

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี*

วิทวัส โล่ห์สุนทร*

บทคัดย่อ

หน่วยบริการปฐมภูมิถือเป็นสถานบริการหลักสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่สถานบริการประเภทนี้จึงมีความสำคัญยิ่ง บทปริทัศน์นี้เป็นการนำเสนอประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ อันประกอบด้วยเป้าหมายและการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน, การจัดองค์กรหน่วยบริการ การศึกษา การฝึกอบรมและทักษะของคณะบุคลากรแพทย์. จากนั้นเป็นการกล่าวถึงสถานการณ์การจัดการดูแลโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ, ปัจจัยทำนายคุณภาพการดูแลและอุปสรรคในการดูแลโรคเบาหวาน รวมทั้งตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินและกลยุทธ์การเพิ่มคุณภาพการดูแลโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ.

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน, การดูแลรักษา, หน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

Diabetes Care in a Primary Care Unit

Wiroj Jiamjarasrangsri*, Vitool Lohsunthorn*

*Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok

Primary care providers have the pivotal role in the care of people with diabetes; therefore, improving care in this setting is an imperative. This review illustrated issues concerning diabetes management in primary care including the following: aim and provision of diabetes care; organization of care; and education, training and skill of the health-care team. The situation of diabetes management in primary care, both in Thailand and other countries, predictors of high-quality care, and barriers to control of diabetes were described. Suggested indicators for auditing the quality of diabetes care and the strategies utilized for improving diabetes management in primary care were also described.

Key words: diabetes mellitus, diabetes care, primary care unit

ภูมิหลังและเหตุผล

ปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในลำดับต้น ๆ ของประเทศไทย และมีแนวโน้มที่จะมีขนาดปัญหาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในอนาคต. ในปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยประมาณ ๓.๔-๔.๓ ล้านราย หรือร้อยละ ๕.๔-

๖.๙ ของประชากร และประมาณการว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น ๔.๙-๖.๒ ล้านรายในปีพุทธศักราช ๒๕๕๒^(๑). ทั้งนี้เนื่องจากประชากรของประเทศมีอายุยืนขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต โดยมีการบริโภคอาหารที่มีไขมัน น้ำตาลและพลังงานสูง ร่วมกับการมีการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง.

*ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร



ในต่างประเทศ หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ถือเป็นสถานบริการหลักสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน. ผู้ป่วยกว่าร้อยละ ๘๐ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชปฏิบัติในสถานบริการประเภทนี้ มีเพียงไม่ถึงร้อยละ ๒๐ ที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง^(๒-๔). ดังนั้นการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่สถานบริการประเภทนี้จึงมีความสำคัญยิ่งในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและเป็นผลดีต่อสุขภาพในระยะยาวของผู้ป่วย.

ขอบเขตการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ประเทศไทยยังไม่มีข้อกำหนดขอบเขตการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างชัดเจน. ในบทความนี้จึงนำเสนอข้อมูลจากเอกสาร “ข้อเสนอแนะเพื่อการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ” ของประเทศอังกฤษ^(๓) ดังนี้

เป้าหมายการดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีเป้าหมายทั่วไป คือ ทำให้นุคคลเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตและอายุขัยใกล้เคียงกับประชากรทั่วไปของประเทศ โดยมีเป้าหมายเฉพาะดังนี้

- ประชากรของประเทศทุกคนจะต้องมีโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการด้านการป้องกันและรักษาโรคเบาหวาน รวมทั้งกลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่าง ๆ เช่น ผู้ยากไร้, ชนกลุ่มน้อย, ผู้อยู่ในสถานที่จำกัดต่าง ๆ.

- กลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ควรได้รับการสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดโอกาสหรือชะลอระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวาน. ทั้งนี้เนื่องจากมีข้อมูลทางวิชาการสนับสนุนอย่างชัดเจนว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร, การออกกำลังกาย, การลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน สามารถลดความเสี่ยงหรือยืดระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ได้.

- ผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาแต่แรกเริ่มของโรค. ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินการเช่นนี้จะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในระยะยาวได้.

- ผู้เป็นโรคเบาหวานควรได้รับการรักษาที่มีคุณภาพเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดใกล้เคียงกับภาวะปรกติให้มากที่สุดเพื่อ (๑) ลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดขนาดเล็ก (micro-vascular complication) เช่น โรคจอตาเหตุเบาหวาน, โรคไตเหตุเบาหวาน, ภาวะเส้นประสาทเสื่อมเหตุเบาหวาน, (๒) ลดอาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน, (๓) หลีกเลี่ยงภาวะฉุกเฉินทางเมแทบอลิซึม (ภาวะเลือดพร่องน้ำตาล และคีโตนเอซิดอสิส).

