ว่า มีค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานถึง 3.5-8.4 หมื่นล้านบาทต่อปี และหากรวมการรักษาโรคแทรกซ้อนอาจเพิ่มขึ้นสูงถึงแสนล้านบาทต่อปี (กิตตินันท์ อรรณมณี, 2549) สำหรับโรคความดันโลหิตสูง พบผู้ป่วยในประเทศไทยปีละกว่า 150,000 ราย มีความพิการปีละ 84,000 ราย ทำให้เป็นภาระครอบครัว และสังคม ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงถึงปีละ 15,000 ล้านบาท (<http://www.moph.go.th>)

จังหวัดพระนครศรีอยุธยาในปี 2549 มีจำนวนประชากร 750,867 คน ในจำนวนมีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 35,670 คน มีภาวะแทรกซ้อน 4,039 คน ภาวะแทรกซ้อนทางไต 725 คน ภาวะแทรกซ้อน ทางตา 1,029 คน มีภาวะแทรกซ้อนระบบประสาท 378 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดง 764 คน ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องตัดอวัยวะ 11 คน ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 462 คน และภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง 670 คน นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 59,993 คน มีภาวะแทรกซ้อน 3,083 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ 2,190 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางไต 482 คน มีภาวะแทรกซ้อนอัมพาต 114 คน ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 84 คน และภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง 213 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2549) สำหรับรายงานประจำปีของโรงพยาบาลบางปะอินพบว่า ในปี 2549 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1,185 คน มีภาวะแทรกซ้อน 379 คน จำแนกเป็นภาวะแทรกซ้อนทางไต 16 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางตา 7 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท 3 คน มีภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดแดง 17 คน ภาวะแทรกซ้อนต้องตัดอวัยวะ 4 คน ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง 271 คน และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 61 คน ส่วนโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนผู้ป่วย 1,504 คน มีภาวะแทรกซ้อน 59 คน จำแนกเป็นภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ 45 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางไต 3 คน มีภาวะแทรกซ้อนอัมพาต 4 คน และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 7 คน (โรงพยาบาลบางปะอิน, 2549)

จากรายงานข้างต้นจะเห็นว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งปัญหานี้อาจเกิดจากหลายปัจจัยทั้งด้านระบบบริการ ผู้ให้บริการและตัวผู้ป่วยเอง ปัจจัยสำคัญในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริการที่ควรนำมาพิจารณาคือ 1. การดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ที่มียุทธศาสตร์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาล

บางปะอินและศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่าย และ 2. การดูแลรักษาโดยใช้แนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด โดยโครงการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานตามนโยบายรัฐบาลที่จัดทำร่วมกันของเขตราชการที่ 1 (จังหวัดพระนครศรีอยุธยา นนทบุรี อ่างทอง และสมุทรปราการ) ซึ่งดัดแปลงมาจากแนวทางเวชปฏิบัติในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2544 เพื่อให้ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

เนื่องจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ หลายองค์กรในประเทศไทยที่ดำเนินการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ เช่น สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) แพทยสภา ราชวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ องค์กร และสมาคมวิชาชีพ ตลอดจนกรม กองต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข จึงมีการรวมตัวในกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจในเรื่องนี้มาตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2543 เป็นกลุ่มภาคีและพัฒนาเป็น “เครือข่ายแนวทางเวชปฏิบัติ” ในเวลาต่อมาด้วยวัตถุประสงค์ที่จะทำให้การดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติได้ไปในแนวทางเดียวกัน มีระเบียบวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม และส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพอย่างแท้จริง

แต่จากการศึกษามีการนำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ในพื้นที่ 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน (แม่ฮ่องสอน ลำปาง เชียงราย พะเยา ลำพูน และเชียงใหม่) พบว่ารายละเอียดของแนวทางเวชปฏิบัตินั้นไม่สามารถปฏิบัติจริงได้ทุกขั้นตอน โดยมีข้อจำกัดบางประการเช่นการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ นอกจากนี้ยังขาดการติดตามผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ และไม่ครอบคลุมรายงานการเก็บตัวชี้วัดของภาวะแทรกซ้อน (เกรียงไกร ศรีธนวิบูลย์และคณะ, 2546)

แม้ว่าจะมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของพื้นที่เขตราชการที่ 1 ซึ่งปรับปรุงมาใช้เป็นแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี 2544 แต่ยังไม่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ จึงสนใจที่จะทำกรณีศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน รวมถึงความคิดเห็นในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ผลของการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปวางแผนแก้ปัญหาและนำไปเป็นแนวทางในการปรับแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสมกับศักยภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนของอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพสามารถลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของบุคลากรผู้รับผิดชอบในศูนย์สุขภาพชุมชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ และความคิดเห็นในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ซึ่งผลการศึกษจะเป็นข้อมูลในการเสนอแนะเชิงนโยบายแก่เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบางปะอิน เพื่อการปรับ/ประยุกต์แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ของอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ต่อไป

วิธีการดำเนินการศึกษา (Methodology)

กรณีศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจะศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ รวมถึงความคิดเห็นของการใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อเสนอแนะเป็นแนวทางการวางแผนในการปรับปรุง แก้ไข แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ให้เหมาะสมกับพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประกอบด้วยบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ผู้บริหาร ได้แก่ ผู้แทนคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายและผลักดันให้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯในศูนย์สุขภาพชุมชนประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก และหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน 4 แห่ง รวมทั้งหมด 8 คน สำหรับผู้บริหารที่ไม่ได้คัดเลือกมาเป็นกลุ่มตัวอย่างคือ หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม หัวหน้าฝ่ายทันตกรรม หัวหน้าฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรค และผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ในการศึกษาครั้งนี้

กลุ่มที่ 2 บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไปผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาจำนวน 4 แห่งๆละ 1 คนและพยาบาลเวชปฏิบัติจากโรงพยาบาลบางปะอินอีก 3 คน ที่หมุนเวียนไปปฏิบัติหน้าที่ รวมผู้ปฏิบัติงานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 7 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือสำหรับผู้บริหาร

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ และคำถามสนทนากลุ่มเรื่องการใช้นโยบายเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 6 ข้อ ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับ การศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงาน

1.2 การสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับการให้การสนับสนุน การติดตาม การประเมินผล แผนงานในอนาคตของผู้บริหารต่อการใช้นโยบายเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน

2. เครื่องมือสำหรับบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ และแบบสอบถามเกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ทั้ง 2 ชุด คำถามสนทนากลุ่มเรื่องการใช้นโยบายเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 6 ข้อ ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับ การศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงาน

2.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้นโยบายเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

2.3 การสนทนากลุ่ม โดยสอบถามในเรื่องการใช้นโยบายเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรค ปัจจัยที่ส่งเสริม/สนับสนุนการใช้นโยบายเวชปฏิบัติของผู้ปฏิบัติต่อการใช้นโยบายเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาได้ดำเนินการดังนี้

1. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี (ID ๑๑-๕๑-๕๒-ย) ผู้ศึกษาดำเนินการขอหนังสือราชการจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบางปะอิน และสาธารณสุขอำเภอบางปะอิน จังหวัด พระนครศรีอยุธยา เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล
- 2.ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาข้อมูลรายละเอียดต่างๆ ของการศึกษาแก่กลุ่มผู้แทน คณะกรรมการบริหารเครือข่ายปฐมภูมิและกลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา พร้อมทั้งนัดหมายวันและเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละกลุ่มศึกษา
3. นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการสนทนากลุ่ม โดยผู้ศึกษาขออนุญาตใช้ห้องประชุมของโรงพยาบาลบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นสถานที่ในการสนทนากลุ่มของ ทั้ง 2 กลุ่ม แต่ละกลุ่มใช้ระยะเวลากลุ่มละ 1-1 ½ ชั่วโมง
4. ผู้ศึกษาทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม แนะนำตนเอง ผู้จัดบันทึก และผู้ช่วยทั่วไปแก่กลุ่มศึกษา รวมทั้งขอให้กลุ่มศึกษาแต่ละคนแนะนำตนเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ผู้ศึกษาและผู้ช่วยศึกษาเก็บข้อมูล และดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม การสังเกตและการบันทึก พร้อมทั้งขออนุญาตกลุ่มศึกษาในการบันทึกเสียงระหว่างการสนทนากลุ่ม โดยดำเนินการสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง/กลุ่ม ครั้งละ 1-1 ½ ชั่วโมง ซึ่งกลุ่มศึกษาสามารถขอถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาการศึกษา
5. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จาก 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหาร และกลุ่มบุคลากร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาเป็นจำนวนและร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพจากสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและสรุปประเด็นตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ผลการศึกษา

ผู้บริหารคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอบางปะอินมีจำนวน 8 คน เป็นเพศหญิงและเพศชายเท่ากัน ส่วนใหญ่ มีอายุ 41-50 ปี และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีระยะเวลาการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 25-30 ปี บุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้งหมด 7 คนเป็นเพศหญิง และมีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 4 คน มีอายุมากกว่า 40 ปี และมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน

ในการดูแลรักษามากกว่า 20 ปี จำนวน 6 คน สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีและมี 1 คน สำเร็จการศึกษาปริญญาโท และทุกคนสำเร็จประกาศนียบัตรการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป

การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนทราบว่ามีความรู้แนวทางเวชปฏิบัติ และมี การใช้แนวทางเวชปฏิบัติในขั้นตอนการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด การซักประวัติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การตรวจร่างกายและตรวจเท้า แต่ในขั้นตอนการตรวจตาและจอตา โดยแพทย์ ส่วนใหญ่ร้อยละ 85.71 ใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ส่วนการตรวจระบบประสาทโดยแพทย์ ไม่มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ การตรวจเพื่อค้นหาโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อจอตา ไต หัวใจ และหลอดเลือด ไม่ใช้แนวทางเวชปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่

สำหรับในขั้นตอนการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ทุกราย เฉพาะการตรวจหา Fasting plasma glucose, postprandial plasma glucose, Total cholesterol, Triglyceride, HDL- cholesterol, Serum creatinine แต่ไม่มีการตรวจ HbA1c, urine analysis, การเพาะเชื้อแบคทีเรียจากปัสสาวะ, การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ, การถ่ายภาพรังสีทรวงอก

ในขั้นตอนการติดตามและประเมินผลการรักษา พบว่ามีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานเป็นส่วนใหญ่แต่ยังไม่มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ในตรวจร่างกายอย่างละเอียด อย่างน้อยปีละครั้ง การส่งตรวจตาปีละครั้งโดยจักษุแพทย์ ตรวจโปรตีนในปัสสาวะ อย่างน้อยปีละครั้ง การส่งผู้ป่วยเบาหวานไปพบแพทย์อย่างน้อย 6 เดือนต่อครั้ง และยังมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ในเรื่องประเมินผลการเลิกบุหรี่และเลิกดื่มแอลกอฮอล์และประเมินคุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นส่วนน้อย

ในขั้นตอนการให้คำแนะนำเรื่องต่างๆเช่นเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติและการแก้ไข ปัญหา เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ พบว่ามีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติทั้งหมด

ในขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานครบ 6 เดือน ส่งกลับโรงพยาบาลเพื่อตรวจสถานะของตา ไต เท้า และระดับไขมัน และเมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน FBS < 70 มก./ดล. 1 ครั้ง และมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำไม่ใช้แนวทางเวชปฏิบัติ จำนวน 5 คน แต่พบว่าใช้แนวทางเวชปฏิบัติถ้า FBS มากกว่า 180 มก./ดล. 2 ครั้ง (2 visit) และ FBS > 250 มก./ดล. ส่งพบแพทย์ทันที แต่พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งยังไม่เคยได้รับการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ จากหน่วยงานใด

สำหรับผลการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผู้ปฏิบัติงาน

ทราบว่ามีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ และมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ กับผู้ป่วยทุกราย บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ในขั้นตอนทางการคัดกรองตั้งแต่ Grade 1 ถึง Grade 3 ทุกราย

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ กับผู้ป่วยทุกรายในขั้นตอนการให้คำแนะนำเรื่องต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการทางหลอดเลือดสมองและหัวใจ การมาตรวจตามนัด

ในขั้นตอนการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ครบทุกราย ในส่วนการตรวจ Fasting plasma glucose, Cholesterol, Triglyceride, HDL-cholesterol และ Creatinine แต่ยังไม่มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ในการตรวจปัสสาวะ ดู protein, sugar, cell, การตรวจ Electrolyte potassium, sodium, EKG, Chest X-Ray

ในขั้นตอนการส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล พบว่าไม่มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการที่ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้และไม่พบปัจจัยเสี่ยงต้องส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ ทุก 4-6 เดือน ส่วนในการตรวจพบผู้ป่วย Grade 1 (3 ครั้ง) ส่งพบแพทย์ มีการใช้แนวทางเป็นส่วนใหญ่ และ ผู้ป่วย Grade 2 (2 ครั้ง) ส่งพบแพทย์ และผู้ป่วย Grade 3 (1 ครั้ง) ส่งพบแพทย์ มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ทั้งหมด แต่พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งยังไม่เคยได้รับการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ จากหน่วยงานใด

จากการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนพบว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีปัญหาและอุปสรรค คือคิดว่าต้องใช้เวลาในการศึกษา/ทำความเข้าใจในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ และต้องการความรู้ที่ทันสมัย ด้านทัศนคติพบว่ามีการปฏิบัติงานแบบเดิมจนเคยชิน เชื่อว่าไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ได้จริง และคิดว่าแนวทางเวชปฏิบัติฯ ใช้อยาก ส่วนด้านพฤติกรรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีข้อจำกัดไม่สามารถใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้ครบทุกข้อ

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจากการสนทนากลุ่มของผู้บริหารคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานี มีดังนี้

1. นโยบายการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

จากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้บริหารคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานีทั้งหมดได้ดำเนินการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงตามนโยบายคนไทย

แข็งแรง เมืองไทยแข็งแรงของกระทรวงสาธารณสุขในการลดปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมและลดโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยกำหนดตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้บริหารเครือข่ายจึงให้การสนับสนุนตามนโยบาย

2. ความคิดเห็นต่อแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน

พบว่าผู้บริหารคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความคิดเห็นต่อแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนว่าควรมีแนวทางปฏิบัติเพื่อให้บริการเป็นมาตรฐานเดียวกัน มีการควบคุมคุณภาพให้มีมาตรฐานและเข้าถึงได้ง่าย มีความสะดวกในการสื่อสารที่ดี

3. การสนับสนุนให้มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน

พบว่าผู้บริหารคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิทั้งหมดมีการสนับสนุนให้มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเพราะเป็นข้อตกลงของเขตราชการ ที่ 1 ตั้งแต่ปี 2544 ให้มีการใช้แนวทางปฏิบัติที่มีมาตรฐานเดียวกันและมีการสนับสนุนเพราะการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยมีประโยชน์จะส่งผลดีกับผู้ป่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้

4. แนวทางการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชน

ผู้บริหารคณะกรรมการบริหารเครือข่ายปฐมภูมิให้ความเห็นว่าในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ใช้ติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ

5. การปรับแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสมกับศักยภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ

พบว่าผู้บริหารคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความคิดเห็นต่อการดำเนินการให้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความเหมาะสมกับศักยภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ คือ ต้องมีการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอโดยทีมแพทย์เฉพาะทางที่เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นที่ปรึกษา มีการประสานงานที่ดีในการส่งต่อผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รอยต่อไปรักษาโดยเฉพาะในเรื่องจักษุแพทย์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีการประชุม

ปรึกษาถึงความเหมาะสมของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติของแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชนเพราะมีปัญหาที่ต่างกัน มีการตรวจสอบเวชระเบียนโดยแพทย์เพื่อตรวจสอบความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นปัญหา/อุปสรรค และการดำเนินการแก้ไขของผู้บริหารคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิ มีดังนี้

1. **ปัญหาด้านบุคลากร** การที่เจ้าหน้าที่ไม่ทำตามแนวทางเวชปฏิบัติ อาจเนื่องจากไม่เข้าใจแนวทางเวชปฏิบัติ คิดว่าเป็นวิธีที่ยุ่งยาก ต้องมีการอบรมให้ความรู้ทุกปีและหากมีปัญหาให้ขอคำปรึกษาโดยผ่านทางพยาบาลเวชปฏิบัติของโรงพยาบาล
2. **ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแนวทางเวชปฏิบัติ** พบว่าแนวทางเวชปฏิบัติ ที่ใช้มีมานาน ไม่มีการทบทวน ไม่มีแพทย์เฉพาะทางมาช่วยทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติ การปรับแก้แนวทางเวชปฏิบัติ ควรต้องมีทีมมาช่วยทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติ
3. **ปัญหาด้านทัศนคติของผู้ให้บริการ** พบว่าผู้ให้บริการมีการยอมรับและเข้าใจน้อยเกี่ยวกับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเพราะไม่มีแพทย์ตรวจ แนวทางแก้ไขโดยปรับศักยภาพของบุคลากรในการรักษา การส่งต่อ
4. **ปัญหาด้านบริการ** พบว่ามีปัญหาเรื่องขาดแคลนจักษุแพทย์ มีข้อจำกัดในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น HbA1c การตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ การที่แพทย์มีจำนวนน้อยทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอในการดูแลผู้ป่วย การแก้ไขผู้บริหารต้องเข้าใจนโยบายในการส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติ โดยปรับบทบาทของแพทย์ในการประเมินและการประสานงานให้รวดเร็วและให้บุคลากรระดับปทุมภูมิให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

1. นโยบายการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

พบว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้ดำเนินการในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคือเน้นการดูแลรักษาโรค

เรื้อรังโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีการดำเนินการตามตัวชี้วัดที่กำหนดเน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการค้นหาคัดกรองผู้ป่วย การให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีแนวทางการดูแลรักษาเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติ

2. ความคิดเห็นต่อแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน

พบว่าผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความคิดเห็นต่อการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนดังนี้ คือเห็นด้วยกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเพราะมีผลดีกับผู้ป่วย แต่มีข้อจำกัดเพราะแนวทางเวชปฏิบัติฯ บางข้อไม่สามารถทำได้ตามที่กำหนดไว้ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ HbA1c การตรวจจอประสาทตาโดยจักษุแพทย์ ดังนี้

2.1 บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความเห็นที่ดีต่อการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ เพราะทำให้การรักษามีคุณภาพ มีผลดีกับผู้ป่วย ถ้าหากทำตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ได้ทุกข้อ

2.2 บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความเห็นว่าแนวทางเวชปฏิบัติฯ ที่ใช้มีข้อจำกัดไม่สามารถทำได้เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก แต่เจ้าหน้าที่มีไม่เพียงพอ

2.3 บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงต้องการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเพราะเป็นมาตรฐานการดูแลรักษา มีผลดีกับผู้ป่วย ควรให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยรับทราบด้วย เพราะทั้งศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัยต้องดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเช่นกัน แต่ต้องมีการทบทวนและประเมินผลการรักษาของผู้ป่วย

3. แนวทางการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

พบว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความเห็นว่าแนวทางการประเมินแนวทางเวชปฏิบัติควรทำโดยเป็นทีมของผู้บริหารเพราะเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ เมื่อรับทราบปัญหา มีการกำหนดงานการส่งตัวชี้วัด เพื่อดูผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วย และมีการทบทวนแนวทางการดูแลรักษาที่ใช้อย่างสม่ำเสมอ

4. การปรับแนวทางเวชปฏิบัติบริการงานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสมกับศักยภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ

พบว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความเห็นคิดเห็นต่อการดำเนินการให้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความเหมาะสมคือต้องมีการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติร่วมกันของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ปัญหาที่ปฏิบัติไม่ได้จะต้องแก้ไข ควรมีการประสานในส่วนที่ผู้ป่วยอาศัยพื้นที่รอยต่อขอบัตรประกันสุขภาพโดยผู้บริหารเครือข่าย

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในด้านปัญหา/อุปสรรคและการแก้ไขของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วย มีดังนี้

1. **ปัญหาด้านบุคลากร** บุคลากรไม่เพียงพอ จำนวนผู้ป่วยมาก บุคลากรไม่ได้ทบทวนความรู้ให้ทันสมัย ควรแก้ไขโดยเพิ่มจำนวนบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาล โดยในระยะแรกเพิ่มวันที่มีคลินิกโรคเรื้อรังก่อนและมีการทบทวนฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ
2. **ปัญหาด้านการส่งต่อ** ปัญหาของการประสานงานระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลที่ส่งต่อ โดยเฉพาะคนไข้ที่อยู่ในช่วงรอยต่อของบัตรประกันสุขภาพ ควรแก้ไขโดยมีการประสานงานระดับผู้บริหารในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วย
3. **ปัญหาที่เกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติ** พบว่าที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติได้ ในบางข้อ เช่น การตรวจ HbA1C , EKG ,Chest X-Ray และเมื่อเกิดปัญหาในการขอคำปรึกษาเรื่องยา หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้มีการแก้ไขโดยมีแนวทางในการขอคำปรึกษากับแพทย์ในเรื่องการปรับยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และมีเวทีในการประชุมให้ความรู้และสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรค
4. **ปัญหาขาดการประเมินและติดตามผล** พบว่ายังไม่มีมีการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติและการติดตามประเมินผล ควรแก้ไขโดยมีการทบทวนแนวทางและติดตามประเมินผล

อภิปรายผลการศึกษา

การใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในขั้นตอนต่างๆ

ขั้นตอนการคัดกรอง

การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนทราบว่า มีแนวทางเวชปฏิบัติและใช้แนวทางเวชปฏิบัติกับผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกรายในขั้นตอนการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด การซักประวัติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การตรวจร่างกายและตรวจเท้า ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าในขั้นตอนการคัดกรองเป็นขั้นตอนที่ไม่ยุ่งยากและจำเป็นต้องปฏิบัติเป็นขั้นตอนแรกเพื่อการวินิจฉัยผู้ป่วย แต่ไม่มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ในการตรวจระบบประสาทโดยแพทย์ และส่วนใหญ่ไม่ใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ในการตรวจเพื่อค้นหาโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อจอตา ไต หัวใจ และหลอดเลือด ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าเกิดจากการขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง โดยเฉพาะจักษุแพทย์ และมีแพทย์จำนวนน้อยจึงไม่สามารถตรวจระบบประสาทให้กับผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใช้แนวทางเวชปฏิบัติทุกคนในผู้ป่วย ตั้งแต่ Grade 1 ถึง Grade 3 ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าในขั้นตอนการคัดกรองเป็นขั้นตอนที่ไม่ยุ่งยาก และจำเป็นต้องปฏิบัติเป็นขั้นตอนแรกเพื่อการวินิจฉัยผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงไกร ศรีธนวิบูลชัยและคณะ (2546) ที่พบว่าคลินิกเบาหวานยังขาดแคลนแพทย์ โดยเฉพาะจักษุแพทย์ สำหรับตรวจผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา

ขั้นตอนการติดตามและประเมินผลการรักษา

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนใช้แนวทางเวชปฏิบัติ เฉพาะการตรวจทางห้องปฏิบัติการการตรวจหา Fasting plasma glucose , postprandial plasma glucose, Total cholesterol, Triglyceride, HDL-cholesterol และ Serum creatinine เนื่องจากเป็นแนวทางเวชปฏิบัติ ในการตรวจสุขภาพประจำปีตามข้อตกลงระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนกับโรงพยาบาล แต่ยังไม่มีการตรวจ HbA1c, urine analysis, การเพาะเชื้อแบคทีเรียจากปัสสาวะ, การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ในขั้นตอนการติดตามและประเมินผลการรักษา พบว่ามีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการตรวจ Lipid profile การประเมินประสิทธิภาพในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย แต่พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ในตรวจร่างกายอย่างละเอียด อย่างน้อยปีละครั้ง การส่งตรวจตาปีละครั้งโดยจักษุแพทย์ การประเมินคุณภาพชีวิต และไม่มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ในการตรวจปัสสาวะ Proteinuria อย่างน้อยปีละครั้ง และการส่งผู้ป่วยโรคเบาหวานไปพบแพทย์อย่างน้อย 6 เดือนต่อครั้ง สำหรับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ในการตรวจ Fasting plasma glucose, Cholesterol, Triglyceride, HDL-cholesterol และ Creatinine ครบทุกราย แต่ยังไม่มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการตรวจปัสสาวะเพื่อหาค่า protein , sugar, cell , การ

ตรวจ Electrolyte potassium, sodium, EKG และ Chest X-Ray ซึ่งการไม่ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ อาจเกิดจากการขาดงบประมาณค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา และขาดอุปกรณ์ เครื่องมือ หรือต้องส่งผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงไกร ศรีธนวิบูลย์และคณะ (2546) ที่พบว่าคลินิกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงยังไม่มีระบบการตรวจสุขภาพประจำปี ขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

ขั้นตอนการให้คำแนะนำเรื่องต่างๆ

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ในขั้นตอนการให้คำแนะนำเรื่องต่างๆ เช่น เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติและการแก้ไขปัญหา เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้คำแนะนำเรื่องต่างๆ มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ทั้งหมด ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการทางหลอดเลือดสมองและหัวใจ การมาตรวจตามนัด ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าเนื่องจากผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องนำไปปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยที่อยู่บ้านและต้องปฏิบัติให้ได้ถูกต้อง ซึ่งบุคลากรสามารถให้คำแนะนำได้ในขณะให้การตรวจรักษาผู้ป่วย

ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ เมื่อตรวจพบว่าผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 2 ครั้งหรือมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรจะส่งมาพบแพทย์ทันที แต่ส่วนใหญ่ไม่ใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ เมื่อพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรและเมื่อดูแลรักษาผู้ป่วยครบ 6 เดือน สำหรับการที่ไม่ใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือมีอาการไม่รุนแรง นอกจากนี้ศูนย์สุขภาพชุมชนไม่ได้ส่งผู้ป่วยกลับไปตรวจระดับไขมันในเลือดการทำงานของไตที่โรงพยาบาลเมื่อรักษาครบ 6-12 เดือน เนื่องจากศูนย์สุขภาพชุมชนได้เจาะเลือดและส่งไปตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลและการที่ไม่ได้ส่งผู้ป่วยกลับไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อรักษาผู้ป่วยครบ 6 เดือนเนื่องจากทราบว่าแพทย์ต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมากและผู้ป่วยที่ศูนย์สุขภาพชุมชนให้การดูแลรักษาสามารถควบคุมอาการได้ดี บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ในการส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อตรวจพบความดันโลหิต Grade 2 จำนวน 2 ครั้ง และ Grade 3 จำนวน 1 ครั้ง แต่ไม่ใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ในการส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเมื่อควบคุมความดันโลหิตได้และไม่พบปัจจัยเสี่ยงเมื่อดูแลรักษาทุก 4-6 เดือน อาจเพราะทราบว่าแพทย์ต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมากและผู้ป่วย

ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนดูแลรักษาสามารถควบคุมอาการได้ดี และผู้ป่วยไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่ต้องส่งไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชนของคณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วย มีความสอดคล้องกัน การอภิปรายผลการศึกษาในภาพรวม มีดังนี้

1. มีการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเน้นการคัดกรอง การป้องกันและให้คำแนะนำเกี่ยวกับ การดูแลรักษา การติดตามและการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเป็นการค้นหาผู้ป่วย ให้ความรู้ มีการรักษาตามแนวทางที่มีมาตรฐานในแนวทางเดียวกัน ให้มีคุณภาพและต่อเนื่อง อันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นไปตาม นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและตามนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยรัฐบาลได้ประกาศนโยบายการรณรงค์ ปีแห่งการสร้างสุขภาพ นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพไทย ในยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข และยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง เพื่อให้ประชาชน ทุกคนมีสุขภาพกายได้กลยุทธ ร่วมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อการมีสุขภาพดี โดยการรณรงค์และควบคุมลดโรค 6 โรค คือโรคเอดส์ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ไข้เลือดออก และโรคเบาหวาน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพไทย, 2550)

2. เห็นประโยชน์และสนับสนุนให้มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ จะเป็นประโยชน์ต่อเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ Graham Worrall และคณะ(1997) ได้ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์และประสิทธิผลของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในประเทศแคนาดาซึ่งพบว่าภายหลังการใช้แนวทางเวชปฏิบัติผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น การใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีผลลัพธ์ทำให้ ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนัก ความดันโลหิต และ Glycosylated Hemoglobin ลดลง

นอกจากนี้ควรมีการควบคุมคุณภาพให้มีมาตรฐาน การเข้าถึงง่าย มีความสะดวกในการใช้ สนับสนุนให้มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ เพราะจะเป็นแนวทางใช้กำกับดูแลคุณภาพของการดูแลรักษาที่ดี มีการส่งเสริม/ติดตามให้บุคลากรมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ อย่างสม่ำเสมอ

มีการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติให้เหมาะสม ทันสมัย และมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมบุคลากรเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามได้ในมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ แห่งประเทศไทย ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า ควรมีการทบทวนและปรับปรุงแก้ไขแนวทางเวชปฏิบัติ เป็นระยะๆ หรือเมื่อมีหลักฐานที่มีคุณภาพดีกว่าหรือเหมาะสมกว่า เพื่อให้แนวทางเวชปฏิบัติ นั้น มีความทันสมัยและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต (คำแนะนำการสร้างแนวทางปฏิบัติ.2544; หน้า: 44)

3. มีแนวทางในการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน มีความเห็นว่าควรมีทีมนิเทศของเครือข่าย ดำเนินการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ โดยมีรูปแบบติดตามที่ชัดเจน มีเวทีในการจัดประชุมนำเสนอผลงาน และติดตามตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอ เพราะตัวชี้วัดเป็นสิ่งที่วัดคุณภาพในการดูแลรักษา เช่น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการตาย เป็นต้น โดยจะมอบหมายให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้รับผิดชอบ โดยใช้ตัวชี้วัดภาวะสุขภาพที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดในการติดตามคุณภาพการดูแลรักษา คือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่ตา ไต เท้า โรคหลอดเลือดสมอง และอัตราการตายของผู้ป่วยทั้งโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549)

ผลการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนของคณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ และของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วย สามารถอภิปรายผล ดังนี้

1. ปัญหาด้านบุคลากร การที่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงไม่ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ อาจเกิดจากการไม่เข้าใจในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ต้องการการเตรียมความพร้อมในด้านความรู้เกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติ และพบว่าต้องการความรู้ที่ทันสมัยและมีจำนวนบุคลากรผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอ ต้องการให้เพิ่มจำนวนบุคลากรปฏิบัติงานในวันที่มีคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และควรอบรมให้ความรู้กับบุคลากรเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะ ส่วนในการที่ขาดแคลนจักษุแพทย์ในการตรวจจอประสาทตา อาจพัฒนาความรู้บุคลากรที่ดูแลรักษาโดยมีการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาทดแทน ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ให้บริการซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิเศก ลุมิกานนท์และคณะ(2551) ที่พบว่าต้องเพิ่มพูนความรู้ทั้งด้านทักษะ ความรู้ และความสามารถของผู้ให้บริการเนื่องจากขาดแคลนแพทย์แต่มีผู้ป่วยจำนวนมากทำให้แพทย์มีเวลาในการตรวจรักษาผู้ป่วยน้อย ดังนั้นควรมีการคัดกรองผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนให้ไปรับการรักษาใน

สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะสามารถให้บริการผู้ป่วยได้ดี มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งในด้านการรักษาต่อเนื่องและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะเป็นการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องพบแพทย์ ทำให้แพทย์มีเวลามากขึ้นในการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือยังควบคุมโรคไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบาย “บริการมีคุณภาพ ทั่วไ ไร้ความแออัด” ที่กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศไว้เมื่อปี 2549 โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ร่วมกันจัดทำโครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย” เป็นโครงการต่อเนื่อง 3 ปี เพื่อพัฒนาบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จุดประสงค์คือลดความแออัดที่โรงพยาบาล โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการที่สามารถลดการพึ่งพาโรงพยาบาลได้แก่ ผู้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ผู้ป่วยที่ดูแลได้โดยหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมถึงผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาลทุกเดือน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมอาการได้ดีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ปัญญา กิริติหัตถยากร, 2550)

2. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแนวทางเวชปฏิบัติฯ พบว่าแนวทางเวชปฏิบัติฯ บางขั้นตอนมีบางข้อที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ และไม่เหมาะสมกับศักยภาพศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ การตรวจ EKG , Chest X-Ray หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจ HbA1c และการตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ พบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของ Burger และคณะ(2000) ที่พบว่าปัจจัยด้านคุณลักษณะของแนวทางเวชปฏิบัติฯ เป็นปัญหา/อุปสรรคในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ โดยกลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่า บางขั้นตอนของแนวทางเวชปฏิบัติฯ มีบางข้อที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เนื่องจากไม่เหมาะสมกับศักยภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน และบางข้อที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีศักยภาพแต่ไม่มีเวลาและบุคลากรเพียงพอในการทำตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ นอกจากนี้ได้มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯฉบับนี้มานานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 แต่ยังไม่มีการทบทวน จึงควรมีการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติฯ เพื่อปรับให้แนวทางเวชปฏิบัติฯมีความทันสมัยและเหมาะสมกับบริบทของศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ที่ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่าแนวทางเวชปฏิบัติฯ ของแต่ละหน่วยงาน/สถาบัน ในเรื่องเดียวกันอาจจะแตกต่างกันได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อม ในด้านบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ และนโยบายการเบิกจ่ายค่าบริการ (คำแนะนำการสร้างแนวทางปฏิบัติ. 2544;หน้า: 46)

3. ปัญหาขาดการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ พบว่าแนวทางเวชปฏิบัติฯ ที่ใช้อยู่ปัจจุบันยังขาดการติดตามประเมินผลการใช้อย่างเป็นระบบ จึงไม่ทราบว่าแนวทางเวชปฏิบัติฯที่ใช้อยู่มีความเหมาะสมหรือไม่ ทำให้แนวทางเวชปฏิบัติฯบางข้อ ไม่สามารถนำไปใช้ได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า แนวทาง