รวมทั้งมีการเฝ้าระวังและลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (หากมี) โดยการแนะนำให้เลิกบุหรี่, ควบคุมน้ำหนักตัว และออกกำลังกาย.

- ผู้ป่วยเบาหวานมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยการจัดการสุขภาพและการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับศักยภาพและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งคำนึงถึงวิถีชีวิต, วัฒนธรรม และความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วย. นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องได้รับการเสริมพลังในการแสวงหาประโยชน์อย่างสูงสุดจากบริการสุขภาพต่าง ๆ ที่มีอยู่.

- ผู้ป่วยได้รับการตรวจติดตามเฝ้าระวังเพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและได้รับการรักษาที่เหมาะสมแต่แรกเริ่ม โดยการตรวจตา, การทำงานของไต, ระบบประสาทส่วนรอบ, และทำอย่างสม่ำเสมอ และได้รับการปฏิบัติรักษาอย่างทันท่วงที.

ประเภทผู้ป่วย

ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการดูแลที่หน่วยบริการปฐมภูมิ. อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยบางกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ได้แก่

- ผู้ป่วยเด็กหรือวัยรุ่น
- ผู้ป่วยสตรีที่วางแผนการตั้งครรภ์หรือกำลังมีครรภ์
- ผู้ป่วยที่ต้องได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาล, การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน.

- ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชซับซ้อน.

การจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

การดูแลรักษาโรคเบาหวานต้องให้รูปแบบที่ผู้ป่วยเป็น

ศูนย์กลางและมุ่งเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง. บุคลากรแพทย์ควร (๑) สนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการโรคเบาหวานของตนเองได้และสนับสนุนให้มีหรือดำรงไว้ซึ่งวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพ, และ (๒) สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเลือก แสดงความคิดเห็น และสามารถควบคุมความเป็นไปในแต่ละขั้นตอนของการดูแลรักษา. นอกจากนี้บิดามารดา/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรมีส่วนร่วมในกระบวนการนี้อย่างเต็มที่.

(ก) เพื่อเป็นการสนับสนุนและกระตุ้นให้มีการดูแลและจัดการตนเอง บุคลากรแพทย์ควร

- ดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยความให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย.
- ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการติดต่อที่บุคลากรแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยและหากเป็นไปได้ควรมีบุคลากรผู้หนึ่งเป็นบุคคลหลักที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อได้.
- ให้การดูแลรักษาที่มีคุณภาพสูงและทบทวนความต้องการด้านเวชกรรมและด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ.
- ตอบคำถามทุกคำถามเกี่ยวกับคุณภาพของบริการ.
- ให้ข้อมูลและจัดการสุขภาพอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการดูแลโรคเบาหวานและบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ในท้องถิ่น.
- ติดตามสภาพปัจจุบันของโรคและการดูแลรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้ผู้ป่วยทราบสภาพในปัจจุบันของตน.
- เอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถแสวงหาความเห็นจากแพทย์ผู้อื่น (หากผู้ป่วยต้องการ).

(ข) หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วยเบาหวาน

- ควบคุมโรคเบาหวานของตนเองให้มากที่สุดแบบวันต่อวัน.
- เรียนรู้และปฏิบัติกรดูแลตนเอง โดยการจัดการด้านอาหาร, การออกกำลังกาย และการใช้ยา. การตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหรือในปัสสาวะ และการตัดสินใจด้านการดูแลตนเองควรเป็นไปตามทางเลือกที่ได้รับการแนะนำ.
- ตรวจสอบตัวเองเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอหรือให้ผู้

อื่นตรวจให้.

- ทราบวิธีการจัดการกับโรคเบาหวานและทราบว่าเมื่อใดควรแสวงหาความช่วยเหลือ เช่น เมื่อมีการติดเชื้อทางหายใจ, เป็นหวัด, อุจจาระร่วงหรืออาเจียน.
- นำคำแนะนำที่ได้รับจากคณะผู้ดูแลรักษามาใช้ในชีวิตประจำวันของตน.
- ติดต่อสื่อสารกับคณะผู้ดูแลรักษาอย่างสม่ำเสมอ.
- ชักถามข้อสงสัยต่างๆ ในระหว่างการพบแพทย์หรือคณะผู้ดูแลสุขภาพอื่น ๆ.
- มาตรฐานนัดและแจ้งเลื่อนนัดหากไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้.