เวชปฏิบัติฯ ควรมีการทบทวนและปรับปรุงแก้ไขเป็นระยะๆ หรือเมื่อมีหลักฐานที่มีคุณภาพดีกว่า หรือเหมาะสมกว่า เพื่อให้แนวทางเวชปฏิบัติฯ นั้น มีความทันสมัยและสอดคล้องกับสถานการณ์ ปัจจุบันและอนาคต (คำแนะนำการสร้างแนวทางปฏิบัติ.2544; หน้า: 44)

4. ปัญหาด้านการส่งต่อ การประสานงาน พบว่าปัญหาของการประสานงานในการส่งต่อระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รอยต่อบัตร ประกันสุขภาพ ยังเป็นปัญหาและอุปสรรค คือเมื่อส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลแล้วผู้ป่วยไม่ได้รับการ บริการตามที่ระบุไว้ในแนวทางเวชปฏิบัติฯ ดังนั้นคณะกรรมการบริหารเครือข่ายควรเป็นผู้ ประสานงานจัดระบบการส่งต่อ ในการส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ซึ่งศูนย์สุขภาพชุมชน ไม่สามารถทำได้จึงต้องส่งไปตรวจที่โรงพยาบาล เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การถ่ายภาพรังสี ทรวงอก ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ เนื่องจากโรงพยาบาลเองไม่ได้ตรวจตามแนวทางเวช ปฏิบัติฯ กับผู้ป่วยทุกราย ยกเว้นกรณีผู้ป่วยมีอาการผิดปกติจึงส่งตรวจเฉพาะรายโดยพยาบาลเวช ปฏิบัติฯ สามารถบริหารจัดการในการส่งต่อได้ตามความเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการพัฒนาระบบส่งต่อให้มีช่องทางด่วนเพื่อลดขั้นตอน และอำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาวินิจฉัยหรือรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล แม้ชายได้สะดวก (ปัญญา กิริติหัตถยากร, 2550)

ส่วนปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และด้านพฤติกรรม พบว่าสอดคล้องกับผลการ สัมภาษณ์งานวิจัยของ Cabana และคณะ(1999) เช่นกัน โดยพบว่ามีความเชื่อที่บ่งชี้ว่าเจ้าหน้าที่ ทั้งหมดไม่คุ้นเคยในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ แต่อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่ทุกคนมีความตั้งใจและ มีการนำแนวทางเวชปฏิบัติฯ ไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งหากมีการจัดอบรมเกี่ยวกับการใช้ แนวทางเวชปฏิบัติฯ ให้กับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษา จะทำให้นักการสามารถใช้แนวทาง เวชปฏิบัติฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การขาด ความพร้อมในด้านอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ตามที่กำหนดไว้ใน แนวทางเวชปฏิบัติฯ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ให้บริการขาดความเชื่อในการมารับการรักษาได้

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดัน โลหิตสูงของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานีอำเภอบางปะอิน และบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ดูแลรักษาผู้ป่วยทุกคนทราบว่าแนวทางเวชปฏิบัติฯ และใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ กับผู้ป่วยทุกราย

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ในขั้นตอนการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด การซักประวัติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การตรวจร่างกาย และตรวจผิวหนังและเท้า มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ทุกขั้นตอน และใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในขั้นตอนการให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติและการแก้ไขปัญหา เช่นภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ และการมาตรวจตามนัด ส่วนใหญ่ใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ในการตรวจตาและจอตาโดยแพทย์ ไม่มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ตรวจเพื่อค้นหาโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อจอตา ไต หัวใจ และหลอดเลือด และตรวจระบบประสาทโดยแพทย์ สำหรับผลการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ปฏิบัติงานมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ในขั้นตอนทางการคัดกรองผู้ป่วย ตั้งแต่ Grade 1 ถึง Grade 3 ทุกราย และมีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ทุกราย ในขั้นตอนการให้คำแนะนำเรื่องต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ เช่นอาการทางหลอดเลือดสมองและหัวใจ การมาตรวจตามนัด

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งตรวจระดับน้ำตาลโดย Fasting plasma glucose และ postprandial plasma glucose รวมทั้งส่งตรวจระดับไขมันในเลือด Total cholesterol, Triglyceride และ Serum creatinine แต่ไม่ได้ส่งตรวจ HbA1c และทั้งหมดไม่ได้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในการส่งตรวจปัสสาวะ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และถ่ายภาพรังสีทรวงอก สำหรับโรคความดันโลหิตสูง บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการตรวจ Fasting plasma glucose และ Creatinine และการตรวจหา Cholesterol, Triglyceride, HDL-cholesterol และการตรวจ Electrolyte potassium, sodium แต่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดไม่ได้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการตรวจปัสสาวะดู protein, sugar, cell การตรวจตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและถ่ายภาพรังสีทรวงอก

ในการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน ยังไม่เคยได้รับการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจากหน่วยงานใด

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

1. นโยบายในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผู้บริหารคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิพบว่ามีการดำเนินงานตามนโยบายเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

2. ความคิดเห็นต่อการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าแนวทางเวชปฏิบัติ เป็นสิ่งที่ดีแต่พบว่าไม่สามารถปฏิบัติตามได้ในบางข้อ อาจเกิดจากการขาดแคลนบุคลากร ภาระงานที่มีมาก ทำให้แนวทางบางข้อไม่สามารถปฏิบัติได้ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

3. การสนับสนุนให้มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าควรสนับสนุนให้มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ เพราะจะเป็นแนวทางใช้กำกับดูแลคุณภาพของการดูแลรักษาที่ดีผู้ป่วย

4. แนวทางติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน มีความเห็นว่าการมีคณะกรรมการนิเทศของเครือข่าย ที่มีรูปแบบติดตามที่ชัดเจน

5. การปรับแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสมกับศักยภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน ต้องมีการทบทวนทั้งเครือข่ายและสมำเสมอจึงจะมีประสิทธิภาพและคุณภาพ

ผลการศึกษาความคิดเห็นในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนของคณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วย ในด้านปัญหา/อุปสรรค มีดังนี้

1. **ปัญหาด้านบุคลากร** ซึ่งการไม่ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ อาจเกิดจากการไม่เข้าใจแนวทางเวชปฏิบัติ การขาดความพร้อมในเรื่องการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ต้องการความรู้ที่ทันสมัย แนวทางแก้ไขต้องพัฒนาความรู้ของบุคลากรในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ และการที่มีบุคลากรไม่เพียงพอ ต้องมีการสนับสนุนด้านบุคลากรในวันที่มีคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. **ปัญหาที่เกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติ** พบว่าแนวทางมีการใช้มานาน ไม่มีการทบทวน บางข้อไม่สามารถปฏิบัติได้ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน การแก้ไขควรมีทีมจากคณะกรรมการของเครือข่ายมาช่วยทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติ ควรมีการปรับแนวทางเวชปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของศูนย์สุขภาพชุมชน

3. ปัญหาด้านทัศนคติของผู้ให้บริการ ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนไม่มีแพทย์ตรวจรักษา ผู้ดูแลรักษาเป็นบุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชนและพยาบาลเวชปฏิบัติของโรงพยาบาล ควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านความรู้ พัฒนาสถานที่ และเครื่องมือเครื่องใช้ให้ทันสมัย

4. ปัญหาด้านการส่งต่อ การประสานงาน พบว่าปัญหาของการประสานงานระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลที่ส่งต่อตามแนวทางเวชปฏิบัติและเรื่องผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รอยต่อของบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งต้องแก้ไขโดยคณะกรรมการบริหารเครือข่ายเป็นผู้ประสานงาน

ข้อเสนอแนะสำหรับเครือข่ายอำเภอบางปะอิน

1. ควรมีระบบการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงและแก้ไขให้แนวทางเวชปฏิบัติฯ มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และเหมาะสมกับศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ได้ถูกนำไปใช้ได้จริง

2. ควรมีคณะทำงานในการดูแลแนวทางเวชปฏิบัติฯ อาจจัดทำในรูปแบบของคณะกรรมการเครือข่ายซึ่งประกอบด้วยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับแนวทางเวชปฏิบัติฯ เพื่อทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และบทบาทหน้าที่และศักยภาพของบุคลากรแต่ละระดับ โดยคำนึงถึงนโยบาย ปัจจัยด้านบุคลากร ความรู้ งบประมาณ และผู้รับบริการเป็นสำคัญ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้

3. ควรเตรียมความรู้ของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัยและคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล ให้มีความรู้ที่ทันสมัย โดยอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน ตลอดจนควรจัดอบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติงานในระดับศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัยและคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล

4. ควรมีการศึกษาผู้มาใช้บริการโดยสอบถามผู้ป่วย ผู้ให้บริการเพื่อให้ทราบความต้องการ และปัญหาอุปสรรคของผู้ป่วยในการมาใช้บริการ

5. ปรับแนวทางเวชปฏิบัติฯ ให้เหมาะสมกับศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตั้งอยู่นอกโรงพยาบาล เพราะศูนย์สุขภาพชุมชนมีที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลมีศักยภาพและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน

USAGE OF CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN CARING FOR PATIENTS
WITH DIABETES AND HYPERTENSION AT PRIMARY CARE UNITS:
A CASE STUDY

AMORNRAT SUKSUWAN 4937555 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : WANTANA MANEESRIWONGUL,
D.N.Sc. (PRIMARY CARE), MPH, SUPANEE SENADISAI, B.Sc. (NURSING)
HON, M.S.

EXTENDED SUMMARY

Study Background and Justification

In Thailand, diabetes mellitus and hypertension has been categorized as one of the leading chronic health problems. And the prevalence of these chronic illnesses is still in its rising trend. In 2004, 3.19% of Thais were diagnosed with diabetes mellitus and the number increased to 3.69% in 2005. In addition, 30-50% of diabetic Thais remained undiagnosed (Non-Communicable Disease Department, Disease Control Office, Ministry of Public Health, 2005). In 2007, out of 20.7 millions people aged 35 years old and over who underwent hypertension screening, blood pressure levels of 2.4 millions (11%) were above normal range. In other words, blood pressure level of one in 10 people aged 35 years old and over might was high, and half of the ten would not even know that their blood pressure were high. In 2006, among hospitalized cases, hypertension was recorded as the number one cause of hospitalization (375,600 cases), following by diabetes mellitus (334,168 cases). In the same year, diabetes mellitus was the cause of 7,486 deaths, while hypertension was the cause of 2,363 deaths (Prach Boonyawongwiroj, 2008).

According to the Disability Adjusted Life Year (DALY) in Thailand, diabetes mellitus was in the third rank among the other causes of DALY in Thai females (7%), and was in the fifth rank among the other causes of DALY in Thai males (3%). Furthermore, disability caused by cerebrovascular disease complication of hypertension was the second leading cause of DALY in Thai females (7%), and was the third leading cause of DALY in Thai males (5%) (Chronic Diseases and Accidents in Thailand, Ministry of Public Health, 2002). The diabetic patients who did not receive treatment, or did not adhere to treatment regimen, or did not keep their doctor appointment are prone to develop health complications, for example 1) susceptibility to infection of body organs, which foot infection has been the most common, because of high blood sugar level, 2) shock caused either by hyperglycemia or hypoglycemia, cardiac infraction, and 3) cerebrovascular embolism leading to paralysis. Chronic hypertension damages arteries, especially those that supply blood to brain, eyes, heart, and kidneys. Thus, the persons with chronic hypertension are prone to experience intracerebral haemorrhage, intracerebral embolism, stroke, cardiac infraction, and kidney failure (Rapepol Kunchorn Na Ayutthaya, 2006). Hypertension patients who went undiagnosed and received no treatment died of intracerebral embolism (60%-75%), intracerebral haemorrhage (20-30%), and kidney failure (5-10%) (<http://www.geocities.com>)

In developed countries, estimated by World Health Organization, 8% of total public health budget was spent on healthcare expenses of diabetes mellitus alone (no health complication), and the expenses increased by 3.5 times when type II diabetic patients developed health complications concerning damage of blood vessels, and the mortality rate caused by diabetes mellitus was 7.9-11.8 per 100,000 population (Unchalee Siripittayakunkij, 2004). In Thailand each year, there were 150,000 cases of hypertension, and 84,000 disable cases, resulting in the increase of financial loss of 15,000 millions baht per capita (<http://www.moph.go.th>). Diabetes Mellitus and Hypertension have various effects including the loss of resource in providing treatment and care, effects on the patients themselves and their cares, and effects on family financial status.

Hypertension and diabetes mellitus are chronic health problems. Without proper treatment and care, the patients are at risks of developing health complications,

disability, and mortality. These chronic health problems also affect family's financial status, as well as the national financial situation as the patients require long-term cares, constant hospitalization, and rehabilitation (Phipps, 1999). The survey of the Health Research Institute revealed that each year 30,000 millions baht were spent on the treatment revolving around diabetes mellitus and its rising number of diabetic cases with health complications. In 1996, the estimated health expense of a diabetic patient was 7,702-18,724 baht yearly. The current expense was 50% higher than the expected cost. In 2007, the expected health expenses for diabetic persons was 3.5-8.4 thousands of millions baht per capita, and if including the expenses to cover costs of treatment for health complications, the budget rose by 100,000 millions baht a year (Kittinon Anornrakamanee, 2007). The 150,000 cases of hypertension and 84,000 disable cases caused by the chronic disease were responsible for the increase of financial loss of 15,000 millions baht per capita (<http://www.moph.go.th>).

❖ In 2006, the number of population in Pranakornsri-Ayutthaya province was 750,867. Within the total number of population, 35,670 were diagnosed with diabetes mellitus in which 4,039 had developed health complications (725 cases of kidney failure, 1,029 of eye complication, 378 cases of neurological complication, and 764 cases of artery complication, 11 cases needed amputation, and 670 cases of multiple health complications, and 462 cases of other unidentified health complications. Among 59,993 persons with hypertension, 3,083 of them developed health complications—2,190 cases of cardiac complication, 482 cases of kidney complication, 114 cases of stroke, 213 cases of multiple health complications, and 84 cases of unidentified health complications (Pranakornsri-Ayutthaya Provincial Health Office, 2006). In Bang pa-In district, the Bang pa-In Hospital reported 1,185 cases of diabetes mellitus in which 379 of them had developed health complications, including 16 cases of kidney complication, 7 cases of eye complication, 3 cases of neurological complication, 17 cases of artery complication, 4 cases of amputation, 271 cases of multiple health complications, and 61 cases of unidentified health complications. Regarding hypertension, 1,504 Bang pa-In population were diagnosed with hypertension where 59 of them developed health complications (45 cases of cardiac complication, 3 cases of kidney complication, 4 cases of stroke, and seven cases of unidentified health complications (Bang pa-In Hospital, 2006).

According to the report illustrated, the number of diabetic and hypertensive patients with health complications was high. This high prevalence of health complication from the chronic diseases might be caused by a various factors, both patients' individual factors and those of healthcare providers'. The factors considering the healthcare services were 1) the treatment and care provided to diabetic and hypertensive patients by the healthcare personnel working at Bang pa-In Hospital, and at community primary care unit, and 2) treatment and care provided according to clinical practice guideline developed under the collaboration project among related bodies of government region-I (Pranakornsri-Ayutthaya, Nonthaburi, Angthong, and Samutprakan) to control and prevent the occurrence of hypertension and diabetes mellitus as directed by the government policy. The guideline was modified from the clinical practice guideline used in the 2001 National Health Security Project.

Diabetes Mellitus and Hypertension are leading health problems of Thailand. Hence, various organizations developed clinical practice guideline to handle the situation. Because of believing in the advantages of clinical practice guideline, the Hospital Quality Development Institute, the Medical Council of Thailand, Royal College of Medicine, Faculty of Medicine, related and professional organizations, related departments and bureaus of the Ministry of Public Health (i.e. Department of Healthcare Services) began to form network partners in 2000, which later became the "Clinical Practice Guideline Network". The network was founded with the aim to work towards the development and improvement of clinical practice guideline in order to ensure its effectiveness, applicability, suitability, and favourable outcomes.

Diabetes mellitus and hypertension clinical practice guideline was used in six provinces of the upper north of Thailand (Mae-Hongsorn, Lumpang, Payao, Lumpoon, and Chiangmai). The guideline, in some extent, was not practical. Some steps of practice illustrated in the guideline were not suitable to implement in actual context, such as the laboratory test. Moreover, there was no evaluating system to monitor the outcome of the guideline application. And the guideline' content did not cover all health complication indicators. (Kiangkrai Srithanawibulchai et al, 2003)

Following the government's direction of the Hypertension and Diabetes Mellitus control and prevention project, the government network region-I had develop a guideline and used to direct the practice since 2001. However, there was no report of

application of the guideline. Considering position as community health nurse practitioner working in primary care level, the researcher was interested in carrying this study to describe the situation of and opinions towards the application of the clinical practice guideline for caring of patients with diabetes and hypertension at primary care unit. The study results would be beneficial to the improvement of the clinical practice guideline suited the context of Bang pa-In Primary Care Unit, Pranakornsri-Ayutthaya province. The improvement was expected to maximize the effectiveness of treatment and care and minimize the number of cases with health complications.

Study objectives

1. To describe the situation of the usage of the clinical practice guidelines in caring for patients with diabetes and hypertension at primary care units.
2. To capture the opinions towards the usage of the clinical practice guidelines in caring for patients with diabetes and hypertension at primary care units.

Expected benefits

The information about the usage of the clinical practice guideline, the opinion towards, and factors involving the application provided directions to revise the policy concerning the improvement of clinical practice guideline for caring of patients with diabetes and hypertension suited the context of Bang pa-In primary care units in Pranakornsri-Ayutthaya province.