การจัดองค์กร

ขั้นตอนแรกในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน คือ การค้นหาและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานในการดูแลทั้งหมด รวมทั้งผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคนี้สูง. ทะเบียนผู้ป่วยนี้ควรอยู่ในรูปอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งสะดวกและมีประโยชน์ในการติดต่อหรือเรียกดู.

- ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน เช่น ผู้ที่มีภาวะดื้ออินซูลิน เพื่อที่จะสามารถให้การสนับสนุนช่วยเหลือด้านการเฝ้าระวังและลดความเสี่ยงโรคเบาหวาน.
- ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน เพื่อการติดตามทบทวนอย่างสม่ำเสมอ.
- ผู้ป่วยที่มีได้มาตรฐานนัด.

ขั้นตอนต่อมาหน่วยบริการควรจัดทำหรือนำคู่มือแนวทางปฏิบัติรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีอยู่แล้วมาเป็นแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานของตน. ประเด็นที่ควรบรรจุในคู่มือแนวทางปฏิบัติควรประกอบด้วย

- การป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยการมีระบบในการค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน และให้คำแนะนำในการลดความเสี่ยงโรคด้วยการควบคุมอาหาร, น้ำหนักตัว และการออกกำลังกาย.
- การค้นหาและวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคนี้.



• การประเมินและการดูแลขั้นต้นเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน.

- การให้ความรู้ขั้นต้นและในระยะต่อไปอย่างต่อเนื่อง.
- การให้คำแนะนำด้านโภชนาการ.
- การดูแลรักษาในระยะยาว.

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานรายบุคคลควรประกอบด้วย

- แผนการดูแลรักษาที่คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีความจำเพาะเป็นรายบุคคล และผู้ป่วยเห็นชอบด้วย.
- ชี้อนุเคราะห์แพทย์ที่เป็นบุคคลหลักสำหรับผู้ป่วยโดยผู้ป่วยและญาติจะต้องทราบว่าติดต่อสอบถาม ขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำได้จากผู้ใด.

การศึกษา ฝึกอบรม และทักษะของบุคลากรแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

คณะผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิควรได้รับการอบรม

• ทักษะด้านการสื่อสาร รวมทั้งทักษะในการให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรม เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเพื่อทำความเข้าใจหรือต่อรองการกำหนดเป้าหมายการปรับพฤติกรรม.

• การจัดการสุขศึกษา, การให้ข้อมูล และการสนับสนุน รวมถึงความสามารถในการถ่ายทอดองค์ความรู้, แรงบันดาลใจ และทักษะการดูแลตนเองที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยรับผิดชอบการดูแลรักษาตนเอง.

• การตรวจและวินิจฉัย รวมทั้งการตรวจหาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

• การดูแลรักษาทางเวชกรรม ประกอบด้วย

- การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า เป็นโรคเบาหวาน

- การรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ ๑
- การรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ ๒
- การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวาน

- การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย การ

ควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย, การช้ยาเกิน, การใช้อิน-
สุลิน และการดูแลรักษาโรคเบาหวานในช่วงที่มีการเจ็บป่วย
อื่น ๆ ร่วมด้วย.

- การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น ภาวะเลือดพร่องน้ำตาล และคีโตนแอคิโดสิส.

- การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เช่น โรคจอตาเหตุเบาหวาน.

- ภาวะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด, การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ.

- การบันทึกและจัดการข้อมูล, การบำรุงรักษาข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล, ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน, ระบบการติดต่อผู้ป่วยและเรียกดูข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน.

ควรมีการจัดสรรเวลาและงบประมาณอย่างเพียงพอให้บุคลากรทุกคนในหน่วยบริการปฐมภูมิศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ.

แนวทางการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จะต้องมีการตรวจประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินความก้าวหน้าทั้งระยะสั้นและระยะยาวเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของประเทศในด้านเหล่านี้ คือ

- ความชุกของโรคเบาหวาน
- กระบวนการดูแลผู้ป่วย
- ความชุกของปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และตัวชี้วัดภาวะแทรกซ้อนระยะหลังอื่นๆของโรคเบาหวาน.
- ผลลัพธ์ระยะฉับพลันและระยะสั้นของการดูแลรักษา.
- ผลลัพธ์ระยะยาวของการดูแลรักษา.