Study methodology

This case study aimed to describe the situation of the usage of a clinical practice guidelines in caring for patients with diabetes and hypertension in primary care units, and to capture the users' opinions towards the suitability and usage of the guidelines. The information gained would be applied to guide the improvement of the clinical guideline suited the context of Bang pa-In primary care units in Pranakornsri-Ayutthaya province.

Study population

Personnel involving in the usage of the clinical practice guidelines in caring for persons with diabetes and hypertension

Study samples

Group I: Administrative personnel of Bang pa-In Contracting Unit for Primary Care Committee who launched the policy to support the usage of the clinical practice guideline at primary care unit. These included the director of Bang pa-In Hospital, the head of Bang pa-In District Health Office, the head nurse of Bang pa-In Hospital, the head of outpatient unit, and four heads of community primary care unit. There were eight together in this group. The excluded administrative personnel were the head of general management unit, head of health promotion unit, head of pharmaceutical unit, head of dentistry unit, head of sanitation and diseases prevention unit, and Head of District Health Office' assistant. They were excluded because they did not involve in the usage of the guideline.

Group II: Healthcare personnel who had experienced training in the area of community health nurse practitioner and who responsible for treatment and care for patients with diabetes and hypertension and who working at primary care units in Bang pa-In district, Pranakornsri-Ayutthaya province (a healthcare personnel from each primary care unit, four primary care units all together), and other nurse three practitioners of Bang pa-In Hospital who were rotated to work at the primary care units. Thus, there were seven practicing healthcare personnel in total.

Study instrument

1. Instruments used to collect information from the administrative personnel

The instrument employed to collect information were multiple choices demographic survey questionnaire, comprised of five questions, and focus group guideline questions to extract information of application of the clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and patients with hypertension at primary care unit. The focus group guideline questions comprised of six questions.

1.1 A demographic survey questionnaire which its items comprised of gender, age, education level, work position, and years of work experience

1.2 A guideline for focus group discussion focused on the administrative personnel's support, monitoring and evaluating procedures, and future plan on application of the clinical practice guideline for caring of patients with diabetes and hypertension at community primary care unit

2. Instruments used to collect information from the practicing healthcare personnel include:

The questionnaires adopted to collect information were 1) demographic survey questionnaire comprised of five questions, and 2) questionnaire to extract information of about clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and patients with hypertension, comprised of seven questions. Also, there were focus group guideline questions, comprised of six questions, to gather information about the application of the clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and patients with hypertension at primary care unit.

2.1 A demographic survey questionnaire which its items comprised of gender, age, education level, work position, and years of work experience, and

2.2 Questionnaire items aiming at collecting information of the situation of the application of the clinical practice guideline for caring of patients with diabetes and hypertension

2.3 A guideline for focus group discussion focused on the application of the clinical practice guideline for caring of patients with diabetes and hypertension at community primary care unit, and problems/obstacles obstructing as well as factors supporting and facilitating the use of the guideline.

Procedures of data collection

1. Once the study proposal was approved by the Medical School-Ramathibadi Hospital Human Ethics Committee (ID 11-51-52-๗), the researcher obtained formal letter from the Mahidol Graduate School addressed to the director of Bang pa-In Hospital, and the head of the Bang pa-In District Office, Pranakornsri-Ayutthaya province in order to gain permission and collaboration to carry out the data collection.

2. The researcher described the objectives and detail of the study to the study participants, the administrative personal of Contracting Unit for Primary Care Committee, and practice healthcare personnel who provided cares to patients with diabetes and patients with hypertension. The participants then were asked to sign a consent form. Following the previous procedure, appointments, date and time for data collection, were made and agreed between the research and the participants of each group.

3. The researcher and the two groups of participants made appointment, determining time and date. And place for focus group discussion was the conference room of Banpra-In Hospital. Focus group discussion with each group lasted between one hour and one hour and a half. The participants were informed of their rights to withdraw from the study at anytime.

4. The researcher was facilitator of the focus groups. To build up a rapport, the researcher introduced herself, note taker, and general assistant to the participants, then the asked the participants to introduce themselves. The focus groups were conducted following the guideline developed. The information gained from and atmosphere of focus group discussions were recorded and observed by a research assistant. Permission to use sound-recording device was obtained from all participants. Focus group discussion with each group lasted between one hour and one hour and a half. The participants were informed that they could withdraw themselves from the study at anytime.

5. The information gathered from the questionnaires and focus group discussions from both groups, administrative and practice personnel, were then summarized.

Data Analysis

The quantitative information gathered from demographic survey questionnaire and application of the guideline questionnaire was analyzed in from of descriptive statistics, frequency and percentage, while the qualitative information gained was analyzed and concluded according to the study objectives.

Study Results

There were eight administrative personnel of the Bang pa-In Contracting Unit for Primary Care recruited. The numbers of males and females were equal. Their ages ranged from 41-50 years old and their years of work experience ranged between 25 and 30 years. They all held bachelor degree. Seven female healthcare providers responsible for providing care to persons with diabetes and hypertension at community primary care unit, and Bang pa-In Hospital were recruited. All of them graduated with bachelor degree, held community health nurse practitioner certificate, and held the position of nurse specialist. Only one of them had completed master degree. Most of them were at their 40s, and were in the position work position over 20 years.

According to the information gained, the healthcare providers knew about the existence of the clinical practice guideline for caring of persons with diabetes and hypertension. They used the guideline to guide to practice in the process of Blood Sugar Level Screening, gathering of health history in relation to diabetes, physical and foot examination. The examination of eyes and retina following the guideline was mostly performed by physician (85.71%). The examination of patients' neurological condition done by physician, and the examination to screen for health complication of retina, kidneys, heart, and blood vessels were not conducted as directed by the guideline.

The procedures of laboratory test were carried out as guided by the clinical practice guideline, especially the laboratory to monitor the levels of fasting blood glucose, postprandial plasma glucose, total cholesterol, Triglyceride, HDL-cholesterol, serum creatinine. However, some laboratory tests including HbA1c, urine analysis, urine culture, electrocardiogram, and chest x-ray were unavailable.

The clinical practice guideline was applied by the healthcare providers to monitor and evaluate the treatment outcome. However, the healthcare providers failed to follow some procedures recommended in the guideline, including examining patient's physical health once a year, referring patients to see ophthalmologist once a year, monitoring proteinuria once a year, and referring diabetic patients to see doctor twice a year. Furthermore, the guideline was vaguely applied to assess patients' smoking and alcohol cessation, and the patients' and families' quality of life as well their psychological status.

The clinical practice guideline was applied to direct the recommendations given to the patients towards diet, exercise, medication adherence, observation and monitoring of health complications and dealing approach (i.e. hyperglycemia or hypoglycemia).

Six of the healthcare providers did not complete six-month care, recommended in the guideline, to be provided to the patients, and did not refer patients back to the hospital for examination of eyes, kidneys, foot, and cholesterol level. Five of the healthcare providers did not follow the guideline in the event of patients experiencing FBS < 70 mg/dl and hypoglycemia during (in 1 visit). However, they adhered to the clinical practice guideline if patients' FBS was higher than 180 mg/dl

(in 2 visits). And if FBS was higher than 250 mg/dl, the patients were referred to see physician immediately. The usage of the clinical practice guideline in all community primary care units was not once evaluated by any authorised agencies.

Regarding the clinical practice guideline in caring for persons with hypertension, all healthcare providers participating in this study knew the existence of the guideline, and used it to direct their screening practice, covering Grade 1 to Grade 3, in every hypertensive cases.

The healthcare providers usage the guideline to care for every hypertensive patients covering the aspects of diet control, exercise, medication adherence, observation of health complications (i.e. cerebrovascular and cardiac complications), and enhancing patients to keep up with doctor appointments.

The healthcare providers adopted the directions demonstrated in the guideline to direct them to ensure that every client had laboratory tests including Fasting Blood Glucose, Cholesterol, Triglyceride, HDL-Cholesterol, and Creatinine. However, they did not follow the guideline to carry out patients' urine laboratory test recommended to be carried out to monitor urine protein, sugar, and cell, as well as to monitor patients' electrolyte potassium and sodium, EKG, and Chest X-Ray.

The recommendation, cited in the clinical practice guideline, to arrange for patients to see physician every 4-6 months were not followed by the healthcare providers when caring for the persons with under-controlled blood pressure and without obvious health complications. The cases with Grade 1 (3 times), Grade 2 (2 times), and Grade 3 (1 time) were referred to see physician according to what stated in the clinical practice guideline. The usage of the clinical practice guideline in all community primary care units was not once evaluated by any authorised agencies.

The healthcare providers counted their limited knowledge of new treatment and care innovations hindered the usage of the clinical practice guideline. They pointed out that they required a period of time to study and understand the clinical practice guideline to be able to integrate it into actual practice. Furthermore, as they were familiar with their routine practice, it was difficult to change their practice. They expressed that the guideline might be too complicated for them. All participants stated that there were limitations obstructing them to follow all steps of care for persons with diabetes and hypertension.

Analysis of opinions of the contracting unit for primary care administrative personnel on the usage of the clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and hypertension at community primary care units

1. Adherence of the policy concerning the treatment and care provided to patients with diabetes and hypertension policy adherence

All eight administrative personnel of the contracting unit for primary care had managed the treatment and care provided to persons with diabetes and hypertension in accordance with the Healthy Thailand Policy. The Healthy Thailand Policy was launched by the Ministry of Public Health with the aim of minimizing unsafe behaviours and occurrence of the leading health problems. They determined the indicators of cares for chronic ill patients in congruent with the policy of the National Health Security Office. The administrative personnel had provided supports to the practicing staff based on the determined policies.

2. Opinions the usage of the clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and hypertension in community primary care units.

The administrative personnel agreed on the importance of the usage of the clinical practice guideline. They believed that the guideline could set standard of practice, and the guideline itself should be accessible, standardized, and enabling the communication between related parties.

3. Support towards the usage of the clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and hypertension in community primary care units.

To act in accordance with the official agreement among related bodies of governmental network region-I, all administrative personnel of the Contracting Unit for Primary Care Unit had supported the usage of the clinical practice guidelines in caring for patients with diabetes and hypertension in community primary care unit. They held the view that the standardized practices would effectively prevent the patients from developing health complication, and reduce healthcare cost.

4. Guideline of monitoring and evaluating the usage of the clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and hypertension in community primary care unit.

All administrative personnel stated that there were no systematic procedures determined to monitor and evaluate the use of the clinical practice guidelines in caring for patients with diabetes and hypertension.

5. Modification of the clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and hypertension in community primary care unit.

The administrative personnel recommended that the guideline should be routinely reviewed, and diabetes and hypertension specialist should be invited to advise on the improvement of the guideline. Besides, there should be well-managed referring system for the patients to see ophthalmologist and to have their required laboratory tests done. The administrative personnel also recommended the exchange of knowledge and experience among every party involved. Lastly, the procedure to review the patients' medical folders should be set up in order to monitor and evaluate the appropriateness of treatment and care prescribed and given to the patients by healthcare providers and physician.

The administrative personnel's' opinions on the obstacles hindering the usage of the clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and hypertension, and suggestion to overcome the obstacles

1. Obstacles concerning human resource

Healthcare personnel's limited understanding of the guideline could contribute to the absence of integration of the guideline into actual practice. Hence, the personnel's knowledge should be enhanced, and a communication channel should be established for healthcare personnel to be able to seek advices from public health nurse practitioner of the hospital.

2. Obstacles concerning usage of the clinical practice guideline

The guideline had been existed and applied to direct actual practice for a period of time. However, there was no evidence of the guideline being reviewed by specialist. Thus, having multidisciplinary team to review and revise the guideline was recommended.

3. Obstacles concerning attitude of clients

Clients did not prefer receiving treatment and care at the community primary care unit. There was no physician to review and revise the recommendation to

handle situation when health complications took place. Therefore, improvement of treatment and care quality, and referral system was necessary.

4. Obstacles concerning services

There was limitation of availability of ophthalmologist, laboratory test, and physician. As a result, physician had limited time to see each client. To solve the problem, the clients with no health complications should be suggested to go to receive care and treatment from primary care unit where healthcare personnel were likely to have more time to care for them

Analysis of opinions of the healthcare providers responsible for providing cares to patients with diabetes and hypertension at community primary care units

1. Adherence of the policy concerning the treatment and care provided to patients with diabetes and hypertension policy adherence

The healthcare providers provided cares to patients with diabetes and hypertension in accordance with the policy launched by the Ministry of Public Health, and in line with the indicators determined by the National Health Security. The indicators included screening for new cases, providing health education to prevent occurrence of the diseases and to prevent occurrence of health complications, and following standard of care and treatment.

2. Opinions the usage of the clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and hypertension in community primary care units

The healthcare providers recognised the benefits of the usage of the clinical practice guideline. However, they pointed out that some procedures indicated in the guideline were not practical, such as HbA1C, and optical nerve inspection by specialist.

2.1 The healthcare providers expressed positive opinions towards the usage of the guideline. They believed that the guideline improved quality of care, and yielded positive influence on patients' condition. However, these would happen only if every item of the guideline was followed.

2.2 The healthcare providers stated the limitation of the application of the guideline. This was because the number of patients was high while the number of healthcare providers was limited.

2.3 The healthcare provider wished to use the guideline to direct their practice at the community primary care unit because it reflected standard of care and led to positive outcome. They agreed that the healthcare provider at community health center should also be encouraged to use the guideline because they looked after patients with hypertension as well as the community primary health unit. However, they recommended that there should be a system to monitor the outcome of the usage of the guideline.

3. Support towards the usage of the clinical practice guidelines in caring for patients with diabetes and hypertension in community primary care units.

The healthcare providers expressed the desire to use the clinical practice guideline to direct their practice in caring for patients with diabetes and hypertension in community primary care unit. They believed that the standardized practice would enhance the effectiveness of care and treatment. However, the clinical practice guideline should be regularly reviewed and revised, and the outcome of the usage of the guideline should be monitored and evaluated.

4. Guideline of monitoring and evaluating the usage of the clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and hypertension in community primary care unit.

The healthcare providers suggested that the usage of the guideline should be monitored and evaluated by the administrative personnel. Because when problems occurred, the administrative personnel were the one who had authority to make decisions of how to deal with them. The outcomes of the application of the clinical practice guideline should be identified against the determined indicators. And the clinical practice guideline should be routinely re-examined.

5. Modification of the clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and hypertension in community primary care unit.

The healthcare personnel highlighted that all parties involved should collaboratively review and improve the clinical practice guideline, as well as identify problems hindering its application together with searching for approach to overcome

the obstacles. Furthermore, a direction to handle the patients living in the ambiguous area of two health security card terrains should be established.

The healthcare providers' opinions on the obstacles hindering the usage of the clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and hypertension, and suggestion to overcome the obstacles

1. Obstacles concerning human resource

The major problems were insufficient manpower, high number of clients, and healthcare providers' limited knowledge and skill of new treatment and care technology. Hence, training or educating sessions to updating the knowledge and skill of the healthcare providers was recommended.

2. Obstacles concerning referring system

The cooperation regarding communication and referring clients between community primary care unit and hospital was an obstacle to the delivering of the services especially the issue regarding patients living in the bordering terrain of two communities. Consequently, the referral system should be re-organized.

3. Obstacles concerning usage of the clinical practice guideline

Some activities indicated in the clinical practice guideline were impossible to perform, including laboratory tests of HbA1c , EKG ,Chest X-Ray. There was also problem when healthcare provider needed advices on drug prescription, and results of laboratory test. These situations were solved by establishing the consultation guideline for drug prescription and laboratory test, and arranging for opportunity for healthcare providers to exchange knowledge and discuss about problems and obstacle.

4. Obstacles concerning monitoring and evaluation of the usage of the guideline

The clinical practice guideline had not been reviewed and its application had not been evaluated. Thus, a system to revision and evaluation should be established.

Discussion

The usage of the clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and hypertension

Process of screening

Because it was simple to carry out screening, all healthcare providers understood and used the screening guideline to direct their screening services provided to all diabetic cases. The activities in the screening activities included gathering health history in relation to diabetes and physical and foot examination. Besides, screening was prerequisite to decision on diagnosis, thus healthcare providers had no other choices, but to comply with the guideline. However, the study revealed that the guideline was not adhered when diabetic persons needed a neurological examination, as well as other examinations to monitor health complications (eyes, kidneys, heart, and blood vessel). This might due to the limitation of specialist, especially ophthalmologist, and neurologist. The situation was congruent with the study by Kriangkrai Wibulchai et al, (2003) which indicated that there was limited number of ophthalmologists working at diabetic clinic. There was also no evidence of diabetic patients receiving annual physical check-up. Regarding clinical practice guideline for caring of persons with hypertension, all healthcare providers followed the guideline to care for all Grades of patients, Grade 1, 2, and 3. It was because the screening activities were necessary procedure prior to diagnosis, and they were not complicated.

Process of monitoring and evaluating treatment outcome

Regarding the common agreement between the community primary care units and the hospital, the healthcare providers adopted the guideline to direct them in performing laboratory tests for monitoring Fasting Blood Glucose, Postprandial Plasma Glucose, total cholesterol, Triglyceride, HDL-Cholesterol, and Serum Creatinine. Nevertheless, some laboratory tests, including HbA1c, Urine Analysis, Urine Culture, Electrocardiogram, and Chest X-Ray, were not available. In the process of evaluating treatment result, the healthcare personnel followed the direction of the guideline when checking patients' Lipid profile, assessing patients' diet control and exercise. But, the recommendations for patients to receive complete physical check-up once a year, and eye examination by ophthalmologist yearly were not practiced by the healthcare providers. Also, they neither follow the guideline to assess patients' quality

of life, nor to arrange patients' doctor' appointments (every six months) and to monitor patients' Proteinuria once a year. The healthcare providers carried out laboratory tests, covering Fasting Blood Glucose, Cholesterol, Triglyceride, HDL-Cholesterol, and Creatinine, to all hypertension patients as directed by the clinical practice guideline for caring of persons with hypertension. Though, some laboratory tests, comprised of urine examination for monitoring protein, sugar and cell, Blood electrolyte- potassium and sodium, EKG, and Chest X-Ray, were not performed. The restrained budge and unavailability of equipment might be responsible for the situation. If patients needed to have those laboratory tests done they must be referred to hospital. This circumstance was similar to those reported by Kriangkrai Wibulchai et al, (2003) which stated there was no service for complete annual physical check-up at diabetic clinic, and there was limited budget for providing laboratory tests for screening and monitoring patients' health complications.

Process of health counseling

All healthcare providers followed the clinical practice guideline for caring of diabetic patients when providing health counseling and education (i.e. in the topics of dietary behavioural modification, exercise, and medication adherence), and training patients to observe the change of their health conditions, and educating them how to deal with health complications (hyperglycemia, hypoglycemia). For the patients with hypertension, the healthcare providers followed the clinical practice guideline for caring of persons with hypertension when advising the patients to modify diet, performing exercise, adhering to medication regimen and doctor appointment, and observing development of health complications (cerebrovascular and cardiac complications). These information and recommendations were given to the patients with the aim that they could simply integrate the knowledge into their practice when they were at their own homes.

Process of referral

The healthcare providers followed the procedures cited in clinical practice guideline if patients' FBS was higher than 180 mg/dl for two visits. And if patients' FBS was higher than 250 mg/dl, the patients were referred to see physician as recommended in the guideline. Nonetheless, the healthcare providers did not act according to the guideline when completing patients' six-month care, and when

patients' FBS was below 70 mg/dl. This was because they viewed that the patients' condition was not severe, and there was no evidence of hypoglycemia. Moreover, the community primary care unit' staff did not refer the patients to have a chemical blood test and kidney function done at hospital once the patients were under their care for 6-12 months. This was because the staff of community primary care unit collect patients blood specimen at the unit and sent the specimen to hospital laboratory. And they did not refer patients to see physician because they perceived that physicians were already overloaded by number of patients and they believed that the conditions of the patients under their cares were under control. Regarding the clinical practice guideline for caring of persons with hypertension, all healthcare providers participating in this study used the guideline to direct their decision to refer patients who experienced Grade 2 twice, and who experienced Grade 3 once to receiving cares at hospital level. However, they did not use the guideline to direct their practice for scheduling 4-5 monthly hospital visits for patients who had blood pressure under-controlled and had no risk factors.

The opinions towards the usage of the clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and hypertension

The study results revealed the similarity between the administrative personnel's and practicing personnel's opinion towards the usage of the clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and hypertension at community primary care units.

1. Managing and providing healthcare services in accordance with the policy of healthcare services for diabetic and hypertensive persons

There was evidence of the study participants worked according policies—covering health screening, disease prevention, health education, treatment, health monitoring, and referring—launched by the Ministry of Public Health and the National Health Security Office. The policies enacted to identify undiagnosed chronic ill patients in order to provide proper treatment and advice to them, and to prevent them from experiencing health complications. The Thai government had announced health promoting missions, including “Health Promoting Year Project” under health development policy and strategy indicated in the Health Strategy-III, health promotion and attentive health services, Healthy Thailand Strategy, and Togetherness for Healthy

Community Strategy. These all were for enhancing health status of Thai population and minimizing the prevalence of six major diseases including AIDS, cancer, heart diseases, hypertension, dengue haemorrhagic fever, and diabetes mellitus (Thai Health Policy and Strategy Office, 2007).

2. Acknowledging benefit of, and supporting the use of guideline application

The participants acknowledged the benefits of the clinical practice guideline on the work of Contracting Unit for Primary Care Unit, Community Primary Care Unit, as well as to patients. The guideline was accessible, and simply to use, and its quality and standard of the guideline was monitored. Therefore, all participants supported the application of the guideline to ensure and monitor the standard of practices. The healthcare providers' application of the guideline should be promoted and evaluated regularly, and the guideline itself should be reviewed and updated, as well as opportunity for healthcare providers to exchange knowledge and skill should be arranged. These suggestions were parallel with those of Thailand Royal Collage of Medicine which stated that clinical practice guideline should be periodically reviewed and revised according to up-to-date evidence (Recommendation for guideline development, 2001, p.44). The suggestions were also relevant to the results of a Canadian study by Graham Worrall et al, (1997). The study revealed that the application of clinical practice guideline enhanced the clinical treatment outcomes of diabetic patients– reducing Blood Glucose level, body weight, and blood pressure, as well as Glycosylated Haemoglobin.

3. Establishing plan for monitoring outcome of guideline application

It was agreed that a team of advisers comprised of administrative personnel of the Contracting Unit for Primary Care, concrete pathway of evaluation of guideline application, and presentation-conference events should be established and organized. Moreover, monitoring outcomes against the set indicators (birth rate, mortality rate, prevalence rate of health complication, etc.) was highly recommended as the indicators reflects the quality of care and treatment. The healthcare providers could be assigned to carrying out this monitoring task. The health indicators set by the National Health Security Office for monitoring treatment quality. And the health complications required to be monitored were eye complication, kidney complication,

foot complication, cerebrovascular complication, and death rate of diabetic and hypertensive patients (National Health Security Office, 2006).

The obstacles obstructing the usage of the clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and hypertension, and suggested approach to overcome the problems were addressed by the participants of both groups.

1. Obstacles concerning human resource

Healthcare personnel's limited understanding of the guideline and limited manpower could contribute to their hesitancy to integrate the guideline into actual practice. Hence, the personnel's knowledge and skill should be improved, and number of healthcare providers should be increased. Pisek Lumpikanon et al., (2008) agreed with the importance of improving the health staff's knowledge and skills. The insufficient number of physician but high number of patients led to restricted time which physician could spend with each patient. In order to enable physician to have sufficient time to examine patients with high risk of developing health complications, or those who already had, a procedure to screen patients, who had their health condition well-controlled and no health complications should be performed. The patients then should be referred to receive care from community primary care unit where the healthcare providers were likely to have more time to provide comprehensive care to each patient, and to guide them to modify their health behaviour. This procedure served the policy "Borikarn-mee-Kunnaparb, Chubwai, Mai-Air-Aud" (Quality care, immediate care, no packed atmosphere) which announced by the Ministry of Public Health in 2006. Following the policy, the Ministry of Public Health, National Health Security Office, and Health Research Institute implement a 3-years project called "Borikarn-Prathupjai, Rai Kwam Air Aud, Putthana Kreakai" (Impressive services, no packed atmosphere, developing network". The project proposed to minimise the number of patients coming to receive care from hospital when their health conditions, including those with diabetes and hypertension, could be taken care of at their local community primary care units (Panya Keeratihuttayakorn, 2007)

2. Obstacles concerning usage of the clinical practice guideline

The clinical practice guideline had been applied for a period of time, but there was no evidence of it being examined and reviewed. This study showed that some parts of the guideline were impractical in community primary care unit, for example Electrocardiogram, Chest X-Ray, and other laboratory tests (i.e. tests of HbA1C, protein in urine). Therefore, it was recommended that the guideline should be re-examined in order to modify its content to suit the context and capacity of the community primary care unit. This recommendation was supported by the statement of the Royal College of Medicine which highlighted that a guideline should be developed and adjusted to fit with individual health units/institutes considering their ability, manpower, equipment, and financial policy (Recommendation for guideline development, 2001, p.46).

3. Obstacles concerning monitoring and evaluation of the usage of the guideline

The clinical practice guideline had not been reviewed and its application had not been evaluated by any authorised agencies. Hence, there was no evidence to support its feasibility and applicability. Reported in this study, some parts of the clinical practice guideline were not possible to practice. The Royal College of Medicine pointed out that clinical practice guideline should be intermittently reviewed and revised according to the latest evidence (Recommendation for guideline development, 2001, p.44).

4. Obstacles concerning referring system

The cooperation regarding referring clients between community primary care unit and hospital was an obstacle to the delivering of the services. When referring the patients to hospital, they were not given healthcare procedures indicated in the practice guideline. Thus the Contracting Unit for Primary Care Committee should act and mediator to ensure that the services provided to the patients were according to the guideline, especially those that could not be done at the community primary care unit, for example, ECG, Chest X-Ray. It appeared that the hospital staff did not adhere to the practice guideline when they examined the referred patients, except in the cases of patients with concerned conditions and were referred to hospital for specific tests requested by nurse practitioner. The exception was congruent with the National Health Security which suggested that an emergency channel of care should be developed to

minimize unnecessary process and maximise smooth referral system when patient needing an urgent visit to the contracting hospital was required (Panya Keeratihuttayakorn, 2007)

Considering the aspect of healthcare providers' knowledge of, attitude towards, and behaviour in relation to the application of the guideline, similar to those concluded by Cabana et al, (1999), though the healthcare providers were not familiar with the application of the guideline, they were keen to integrate its directions into their practice. They suggested that a training to enhance healthcare providers' understanding of the guideline would be an advantage to the improvement of the quality of care. Furthermore, they discussed that the limitation of medical equipment, and appropriate physical appearance and environment of the healthcare centre was likely to lower clients' confidence towards the services they received.

Conclusion

The administrative personnel of the Bang pa-In Contracting Unit for Primary Care, and the healthcare providers responsible for providing cares to diabetic and hypertensive patients acknowledged the existence of the clinical practice guideline.

The healthcare providers understood and used the screening guideline to direct their diabetic screening services. The activities in the screening activities included gathering health history in relation to diabetes and physical and foot examination. The healthcare providers also followed the guideline when they gave their clients advices on diet control, exercise, medication adherence, and observation of health complication development, such as hyperglycemia and hypoglycemia. The guideline was also applied for patients' eyes and retina examination by ophthalmologist. However, the study revealed that the guideline was not adhered when diabetic persons needed a neurological examination, as well as other examinations to monitor health complications (eyes, kidneys, heart, and blood vessel). Concerning the clinical practice guideline for caring of persons with hypertension, all healthcare providers followed the guideline to care for all Grades of patients, Grade 1, 2, and 3. The patients were given advices on diet control, exercise, medical adherence, and observation of health complications, for example, cerebrovascular and cardiac complications, and the necessity of keeping doctor appointment.

The healthcare providers adopted the clinical practice guideline in caring of diabetic patients to direct them when performing laboratory tests for monitoring Fasting Blood Glucose, Postprandial Plasma Glucose, total cholesterol, Triglyceride, and Serum Creatinine. Nevertheless, other required laboratory tests, including HbA1c, Urine Analysis, Urine Culture, Electrocardiogram, and Chest X-Ray, were not offered.

For the patients with hypertension, the healthcare providers followed the clinical practice guideline for caring of hypertensive patients when they carried out laboratory tests, which were Fasting Blood Glucose, Creatinine, Cholesterol, Triglyceride, and HDL-Cholesterol. Still, some laboratory tests, for instance, urine examination for monitoring protein, sugar and cell, Blood electrolyte- potassium and sodium, EKG, and Chest X-Ray, were not performed according to the guideline.

The usage of the clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and hypertension at the community primary care units had not been evaluated by any authorised agencies.

The opinions towards the usage of the clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and hypertension

The opinions towards the usage of the clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and hypertension of the administrative personnel of Contracting Unit for Primary Care, and of the healthcare providers were congruent.

1. The services provided to persons with diabetic and hypertension was to the was managed by the administrative personnel of Contracting Unit for Primary Care according to the policy launched by the Ministry of Public Health and the National Health Security Office.

2. The usage of the clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and hypertension at the community primary care units yielded favourable outcomes. However, there were some activities that were impossible to perform because of insufficient manpower, overload of work, while some were not practical to offer at the community primary care units.

3. The usage of the guideline at the community primary care units was supported as the guideline guaranteed the quality of care.

4. There was a recommendation to establish a monitoring and evaluating team, comprised of the personnel of the contracting unit for primary care. The team

was expected to provide advices to the practicing healthcare personnel on the usage of the clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and hypertension.

5. The clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and hypertension should be regularly re-examined in order to modify its contents/activities to suit the context and capacity of the community primary care unit.

The obstacles obstructing the usage of the clinical practice guideline in caring for patients with diabetes and hypertension at the community primary care units addressed by the participants of both groups were concluded as follow.

1. Obstacles concerning human resources

The hesitancy of healthcare providers' application of the clinical practice guideline was caused by their limited understanding of the guideline, readiness to apply the clinical practice guideline into practice, and knowledge and skill of new treatment and care technology. As a result, the healthcare providers' knowledge of clinical practice guideline application is required. Furthermore, regarding the limited number of healthcare providers, the healthcare providers suggested the increase number of healthcare providers on the day scheduled for Chronic Illness Clinic.

2. Obstacles concerning the clinical practice guideline

The clinical practice guideline had never been reviewed and revised. To overcome the problems, the Contracting Unit for Primary Care should review the guideline and modify it to suit the context of community primary care units

3. Obstacles concerning clients' attitude

Clients did not prefer receiving treatment and care at the community primary care unit because at the community primary care units the services were provided by healthcare providers, not physician. Therefore, improvement of the quality of treatment and care, physical appearance of the units, and medical equipment was necessary.

4. Obstacles concerning referring system

The cooperation regarding communication and referring clients between community primary care unit and hospital was an obstacle to the delivering of the services especially the issue regarding patients living in the border of two Health Security terrains. Consequently, the referral system should be re-organized and cooperated by the Contracting Unit for Primary Care.

Recommendation

1. Establishment of monitoring system to evaluate the usage of clinical practice guideline is recommended in order to review and refine the guideline to be suitable to and practical in advanced circumstance.
2. A clinical practice guideline monitoring network comprised of all related parties should be established. The member of the network is suggested to re-examine the guideline and adjust it-in accordance with policy, human resource, knowledge and budget to suit the roles and abilities of each healthcare provider.
3. The establishment of plan to enhance and refresh knowledge and skill of healthcare providers working at community primary care units/health center and of those working at chronic illness clinic in hospitals is necessary. This could be carried out in form of knowledge and experience exchange between the healthcare providers of different settings.
4. Study to capture the opinions of patient on their needs, and obstacles to visit the healthcare institute should be conducted.
5. The clinical practice guideline in caring for patient with diabetes and hypertension should be modified to suit the context of community primary care unit located in and outside hospital.

รายการอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2546).*แนวปฏิบัติบริการสุขภาพสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการส่งเสริมสุขภาพ*.นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กระทรวงสาธารณสุข.(2545).*ภาระของโรคเรื้อรังและอุบัติเหตุในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข*. Retrieved August 5, 2008, from http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg_new/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=8536
- กิตตินันท์ อนรรฆมณี.(2550). Retrieved October 17, 2008, from http://www.mediathai.net/module/newsdesk/newsdesk_subcat.php?board_id=13371.
- เกรียงไกร ศรีธวัชวิบูลย์และคณะ. (2546). *สถานะของระบบบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เขต 10 ปี 2546*. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 กรมควบคุมโรค เชียงใหม่.
- กลุ่มพัฒนาระบบบริการทั่วไป กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2550). *การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติบริการสุขภาพสำหรับ ศูนย์สุขภาพชุมชน*. นนทบุรี.
- ขนิษฐา นันทบุตร. (2551). *ขอบเขตการบริการตามมาตรฐานการบริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ* Retrieved February 19, 2010, from www.rawachospital.com/edoc/index.php?topic=1829.0.
- เขตราชการที่ 1. (2546). *แนวทางเวชปฏิบัติ โครงการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน*. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- เครือข่ายแนวทางเวชปฏิบัติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2544). *แนวทางเวชปฏิบัติในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- จิตราวดี จิตจันทร์. (2550). *การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม*. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาล). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จกกลกรณ์ วงศ์วิเศษกาญจน์, วรณีย์ สัตยวิวัฒน์, อรพรรณ โตสิงห์, อารมณ ชูณภัย (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับและการส่งเสริมการหายของแผลในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะฟื้นฟู*. วารสารทหารบก, 8(1), 59 - 71.

- ชาญชัย จันทรรักษ์กุล. (2549). แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคหืดโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์.(รายงานผลการวิจัย).Retrieved September 7, 2008, from http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=1290.
- ชำนาญ หล่อเมืองทอง และคณะ.(2549). การใช้แนวทางเวชปฏิบัติที่ใช้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ในการระงับปวด หลังผ่าตัดในห้องฟักฟื้น. (รายงานผลการวิจัย). Retrieved August 28, 2008, from http://www.si.mahidol.ac.th/km/cops/anesthetist_nurse/admin/knowledge_files/660_0.pdf.
- นาคยา สมสานต์ และคณะ .(2546). ประโยชน์ในการใช้ CPG รักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ในสาขารังสีวิทยา โรงพยาบาลศิริราช (รายงานการวิจัย). Retrieved September 7, 2008 , from <http://www.thastro.org/p065.htm>.
- นารี ศรีชัย.(2549). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์.บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน (2544) Retrieved September 7, 2008 from <http://www.geocities.com/nkuc1/document/devlg.doc>.
- ปราชญ์ บุญวงษ์ศิริโรจน์. (2551). Retrieved August 17, 2008, from http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg_new/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=8536.
- ปัญญาภิรัตน์หัตถยากร. (2550). Retrieved December 12, 2008, from http://www.nhso.go.th/NHSOFront/Select_View_Item_Action.do?folder_id.
- พงศ์อมร บุณนาค. (2549). ผลของยา pioglitazone ต่อการลด macrovascular events และการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือด. Medical Progress. 5(2), 48-53.
- พจนา จารุชาติ, กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, นกมล เลื่อนนักรบ, สิตานนท์ ศรีใจวงศ์.(2549). ประเมินผลโครงการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์(รายงานการวิจัย). Retrieved September 7, 2008, from <http://www.unc.ac.th/Html/research/>
- พรพิมล ปัญงพงษ์. (2551). ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสมุทรปราการวารสารโรงพยาบาลสมุทรปราการ. 24(1) 101-110.
- พรพิศ ตรีนุพชาติสกุล, สุรภี เทียมกริม, วิษณุ ธรรมลิขิตกุล .(2547). การติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจช่วงบนในผู้ใหญ่: ความชุกของแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุ ลักษณะทางคลินิก และประสิทธิผลของการดูแลรักษาด้วยแนวทางเวชปฏิบัติ. วารสารจดหมายเหตุทางการแพทย์, 89(8), 1178 -1186
- เพชร รอดอารีย์. (2547). โครงการวิจัยลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- ภิเศก ลุมภิกานนท์, ณรงค์ วิริยกุล และ โฉมพิลาส จงสมชัย. (2551). *คู่มือปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ ขององค์การอนามัยโลก*. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. กรุงเทพมหานคร.
- มยุรี โรจนอังกูร. (2546). *ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท* โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ (รายงานผลการวิจัย). แนวทางเวชปฏิบัติ, from http://intraserver.nurse.cmu.ac.th/mis/student/student_detail.asp?id=4492964.
- เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และคณะ. (2549). (รายงานผลการวิจัย). Retrieved September 1, 2008, from <http://www.hiso.or.th/hiso/HealthReport/report2007-ENG.php?manu=5>.
- เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม. (2550). *ผู้สูงวัยกับโรคเรื้อรัง*. แนวทางเวชปฏิบัติ. Retrieved december 1, 2009, from <http://hp.anamai.moph.go.th/elderly/PPT>.
- ระพีพล ภูณชร ณ ออยุธยา. (2549). Retrieved September 7, 2008, from <http://www.thaiheartweb.com/HTcontent.htm>.
- รัชนิ ชีระวิทยาเลิศ. (2548). *การประเมินเพื่อพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้า* (รายงานการวิจัย) Retrieved September 7, 2008, from http://www.thaigcd.ddc.moph.go.th/download/zoo_rabie/Rabies_index.doc.
- โรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยเบาหวานเป็นภาวะที่พบได้บ่อย. (2550). Retrieved September 7, 2008, from Web site http://www.happydm.org/html/news.php?action=News%20Detail&sel_ID=40.
- โรงพยาบาลบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. (2549). *รายงานประจำปี 2549*. พระนครศรีอยุธยา.
- วราเศลวัฒน์กุล. (2548). *การใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ*. (รายงานผลการวิจัย). Retrieved September 7, 2008, from <http://www.kkulib.kku.ac.th>.
- วิทยา ศรีมาดา. (2545). *การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน*. โครงการตำราอายุรศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรันยา สุคันธไชยวงศ์. (2550). *ไมโครอัลบูมินูเรียและจอประสาทตาเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน* โรงพยาบาลแพร่. วารสารกรมการแพทย์. 32(3), 277 - 282.
- สภาการพยาบาล ประกาศสภาการพยาบาล. (2551) *ขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง* สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน Retrieved February 19, 2010, from <http://www.tnc.or.th/file-attach/17Nov200857-AttachFile1226904957.pdf>.

- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.(2551).แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป.Retrieved September 7, 2008, from <http://www.thaihypertension.org/newsdetail.php>.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย Retrieved May 5, 2009, from <http://www.thaihypertension.org>
- สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2543). แนวทางการดูแลรักษาโรคเบาหวาน.กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข.
- สมจิต หนูเจริญกุล,และอรสา พันธุ์กิติ. (2542). การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง: ทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สรเสรีญ จารุโรจน์สกุลชัย. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดดำในจอประสาทตาอุดตัน. วารสารโรงพยาบาลเมืองสมุทรปราการ. 24(1), 111.
- สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, สำนักงาน. (2549). รายงานประจำปี 2549 ข้อมูลประชากรและสถานะสุขภาพ. พระนครศรีอยุธยา, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.
- สุชีรา ลีโทวลิต. (2547). การปฏิบัติตามแนวทางการใช้สารแอมบูมินในผู้ป่วย ณ โรงพยาบาลราชวิถี. Retrieved September 7, 2008, from <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/2086>.
- สุนทรภรณ์ จิตสมานนท์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิชาการ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. 10(5), 965.
- สุรเกียรติ อาชานุกาพ. (2544). ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป: โรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.(2549).รายงานประจำปี 2549. พระนครศรีอยุธยา.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.(2548).การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ.(2547-2548). การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ.ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ , กระทรวงสาธารณสุข.
- อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ.(2547). Retrieved August 7,2008,from [http:// www.thaincdinfo.com](http://www.thaincdinfo.com).
- ไอริน เรื่องขจร, ประเสริฐ ศันสนีย์วิทยกุล,ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร.(2549)อัตราการใช้ปฏิบัติตามแนวทางการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลศิริราช.วารสารจดหมายเหตุทางการแพทย์,89, (6),764-772.
- American Diabetes Association. Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 2005; 28:S37-S42.
- Cabana MD, Rand CS, Powe NR, & et al. Why don't physician follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA 1999, 282, 1458-1465.

- Graham Worrall , Paul Chaulk ,& et al. (1997)The effects of clinical practice guidelines on patient outcomes in primary care : a systematic review. Canadian Medical Association June 15,1997 ; 156 (12).
- Jaco S Burger., & et al. (1998).*Characteristics of effective clinical guideline for general practice*. British Journal of general Practice,53,15-19.
- Lesho Emil P., Myer Cris P, Ott Monica; Winslow Constance; Brown Joan E.*Do Clinical Practice Guidelines Improve Processes or Outcomes in Primary Care*. Military Medicine, Volume 170, Number 3, March 2005, pp. 243-246 (4).
- Lumbiganon P, Winiyakul N, Chongsomchai C, Chaisiri K, From research to practice : the example of Antenatal care in Thailand. *Bull Word Health Organ* 2004; 82:7463749.
- Phipps, W. J. (1999). *Chronic illness and rehabilitation*. In Medical-surgical nursing: Concepts & clinical practice. (16th ed.,129-162). St. Louis: Mosby.
- The JNC 7 Report. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, valuation and Treatment of High Blood Pressure. JAMA 2003;289:2560-2572.
- <http://www.geocities.com/nkuc1/document/devlg.doc> Retrieved December 12, 2008.
- http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg_new/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?id_Hot_new_8536) Retrieved December 12,2008.



ภาคผนวก ก
แนวคำถามสำหรับผู้บริหาร

**กรณีศึกษา : การใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
ในศูนย์สุขภาพชุมชน**

แบบสอบถาม

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับข้อมูลหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ตอนที่ 1

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ ปี
3. ระดับการศึกษา ☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี
☐ ปริญญาตรี
☐ พยาบาลวิชาชีพ
☐ ปริญญาโท สาขา.....
4. ตำแหน่ง ☐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ☐ สาธารณสุขอำเภอ
☐ หัวหน้าพยาบาล ☐ หัวหน้างานผู้ป่วยนอก
☐ เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข
5. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ปี

คำถามในการสนทนากลุ่มผู้บริหารเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

1. ท่านมีนโยบายในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอย่างไร
2. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน
3. ท่านทราบ หรือไม่ว่า มีปัญหาหรืออุปสรรคในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ อย่างไร และท่านมีวิธีดำเนินการแก้ไขอย่างไร
4. ท่านสนับสนุนให้มีการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือไม่ อย่างไร
5. ท่านมีแนวทางติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างไร
6. ท่านคิดจะปรับแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสมกับศักยภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของท่านอย่างไร

ภาคผนวก ข
คำถามสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

**กรณีศึกษา : การใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
ในศูนย์สุขภาพชุมชน**

แบบสอบถาม

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับข้อมูลหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ตอนที่ 1

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ ปี
3. ระดับการศึกษา ☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี
☐ พยาบาลวิชาชีพ
☐ ปริญญาโท สาขา.....
☐ พยาบาลเฉพาะทาง สาขา.....
4. ตำแหน่ง ☐
5. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ปี

คำถามในการสนทนากลุ่มของผู้ปฏิบัติงาน

1. ท่านทราบว่า มีนโยบายการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอย่างไร
2. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน
3. ในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีปัญหา/อุปสรรคในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ อย่างไร และมีวิธีดำเนินการแก้ไขอย่างไร
4. ท่านคิดว่าจะใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงนี้ในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือไม่ อย่างไร
5. ท่านคิดว่าควรมีแนวทางติดตามประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอย่างไร
6. ท่านคิดจะปรับแนวทางเวชปฏิบัติการงานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสมกับศักยภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของท่านอย่างไร

คำถามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1. ท่านทราบหรือไม่ว่ามีแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ใช้ในศูนย์สุขภาพชุมชน

- ☐ ทราบ ☐ ไม่ทราบ

2. ท่านเคยได้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือไม่

- ☐ ใช้แนวทาง โดย
☐ ใช้ทุกราย ☐ ใช้บางราย เหตุผล.....
☐ ไม่ได้ใช้ เหตุผล.....

3. ท่านใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานข้อใดบ้าง

การคัดกรอง

- ☐ ทำ
☐ ไม่ได้ทำ

การซักประวัติ

- ☐ ประวัติที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การตรวจร่างกาย

- ☐ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง หาค่า body mass index
☐ วัดความดันโลหิต
☐ ตรวจนับชีพจร
☐ ตรวจตาและจอตา ☐ ตรวจโดยแพทย์ ☐ ไม่ได้ตรวจ
☐ ตรวจระบบประสาท ☐ ตรวจโดยแพทย์ ☐ ไม่ได้ตรวจ
☐ ตรวจผิวหนังและเท้า
☐ ตรวจเพื่อค้นหาโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อจอตา ไต หัวใจและหลอดเลือด

ตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ☐ Fasting plasma glucose และ postprandial plasma glucose
☐ HbA1c
☐ Total cholesterol , Triglyceride , HDL- cholesterol
☐ Serum creatinine
☐ ตรวจปัสสาวะ (urine analysis)

- ☐ การเพาะเชื้อแบคทีเรียจากปัสสาวะ
- ☐ EKG (กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด หรือผู้ที่มีอาการบ่งชี้จากโรคหัวใจขาดเลือด หรือเป็นเบาหวานนานเกิน 10 ปีขึ้นไป)
- ☐ ถ่ายภาพรังสีทรวงอก Chest X-Ray

การติดตามและประเมินผลการรักษา

- ☐ ตรวจร่างกายอย่างละเอียด อย่างน้อยปีละครั้ง
- ☐ ตรวจตาปีละครั้งโดยจักษุแพทย์ ☐ ไม่ได้ส่งตรวจ ☐ อื่นๆ.....
- ☐ วัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง
- ☐ ตรวจปัสสาวะ Proteinuria อย่างน้อยปีละครั้ง
- ☐ ตรวจ Lipids profiles ถ้าครั้งแรกปกติ ตรวจซ้ำปีละครั้ง
- ☐ ประเมินประสิทธิภาพในการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย
- ☐ ประเมินผลการเลิกบุหรี่และเลิกดื่มแอลกอฮอล์
- ☐ ประเมินคุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว
- ☐ ส่งผู้ป่วยเบาหวานไปพบแพทย์อย่างน้อย 6 เดือนต่อครั้ง

การให้คำแนะนำเรื่องต่างๆ

- ☐ การรับประทานอาหาร
- ☐ การออกกำลังกาย
- ☐ การรับประทานยา
- ☐ การสังเกตอาการผิดปกติและการแก้ไข เช่นภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ
- ☐ การมาตรวจตามนัด

หลักเกณฑ์ที่ส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล

- ☐ ดูแลรักษาผู้ป่วยครบ 6 เดือน ส่งกลับโรงพยาบาลเพื่อตรวจสถานะของตา ไต เท้า และระดับไขมัน
- ☐ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน FBS <70 มก./ดล.1 ครั้ง และมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ
- ☐ FBS มากกว่า 180 มก./ดล. 2 ครั้ง (2 visit) แต่ถ้า FBS > 250 มก./ดล. ให้ส่งพบแพทย์ทันที

4. ท่านมีความพึงพอใจในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน นี้หรือไม่

- ☐ พอใจ ☐ ไม่พอใจ เหตุผล.....

5. ท่านคิดว่าแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน นี้เหมาะสมกับศูนย์สุขภาพชุมชนหรือไม่

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม เหตุผล.....

6. ท่านมีปัญหา/อุปสรรคในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือไม่

☐ มี เช่น

☐ การเข้าถึงยาก

☐ เชื่อว่าไม่สามารถปฏิบัติตามได้

☐ ปฏิบัติแบบเดิมจนเคยชิน

☐ ข้อมูลมากเกินไป

☐ ต้องใช้เวลาในการศึกษา/ทำความเข้าใจ

☐ ใช้จ่าย

☐ ขาดความรู้

☐ ไม่เห็นด้วยกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ

☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ ไม่มี

7. เคยมีหน่วยงานใดมาประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานบ้างหรือไม่

☐ มี

☐ ไม่มี

คำถามแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1. ท่านทราบหรือไม่ว่ามีแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใช้ในศูนย์
สุขภาพชุมชน

☐ ทราบ ☐ ไม่ทราบ

2. ท่านเคยได้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรือไม่

☐ ใช้แนวทาง โดย

☐ ใช้ทุกราย ☐ ใช้บางราย เหตุผล.....

☐ ไม่ได้ใช้ เหตุผล.....

3. ท่านใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงข้อใดบ้าง

การตรวจคัดกรอง

☐ Grade 1 (140 -159 / 90 – 99) รอปรับพฤติกรรม นัดพบแพทย์ทุก 6 เดือน

☒ Grade 2 (160 -179 / 100 -109) พบแพทย์

☐ Grade 3 (≥ 180 / ≥ 110) พบแพทย์ทันที

การให้คำแนะนำในเรื่องต่างๆ

☐ การรับประทานอาหาร

☐ การออกกำลังกาย

☐ การรับประทานยา

☐ การสังเกตอาการผิดปกติ เช่นอาการทางหลอดเลือดสมองและหัวใจ

☐ การมาตรวจตามนัด

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

☐ ตรวจปัสสาวะ ดู protein , sugar , cell

☐ ตรวจเลือด Fasting plasma glucose

☐ Creatinine

☐ Electrolyte potassium , sodium

☐ Cholesterol , Triglyceride , HDL – cholesterol

☐ EKG

☐ Chest X – ray เพื่อช่วยวินิจฉัย plaque ที่ aorta ภาวะหัวใจล้มเหลว

หลักเกณฑ์ที่ส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล

- ☐ ควบคุมความดันโลหิตได้และไม่พบปัจจัยเสี่ยงส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ ทุก 4 - 6 เดือน
- ☐ Grade 1 (3 ครั้ง) ส่งพบแพทย์
- ☐ Grade 2 (2 ครั้ง) ส่งพบแพทย์
- ☐ Grade 3 (1 ครั้ง) ส่งพบแพทย์

4. ท่านมีความพึงพอใจในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนี้หรือไม่

- ☐ พอใจ ☐ ไม่พอใจ เหตุผล.....

5. ท่านคิดว่าแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นี้เหมาะสมกับศูนย์สุขภาพชุมชนหรือไม่

- ☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม เหตุผล.....

6. ท่านมีปัญหา/อุปสรรคในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่

- ☐ มี เช่น
- ☐ การเข้าถึงยาก
 - ☐ เชื่อว่าไม่สามารถปฏิบัติตามได้
 - ☐ ปฏิบัติแบบเดิมจนเคยชิน
 - ☐ ข้อมูลมากเกินไป
 - ☐ ต้องใช้เวลาในการศึกษา/ทำความเข้าใจ
 - ☐ ใช้จ่าย
 - ☐ ขาดความรู้
 - ☐ ไม่เห็นด้วยกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ
 - ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ ไม่มี

7. เคยมีหน่วยงานใดมาประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบ้างหรือไม่

- ☐ มี ☐ ไม่มี

ภาคผนวก ก

แนวทางเวชปฏิบัติในโครงการควบคุมและป้องกัน
โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ของเขต 1
เรื่อง โรคเบาหวาน

แนวทางเวชปฏิบัตินี้เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในแนวทางเวชปฏิบัติไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำนี้ได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไป หรือมีเหตุผลที่สมควร โดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

เป้าหมายการควบคุมเบาหวาน

ในการรักษาโรคเบาหวานต้องควบคุมให้ตัวเคมีที่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากการขาดอินซูลิน หรือภาวะดื้อต่ออินซูลินให้กลับสู่ปกติ และหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคแทรกซ้อนเร็วขึ้น ในการควบคุมระดับกลูโคสเหมือนคนปกติ ตลอดเวลาทำได้ยาก และทำไม่ได้ในผู้ป่วยทุกราย หรือไม่จำเป็นในผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ดังนั้นในการรักษาโรคเบาหวาน ควรตั้งเป้าหมายในการควบคุม ควรจะทำเป็นอย่างไร เพื่อพยายามให้บรรลุ

วัตถุประสงค์ในการรักษาโรคเบาหวานที่สำคัญคือ

- รักษาอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
- ป้องกันและรักษาการเกิดโรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน
- ป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังทุกชนิด
- ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงกับคนปกติ
- ให้เด็กและวัยรุ่นมีการเจริญเติบโตเป็นปกติ
- ทั้งนี้ต้องระวังไม่เกิดภาวะน้ำตาลต่ำด้วย

มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสม สามารถลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน ลดความกังวล และลดค่ารักษาพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอย่างปกติสุขใกล้เคียงกับคนปกติ

เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีความชุกสูง และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ผู้ป่วยเบาหวานจึงควรได้รับการวินิจฉัยและดูแลตั้งแต่ระยะแรก และต่อเนื่องตลอดชีวิต การรักษาต้องการความร่วมมือระหว่างแพทย์ ตัวผู้ป่วยเองและทีมสุขภาพอื่นๆ โดยเน้นการรักษาในระดับ Primary medical care และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเมื่อมีปัญหาในการรักษา (ดังแสดงในตารางที่ 1) การรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลดังต่อไปนี้

การตรวจครั้งแรก

1. ประวัติ

- ประวัติที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน
- อาการเริ่มต้น
- ระยะเวลา
- อายุที่เริ่มเป็น
- ประวัติอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง ระบุ ตามัว มือชา เท้าชา บวม แผลหายยาก
- ประวัติของการได้รับการรักษามาก่อน หรือการควบคุมน้ำหนักสูงสุดและต่ำสุด และน้ำตาลในเลือดสูงสุดต่ำสุด
- ยาที่ได้รับ ยารักษาเบาหวาน หรือยาอื่น ๆ ที่ทำให้กลูโคสสูงหรือต่ำ เช่น glucocorticoid , ยาชุดลูกกลอน ยาชุดแก้ปวด ยาขับปัสสาวะและอื่น ๆ
- โรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ได้แก่ ความดันเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคระบบหลอดเลือดหัวใจ เกาต์ โรคตาและไต เนื่องจากผู้ป่วยโรคเหล่านี้มีโอกาสพบเบาหวานร่วมด้วย
- อาชีพ การดำเนินชีวิต การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา อุปนิสัยในการกิน ความเครียด พฤติกรรมการกิน อาหารและเศรษฐกิจ
- ประวัติครอบครัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดันเลือดสูง gout (เก๊าท์) , cerebrovascular accident (อัมพฤกษ์ อัมพาต) , coronary artery disease (โรคหัวใจขาดเลือดหรือโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ)

2. การตรวจร่างกาย

- น้ำหนัก ส่วนสูง body mass index (BMI)
- ความดันโลหิต
- ชีพจร
- ตาและจอตา *
- ระบบประสาท (neurological examination)*
- ผิวหนังและเท้า
- ตรวจเพื่อค้นหาโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อจอตา (retinopathy), ไต (Nephropathy), หัวใจและหลอดเลือด *

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตารางที่ 2)

- Fasting plasma glucose (ระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง) และ postprandial plasma glucose *(ระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังอาหาร 2 ชั่วโมง)
- Glycosylated haemoglobin (HbA1c หรือ HbA1c) หรือ fructosamine *
- Total cholesterol, triglyceride, HDL – cholesterol *
- Serum creatinine *
- ตรวจปัสสาวะ (urinalysis) *
- การเพาะเชื้อแบคทีเรียจากปัสสาวะ (ถ้าการตรวจทางกล้องจุลทรรศน์บ่งชี้การติดเชื้อแบคทีเรีย) *
- EKG (กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด หรือผู้ที่มีอาการบ่งชี้จากโรคหัวใจขาดเลือดหรือเป็นเบาหวานนานเกิน 10 ปีขึ้นไป) *
- ถ่ายภาพรังสีทรวงอก เมื่อเห็นสมควร *

(หมายเหตุ * แพทย์เป็นผู้ตรวจ)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (จากการคัดกรอง)

- เจาะเลือด (งดอาหาร) น้ำตาลในเลือด ↑ 126 มก./ดล. (ค่าปกติเท่ากับ 60-125 มก./ดล.) ให้การแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ภายใน 1 เดือน นัดตรวจซ้ำ
- น้ำตาลในเลือด (FPG) ↑ 200 มก./ดล.พบแพทย์ทันที

คัดกรอง

- ตรวจ Dextro stick ผู้มาตรวจอาจจะอดหรือไม่อดอาหาร พบน้ำตาลในเลือด $\uparrow$ 300²⁰⁰ มก./ดล. นัดตรวจ FPG $\uparrow$ 200 มก./ดล. ไม่มีอาการ 1-2 วันพบแพทย์
- งดอาหาร 8 ชม. น้ำตาลในเลือด FPG $\uparrow$ 126 มก./ดล. นัดทำ FBS ตรวจซ้ำภายใน 1 เดือน (นัด Follow up หลัง Diet control)
- ถ้าน้ำตาล FPG $\uparrow$ 200 มก./ดล. และมีอาการส่งพบแพทย์เพื่อให้การรักษ

หมายเหตุ $\uparrow$ หมายถึง ตั้งแต่ค่านี้ขึ้นไป

ตารางที่ 1 บทบาทและหน้าที่ของบุคลากรในสถานบริการระดับต่างๆ

ระดับของสถานบริการ	บทบาท	ประเภทของบุคลากรหลัก
สถานีอนามัยและ PCU	-ทะเบียนประวัติโรคเบาหวาน -ความดันโลหิตสูง -คัดกรองผู้ป่วยใหม่ / ให้สุศึกษา -ติดตามเยี่ยมบ้านส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพ กระตุ้นให้ไปรับบริการ -อย่างต่อเนื่องโดยการควบคุมของแพทย์ -กระตุ้นและส่งเสริมให้ออกกำลังกายและวิถีชีวิตโดยเฉพาะการบริโภคที่เหมาะสม -PCUที่ปรับปรุงแล้วสามารถเปิดคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามหลักเกณฑ์ที่โรงพยาบาลหลักกำหนด	พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
โรงพยาบาลชุมชน	-คัดกรอง วินิจฉัย ค้นหา โรคแทรกซ้อนและให้การรักษาระดับพื้นฐาน -และการสร้างเสริมสุขภาพ	-แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป -เภสัชกร -พยาบาล -เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ระดับของสถานบริการ	บทบาท	ประเภทของบุคลากรหลัก
โรงพยาบาลทั่วไป	คล้ายกับโรงพยาบาลชุมชน แต่มีความซับซ้อนมากกว่าในด้านการรักษาภาวะแทรกซ้อน รับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน	- อายุรแพทย์ทั่วไป, จักษุแพทย์/แพทย์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง - เภสัชกร - นักโภชนาการ - นักกายภาพบำบัด - นักสุขศึกษา - เจ้าหน้าที่ชันสูตร - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
โรงพยาบาลศูนย์	รับผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่สลับซับซ้อน	- แพทย์ระบบต่อมไร้ท่อหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวานและแพทย์สาขาอื่น ๆ เช่น ศัลยแพทย์ - จักษุแพทย์ แพทย์โรคไต - พยาบาล นักโภชนาการ - นักสุขศึกษา และวิทยาการเบาหวาน

ตารางที่ 2 เป้าหมายการควบคุมโรคเบาหวานโดยอาศัยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นเกณฑ์

การตรวจห้องปฏิบัติการ	หน่วย	ดี	ยังต้องปรับปรุง
Fasting plasma glucose	มก./ดล.	80-120	> 140
Postprandial glucose	มก./ดล.	80-160	> 180
HbA1C	%	< 7	> 8
Total cholesterol	มก./ดล.	< 200	> 250
LDL - cholesterol	มก./ดล.	< 100	> 130
HDL - cholesterol	มก./ดล.	> 45	< 35
Fasting triglycerides	มก./ดล.	< 200	> 400
Body mass index	กก./ม ²	20-25 ชาย	> 27
		19-24 หญิง	> 26
ความดันโลหิต	ทอร์ (มม.ปรอท)	≤ 130/89	> 160/95

การศึกษา

- ตั้งเป้าหมายระดับการควบคุมให้เหมาะสมกับอายุและสภาวะของผู้ป่วย
- ให้การศึกษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อน และครูในผู้ป่วยเด็ก
- แนะนำอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสม
- ส่งเสริมการดูแลตนเองและประเมินผลการรักษาด้วยตนเอง

การติดตามและประเมินผลการรักษา

- ตรวจร่างกายอย่างละเอียด อย่างน้อยปีละครั้ง
- ตรวจตาปีละครั้งโดยจักษุแพทย์
- วัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง
- ตรวจปัสสาวะ Proteinuria อย่างน้อยปีละครั้ง (ถ้าสามารถตรวจ microalbuminuria ได้ยิ่งดีแต่มีราคาแพง)
- ตรวจ Lipids profiles ถ้าครั้งแรกปกติ ควรตรวจซ้ำปีละครั้ง *
- ประเมินประสิทธิภาพในการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย (มีแบบฟอร์มประเมิน)
- เลิกบุหรี่และเลิกดื่มแอลกอฮอล์
- ประเมินคุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยรวม ดีขึ้น-เลวลง (ตามแบบฟอร์มการประเมิน)
- จะต้องส่งผู้ป่วยเบาหวานไปพบแพทย์อย่างน้อย 6 เดือนต่อครั้ง

การติดตามผลการรักษานี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรง และวิธีการรักษาในระยะแรกอาจจะต้องนัดผู้ป่วยทุก 1-2 สัปดาห์ เพื่อให้ความรู้ ปรับขนาดของยาจนกว่าจะควบคุมเบาหวานได้ตามเป้าหมาย และตรวจหาโรคแทรกซ้อนในระยะต่อไปทุก 6-12 เดือน และประเมินว่าการควบคุมได้ตามเป้าหมายหรือไม่ ผู้ป่วยติดตามการรักษาได้สม่ำเสมอ หรือมีอุปสรรคในการรักษาอย่างไร

การวินิจฉัยโรคและการจำแนกประเภทโรคเบาหวาน

1. วิธีการและเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวาน

ในผู้ใหญ่ (ยกเว้นหญิงตั้งครรภ์)

- ระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล. อย่างน้อย 2 ครั้งหรือ
- ระดับกลูโคสในพลาสมาเมื่อเวลาใดก็ได้ (random plasma glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน (ปัสสาวะมาก ดื่มน้ำมาก น้ำหนักตัวลดลง โดยไม่ทราบสาเหตุ) หรือ
- ระดับกลูโคสในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมง หลังการดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม (75 g. oral glucose tolerance test) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. อย่างน้อย 2 ครั้ง

2. การคัดกรองโรคเบาหวาน (ยกเว้นหญิงตั้งครรภ์)

- โรคเบาหวานในระยะแรกส่วนใหญ่จะไม่ก่อให้เกิดอาการผิดปกติ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานใหม่มีจำนวนไม่น้อยที่ตรวจพบโรคแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวานแล้ว ดังนั้นการคัดกรองหาโรคเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยงจึงมีความสำคัญเพื่อให้การวินิจฉัยและการรักษาโรคเบาหวานได้เร็วขึ้น
- การคัดกรองโรคเบาหวานแนะนำให้ใช้การตรวจพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose หรือ FPG) หรือใช้การตรวจความทนต่อกลูโคส 75 กรัมก็ได้ (75 g. OGTT) แต่การใช้ FPG จะสะดวก ง่าย และประหยัดกว่ามาก
- การแปลผลค่าพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (FPG)

FPG < 110 มก./ดล.	=	ปกติ
FPG 110-125 มก./ดล.	=	impaired fasting glucose (IFG)
FPG ≥ 126 มก./ดล.	=	โรคเบาหวาน
- การแปลผลค่าพลาสมากลูโคสที่ 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม (75 g. OGTT)

2 h - PG < 140 มก./ดล.	=	ปกติ
2 h - PG 140-199 มก./ดล.	=	impaired fasting glucose (IFG)
2 h - PG ≥ 200 มก./ดล.	=	โรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคและการจำแนกประเภทโรคเบาหวาน

1. วิธีการและเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวาน

ในผู้ใหญ่ (ยกเว้นหญิงตั้งครรภ์)

- ระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล. อย่างน้อย 2 ครั้งหรือ
- ระดับกลูโคสในพลาสมาเมื่อเวลาใดก็ได้ (random plasma glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน (ปัสสาวะมาก ดื่มน้ำมาก น้ำหนักตัวลดลง โดยไม่ทราบสาเหตุ) หรือ
- ระดับกลูโคสในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมง หลังการดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม (75 g. oral glucose tolerance test) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. อย่างน้อย 2 ครั้ง

2. การคัดกรองโรคเบาหวาน (ยกเว้นหญิงตั้งครรภ์)

- โรคเบาหวานในระยะแรกส่วนใหญ่จะไม่ก่อให้เกิดอาการผิดปกติ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานใหม่มีจำนวนไม่น้อยที่ตรวจพบโรคแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวานแล้ว ดังนั้นการคัดกรองหาโรคเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยงจึงมีความสำคัญเพื่อให้การวินิจฉัยและการรักษาโรคเบาหวานได้เร็วขึ้น
- การคัดกรองโรคเบาหวานแนะนำให้ใช้การตรวจพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose หรือ FPG) หรือใช้การตรวจความทนต่อกลูโคส 75 กรัมก็ได้ (75 g. OGTT) แต่การใช้ FPG จะสะดวก ง่าย และประหยัดกว่ามาก
- การแปลผลค่าพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (FPG)

FPG < 110 มก./ดล.	=	ปกติ
FPG 110-125 มก./ดล.	=	impaired fasting glucose (IFG)
FPG ≥ 126 มก./ดล.	=	โรคเบาหวาน
- การแปลผลค่าพลาสมากลูโคสที่ 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม (75 g. OGTT)

2 h - PG < 140 มก./ดล.	=	ปกติ
2 h - PG 140-199 มก./ดล.	=	impaired fasting glucose (IFG)
2 h - PG ≥ 200 มก./ดล.	=	โรคเบาหวาน

หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเบาหวานที่สำคัญที่สุดคือ ระดับ FPG ตั้งแต่ 126 มก./ดล.ขึ้นไป

ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป บวก 1 ปัจจัยเสี่ยง

- การคัดกรองโรคเบาหวานควรตรวจในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรค ซึ่งจะคัดกรองในประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป บวก 1 ปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1. อ้วน ($BMI \geq 25$ กก./ม²)
2. มีพ่อแม่ พี่หรือน้องเป็นโรคเบาหวาน
3. เป็นโรคความดันโลหิตสูง
4. เป็นโรคไขมันในเลือดผิดปกติ (Triglyceride ≥ 250 มก./ดล. หรือ HDL - cholesterol ≤ 35 มก./ดล.)
5. มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตร น้ำหนักตั้งแต่ 4 กิโลกรัมขึ้นไป
6. เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็น IGT หรือ IFG
7. มีอาการน่าจะเป็นเบาหวาน (อาการที่นำสงสัยเป็นเบาหวาน เช่น หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย กินจุ ผอมลง ค้นตามตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นแผลหายยาก ขาปลายมือปลายเท้า มดตอมปัสสาวะ)

3. การจำแนกประเภทโรคเบาหวาน

ยึดตามสหพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2540 ซึ่งจำแนกโรคเบาหวานออกเป็น 4 ชนิดดังนี้

- โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 DM) หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่เกิดจากการทำลายเบตาเซลล์ของ ตับอ่อน ส่วนใหญ่จะเกิดจาก autoimmune ส่วนน้อยจะไม่ทราบสาเหตุ โรคเบาหวานชนิดนี้ในที่สุดจำเป็นต้องใช้อินซูลิน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ ketoacidosis
- โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 DM) หมายถึง โรคเบาหวานที่เกิดจากภาวะดื้ออินซูลินร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อน
- โรคเบาหวานชนิดอื่น ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ทราบชนิดชัดเจน โรคของตับอ่อน ความผิดปกติของฮอร์โมน ยาหรือสารเคมี และอื่น ๆ
- โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หมายถึง โรคเบาหวานหรือความผิดปกติของความทนต่อกลูโคสที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์

เมื่อไรโรงพยาบาลจะให้ PCU รักษาคนไข้

เมื่อแพทย์ตรวจคนไข้ และผลเลือดพบ FBS < 160 มก./ดล. ติดต่อกัน 2 visit (1 ด./ 1 visit)

สำหรับยาที่ใช้ในการรักษา แล้วแต่การบริหารจัดการของ CUP

เมื่อไร PCU จะส่งคนไข้กลับไปโรงพยาบาล

1. เมื่อ PCU ดูแลรักษาคนไข้ ครบ 6 เดือน ส่งกลับโรงพยาบาล เมื่อตรวจสถานะ ตา ไต เท้า, ไขมัน
2. มี Complication น้ำตาล < 70 มก./ดล. (1 ครั้ง) และมีอาการน้ำตาลต่ำ เช่น วิงเวียน หน้ามืด เป็นลม อ่อนเพลียมากกว่าปกติ ให้หยุดยา พบแพทย์ ดูอาการ Vital signs ดู clinical ถ้าไม่มีอาการ หยุดยา รุ่งขึ้นอีกวันพบแพทย์
3. FPG ↑ 180 มก./ดล. 2 ครั้ง (2 visit) แต่ถ้าสูงเกิน 250 มก./ดล. ให้ส่งพบแพทย์เลย

ภาคผนวก ง

แนวทางเวชปฏิบัติในโครงการควบคุมและป้องกัน
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของเขต 1
เรื่องความดันโลหิตสูง

แนวทางเวชปฏิบัตินี้เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในแนวทางเวชปฏิบัติไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำนี้ได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไป หรือมีเหตุผลที่สมควร โดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

คำนิยาม

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ผู้ที่มีความดันโลหิต มีค่าเท่ากับ 140/90 มม.ปรอทหรือมากกว่า ของความดันโลหิตตัวบน หรือตัวล่าง

Isolated systolic hypertension หมายถึง ผู้ที่มีความดันโลหิตตัวบนมีค่าเท่ากับ 140 มม.ปรอท หรือมากกว่าและความดันโลหิตตัวล่างน้อยกว่า 90 มม.ปรอท

กลุ่มเป้าหมาย

เอกสารฉบับนี้มีไว้สำหรับช่วยแพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาความดันโลหิตสูง

วิธีวัดความดันโลหิต

- ให้ผู้ถูกวัด นั่งพักนานอย่างน้อย 5 นาที
- ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตที่เป็นชนิดปรอทหรือเครื่องมือชนิด digital ซึ่งได้รับการตรวจเช็คเป็นระยะ ๆ เทียบกับเครื่องมือวัดเป็นชนิดปรอท
- ใช้ arm cuff ซึ่งมีถุงลมขนาด 12-13 ซม. x 35 ซม. และใช้ arm cuff ที่ใหญ่ขึ้นหากแขนของผู้ถูกวัดใหญ่

- ให้ arm cuff ที่พันแขนนั้นอยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ
- เสียงแรกที่ได้ยิน (Phase I) เป็นค่าของความดันโลหิตตัวบน ใช้เสียงหาย (Phase V) เป็นค่าของความดันโลหิตตัวล่าง
- วัดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกัน 2 นาที และควรมานำเฉลี่ย ถ้าวัดความดัน 2 ครั้ง ต่างกัน เกิน 5 มม.ปรอท ควรวัดซ้ำใหม่
- วัดความดันโลหิตทั้ง 2 แขน ในการตรวจครั้งแรกและใช้ค่าความดันโลหิตของแขนที่สูงกว่า

สำหรับความดันโลหิตนั้นมีความเปลี่ยนแปลงเสมอ ควรวัดหลายครั้งหลายวาระ และควรวัดความดันโลหิตทั้งที่นั่ง ทำยืน ในผู้ป่วยบางประเภท เช่น สูงอายุ เบาหวาน เป็นต้น เพื่อตรวจดู Orthostatic hypotension แพทย์เป็นผู้ยืนยันว่าคุณคนนั้นมีค่าความดันโลหิตสูงจริง

ตารางที่ 1 ความดันโลหิตในระดับต่าง ๆ ตามความรุนแรงในผู้ใหญ่

ระดับความดันโลหิต *	ความดันโลหิต (มม.ปรอท)
Grade 1 (mild)	140 – 159 / 90 – 99
Grade 2 (moderate)	160 – 179 / 100 – 109
Grade 3 (severe)	≥ 180 / ≥ 110

* เมื่อวัดความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างอยู่ในระดับรุนแรงต่างกันให้ถือตัวระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์

* ความดันโลหิตสูง เมื่อพบร่วมกับโรคเบาหวาน จะถือว่าเป็นความดันโลหิตสูง Grade 3 (severe) ทุกกรณี

กรณีการตรวจคัดกรอง

Grade 1 รอบปรับพฤติกรรม นัดพบแพทย์ทุก 6 เดือน

Grade 2 พบแพทย์

Grade 3 พบแพทย์ทันที

สำหรับ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่วัดความดันโลหิตนั้น ถ้าพบบุคคลมีความดันโลหิตในระดับที่ 2, 3 ควรต้องส่ง PCU เพื่อยืนยันว่าเป็นความดันโลหิตสูงและรักษา แต่ถ้าวัดความดันโลหิตสูงในระดับที่ 1 อสม. ควรส่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข / PCU / สถานีอนามัยวัดซ้ำทุก 1 เดือน เป็นเวลา 3 เดือน ถ้าพบว่าสูง ส่งพบแพทย์เพื่อยืนยันเป็นความดันโลหิตสูง

เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าบุคคลนั้นเป็นความดันโลหิตสูง ควรทำต่อไปนี้ คือ ค้นหาปัจจัยเสี่ยง ความเสื่อมของอวัยวะ (target organ damage = TOD) โดยตรวจร่างกายซึ่งมีสมอง นัยน์ตา หัวใจ ไต หลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ กลาง และภาวะอื่น ๆ ทางคลินิก (associated clinical conditions = ACC)

หมายเหตุ ตาราง TOD, ACC ดูในภาคผนวก

เมื่อไรแพทย์ส่งกลับไปรักษาต่อ PCU

ผลการรักษาคุมความดันโลหิตได้ดี B.P ไม่เกิน 140/90 มม.ปรอท ติดต่อกันอย่างน้อย 2-3 เดือน ส่วนการรักษาใน PCU ดำเนินการตามที่ CUP แต่ละแห่ง จัดสรรยาให้โดยการบริหารจัดการของ CUP กันเอง

กรณีที่มีโรคแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคหัวใจ ไตวาย อัมพฤกษ์ อัมพาต แพทย์จะเป็นผู้รักษาเองและตัดสินใจว่าจะส่งไปให้ PCU หรือไม่

ในกรณีผู้ป่วยอยู่ในกลุ่ม High risk หรือ very high risk ไม่ควรส่ง

เมื่อไร PCU จะส่งคนไข้กลับ โรงพยาบาล

พบแพทย์ 4-6 เดือนครั้ง

- | | | |
|-----------|-----------|------------|
| - Grade 1 | (3 visit) | ส่งพบแพทย์ |
| - Grade 2 | (2 visit) | ส่งพบแพทย์ |
| - Grade 3 | (1 visit) | ส่งพบแพทย์ |

ส่งพบแพทย์เมื่อมีโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคไตวาย โรคอัมพฤกษ์/ อัมพาต

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. ตรวจปัสสาวะ ดู protein , sugar , cell
2. ตรวจเลือด (serum) ดู Fasting plasma glucose, creatinine , potassium ,sodium , Electrolyte,cholesterol , Triglyceride , HDL - cholesterol
3. EKG
4. chest X-ray เพื่อช่วยวินิจฉัย plaque ที่ aorta ภาวะหัวใจล้มเหลว

การรักษาความดันโลหิตสูง

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lifestyle modification) โดยทั่วไปคือ งดสูบบุหรี่ งด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายและการเลือกบริโภคอาหารเช่น รับประทานอาหารจำพวก ปลา และอาหารที่มีเส้นใย (fiber) เช่น ผัก ผลไม้และลดอาหารที่มีไขมันมาก เช่น ไขมันจากหมู ไก่ หนังหมู หนังไก่
2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความดันโลหิตสูง
 - 2.1 ลดน้ำหนัก (5 กิโลกรัม threshold ; 10 กิโลกรัม ลดความดันโลหิตได้ ประมาณ 10 / 8 มม.ปรอท)
 - 2.2 ลดการรับประทานอาหารเช้า ซึ่งลดความดันโลหิตได้ประมาณ 12/10 มม.ปรอท แต่การตอบสนองนั้นต่างกัน (ทั่วไปน้ำปลา 10 ml. = 2.3 กรัมของโซเดียม = 10 mmol Na แต่ในเนื้อสัตว์นั้นโซเดียมด้วย เป้าหมายรับประทานโซเดียม 100 mmol. /วัน)
 - 2.3 เพิ่มการออกกำลังกาย 30 -45 นาที 4 ครั้งต่ออาทิตย์ ซึ่งสามารถลดความดันโลหิต 8/4 มม.ปรอท และช่วยลดน้ำหนัก
 - 2.4 เพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้
 - 2.5 ผ่อนคลายความเครียด

3. รักษาความดันโลหิตสูงด้วยยา

เป้าหมายของการลดความดันโลหิตสูง ลดช้า ๆ ให้ความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท โดยผู้ป่วยไม่มีอาการข้างเคียงจากยาลดความดันโลหิต

ตารางที่ 2 ยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูง

Drug	Dose mg./day*	Doses*	Special consideration
1. Diuretics			
- Hydrochlorothiazide	12.5-25	1	ใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่บวม กินเค็ม ผู้สูงอายุ Systolic hypertension
- Furosemide	20-500	1-2	ใช้ได้ดีในหัวใจล้มเหลว ไตวาย
2. Adrenergic inhibitors			
2.1 Betablocker			ใช้ได้ดีใน CAD, tachycardia ไม่ใช่ใน asthma, heart block
- Atenolol	25-100	1	
- Metoprolol	50-200	1-2	Bradycardia และ frank overt heart
- Propranolol	40-240	2 (for HT)	Failure
2.2 Antiadrenergic agents			
- α Methyldopa	250-2,000	2-4	ใช้ได้ดีในหญิงมีครรภ์
- Clonidine	0.075-0.3	1-2	ใช้ได้ดีในนอนไม่หลับ แต่ถ้าหยุดยา ทันทีอาจเกิด hypertensive crisis
- Reserpine	0.1-0.5	1-2	ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ ไม่ควรใช้ ในผู้ป่วยที่มีแผลในกระเพาะอาหาร
2.3 Alpha - 1 blocker			
- prazosin	1-20	2	เริ่มครั้งแรกไม่เกิน 1 มิลลิกรัมและควร ให้กินก่อนนอน ใช้ได้ดีในผู้ที่มีต่อมลูก หมากโต
3. ACE inhibitors			
- Captopril	12.5 -100	2-3	ใช้ได้ดีในหัวใจล้มเหลว เบาหวาน
- Enalapril	2.5 - 40	1-2	ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยได้ยา K-sparing diuretics N-SAIDS, antacil ห้ามใช้ในหญิงมี ครรภ์, hyperkalemia, Cr > 3 มก/ดล.

Drug	Dose mg./day*	Doses*	Special consideration
			Bilateral renal art, stenosis, renal art. Stenosis of a solitary kidney อาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือไอแห้ง ๆ
4. Calcium antagonists			
4.1 Non-dihydropyridine			
- Diltiazem	90-360	3-4	อาจทำให้เกิด heart block โดยเฉพาะ
- Verapamil	80-480	2-3	อย่างยิ่งใช้ร่วมกับ beta blocker ระวัง
(Verapamil SR)	120-480	1-2	heart failure
4.2 Dihydropyridine			อาจทำให้บวมได้
- Amlodipine	2.5-10	1	
- Nifedipine retard	20-40	2	
5. Direct vasodilators			
- Hydralazine	20-200	2-4	ไม่ควรใช้ใน autoimmune disease
6. ARB (Angiotensin Receptor Blockers)			
- Diovan	40-320	1	.ใช้ได้คล้ายกับ ACE Inhibitors แต่มี อาการข้างเคียง ใช้น้อยกว่า แต่ห้ามใช้ ARB + ACE Inhibitor + Beta Blockers รวมกันพร้อมทีเดียว 3 ตัว เพราะได้ผลไม่ดีแต่ใช้ 2 ตัวร่วมกันได้

* ขนาดของยาและจำนวนครั้งต่อวัน นั้นปรับตามมติของคณะกรรมการ ยาทุกตัวมี local made
ยกเว้น clonidine ซึ่งราคาสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่พิจารณาส่งต่อ (refer)

1. ความดันโลหิตควบคุมไม่ได้ตามเกณฑ์
2. เมื่อแพทย์คิดว่าน่าจะมีสาเหตุทำให้เกิดความโลหิตสูง
3. Hypertension in pregnancy (ควรส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีสูตินรีแพทย์)



ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด	Target organ damage (TOD)	Associated
1.risk stratification - ความดันโลหิตสูง (ระดับ 1-3) - เบาหวาน - อายุชาย > 45 ปี หญิง > 55 ปี - สูบบุหรี่ - total cholesterol > 240 มก/ดล. - HDL cholesterol < 40 มก/ดล. - ประวัติครอบครัวของ premature CVD * (stroke , MI ^ε ,death) ชาย < 55 ปี ,หญิง < 65 ปี 2. ปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการพยากรณ์โรค - LDL Cholesterol สูง - Microalbuminuria - Impaired glucose tolerance - อ้วน (BMI ^θ > 25.0) - Sedentary lifestyle - High-risk socioeconomic group	- LVH ^α - Proteinuria - Creatinine 1.2-2.0 มก/ดล. - พบ atherosclerotic Plaque (Carotid , iliac and femoral Arteries, aorta) - narrowing of retinal Arteries	- Cerebral ^μ art disease - ischemic and hemorrhagic stroke - transient ischemic attack (TIA) - Cardiac disease - coronary art.disease - heart failure - Renal disease - renal failure (Cr > 2.0 มก./ดล. - Vascular disease -dissecting aortic aneurysm - symptomatic arterial disease - Ophthalmologic disease - severe hypertensive retinopathy - hemorrhage , exudatives - papilledema

CVD * = cardiovascular disease , MI ^ε = myocardial infraction , - LVH^α = left ventricular hypertrophy , ^μart = artery , BMI ^θ = Body Mass Index

การแบ่งผู้ป่วยตามความเสี่ยงและการพยากรณ์โรค

ปัจจัยเสี่ยงและโรคอื่น ๆ	ความดันโลหิตสูง (มม.ปรอท)		
	Grade 1 (mild) BP*=140-150/ 90-99	Grade 2 (moderate) BP = 160-179/ 100-109	Grade 3 (severe) BP ≥ 180/110
ไม่มีปัจจัยเสี่ยง	Low risk	Medium risk	High risk
1-2 ปัจจัยเสี่ยง	Medium risk	Medium risk	Very high risk
ปัจจัยเสี่ยง > 3 หรือเป็น เบาหวาน หรือมี TOD	High risk	High risk	Very high risk
ACC	Very high risk	Very high risk	Very high risk

ผลของความดันโลหิตและประโยชน์ที่ได้จากการควบคุมความดันโลหิต

กลุ่มผู้ป่วย	ความเสี่ยง (CVD) ในเวลา 10 ปี	ผลการรักษา (CVD events ที่ ป้องกันได้ต่อ 1,000 patients year)	
		10/5 มม.ปรอท	20/10 มม.ปรอท
Low risk	< 15 %	< 5	< 9
Medium risk	15-20 %	5-7	8-11
High risk	20-30 %	7-10	11-17
Very high risk	> 30 %	> 10	> 17

แผนภูมิแนวทางในการพิจารณาใช้ยาลดความดันโลหิต ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง





คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๑/๑๑๓๕

ชื่อโครงการ

กรณีศึกษา: การใช้แนวทางเวชปฏิบัติ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน
และโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน

เลขที่โครงการ/รหัส

ID ๑๑-๕๑-๕๒ ข

ชื่อหัวหน้าโครงการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล

ที่ทำงาน

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ แสดงถึง
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล)

วันที่รับรอง

๑๓ มกราคม ๒๕๕๒



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

**Documentary Proof of Ethical Clearance Committee on Human Rights
Related to Researches Involving Human Subjects
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University**

MURA2008/1139

Title of Project Case Study : Usage of Clinical Practice Guideline Caring of Patient
with Diabetes and Hypertension at Primary Care Unit

Protocol Number ID 11-51-52

Principal Investigator Asst. Prof. Dr. Wantana Maneesriwongul

Official Address Department of Nursing
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital
Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Secretary

**Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects**


.....
Assoc. Prof. Duangrudee Wattanasirichaigoon, M.D.

Signature of Chairman

**Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects**


.....
Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.

Date of Approval

January 13, 2009

หนังสือใบยินยอมในการเก็บข้อมูล



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ภูมิศึกษา : การใช้แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงใน

ศูนย์สุขภาพชุมชน

ชื่อผู้วิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล รองศาสตราจารย์ สุปาณี เสนาดีสัย และ

นางอมรรัตน์ สุขสุวรรณ

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย อายุ

เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว ได้

ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสียที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีข้อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ (ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ (แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมนี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

- ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ นางอมรรัตน์ สุขสุวรรณ
วัน เดือน ปี เกิด วันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2508
สถานที่เกิด อำเภอศรีมหาโพธิ์ จังหวัดปราจีนบุรี
ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท สระบุรี
(พ.ศ. 2527-2529)
ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์(ระดับต้น)
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ (พ.ศ. 2534 - 2536)
พยาบาลศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ. 2549 - 2553)
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 34/196 หมู่ 1 ต.บางกระสั้น อ.บางปะอิน
จ.พระนครศรีอยุธยา
เบอร์โทรศัพท์ (087)5536102
E-mail: suksuwana@yahoo.co.th
ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ โรงพยาบาลบางปะอิน
อ.บางปะอิน จ. พระนครศรีอยุธยา
เบอร์โทรศัพท์ (035)261173-4 ต่อ 111
E-mail: suksuwana@yahoo.co.th