ตัวชี้วัดที่เสนอแนะให้นำมาใช้ประกอบการประเมินคุณภาพมีดังตารางที่ ๑

นอกจากนี้ ยังมีตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ตารางที่ ๑ ตัวชี้วัดคุณภาพกระบวนการและผลลัพธ์การดูแลรักษา

<p>(ก) ตัวชี้วัดคุณภาพกระบวนการดูแลรักษา ระดับความครอบคลุมของการค้นหาและวินิจฉัยโรค</p>	<p>ความชุกของโรคเบาหวานที่วินิจฉัยแล้วเปรียบเทียบกับความชุกที่คาดหมายหรือประมาณการ (โดยคำนึงถึงโครงสร้างอายุและเชื้อชาติของประชากรในการดูแลของหน่วยบริการแล้ว)</p>
<p>ความครอบคลุมของการตรวจประจำปี</p>	<p>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินต่อไปในรอบปีที่ผ่านมา</p> <ul style="list-style-type: none"> • คัดชนีมวลกาย • การจัดการด้านโภชนาการ • การสูบบุหรี่ • การตรวจปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ • การตรวจปริมาณแอลบูมินขนาดจิ๋วในปัสสาวะ • ความดันโลหิต • ระดับ HbA1c • ระดับครีเอทีนินในเลือด • ระดับไขมันในเลือด • การตรวจภาวะจอตาเสื่อม • การตรวจเท้า
<p>ความพึงพอใจของผู้ป่วย</p>	<p>การวัดระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยด้านการดูแลรักษา โดยการสำรวจด้วยแบบสอบถาม</p>
<p>(ข) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดูแลรักษา คุณภาพชีวิตและความผาสุก</p>	<p>การวัดความผาสุกด้านจิตใจและร่างกาย ระดับความรู้ด้านโรคเบาหวานและความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้แบบสำรวจ/แบบสอบถาม</p>
<p>การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความชุกของปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c ในช่วงที่ยอมรับได้ (<๗.๕%) • ร้อยละของผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกาย > ๒๕ กก./ตร.ม. • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีแรงดันเลือดสูง (๑๕๐/๘๐ มม.ปรอท) • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูง (๒๐๐ มก./ค.ล.) • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับโคเลสเตอรอลความแน่นต่ำสูง (๑๐๐ มก./ค.ล.) • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูง (๑๕๐ มก./ค.ล.)
<p>ตัวชี้วัดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ร้อยละของผู้ป่วยภาวะปัสสาวะมีโปรตีน/มีไมโครแอลบูมิน • ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจอตาเสื่อมด้วยแสงเลเซอร์ • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภูมิหลังและสายตาเสื่อมเหตุจอตา • ร้อยละของผู้ป่วยใช้ชีพรเท้า • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรู้สึกสั่นเสทือนลดลง • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรู้สึกเข็มแทงลดลง • ร้อยละของผู้ป่วยที่เท้ามีแผล
<p>ผลลัพธ์ระยะกลาง</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บหัวใจ • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะ claudication • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นประสาทเสื่อม • ร้อยละของผู้ป่วยชายที่มีภาวะลึงค์ไม่แข็งตัว
<p>ผลลัพธ์ระยะยาว</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมอง • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะสายตาศึกการ • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะสายตาศึกการรุนแรง • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะไตล้มเหลวระยะสุดท้าย • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการตัดขาต่ำกว่าหรือสูงกว่าข้อเท้า



ที่เสนอโดยประเทศและหน่วยงานต่าง ๆ เช่น Diabetes Quality Improvement Project (DQIP) ของประเทศสหรัฐอเมริกา^(๔) และตัวชี้วัดของประเทศต่าง ๆ ในทวีปยุโรป^(๕).

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการสำรวจคุณภาพบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศอังกฤษ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งโรคเบาหวาน คือ ระยะเวลาการพบแพทย์/บุคลากรแพทย์, ขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิ, สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของพื้นที่ตั้งหน่วยบริการ และความกลมเกลียวของคณะบุคลากรแพทย์^(๖).

โดยพบว่าการมีเวลาพบและหารือแพทย์/บุคลากรแพทย์นาน ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงขึ้น.

สำหรับขนาดของหน่วยบริการนั้นพบว่าหน่วยบริการขนาดเล็กผู้ป่วยจะเข้าถึงบริการได้ง่ายกว่า แต่สำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานนั้นหน่วยบริการขนาดใหญ่มีคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าหน่วยบริการขนาดเล็ก. ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความซับซ้อนและต้องดูแลโดยคณะบุคลากรแพทย์หลากหลายสาขา.

ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการนั้น พบว่าย่านที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำนั้นจะมีการมาใช้บริการด้านการป้องกันโรคน้อยกว่าย่านที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่า. อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่าที่ตั้งหน่วยบริการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในด้านอื่น ๆ.

ส่วนความกลมเกลียวของคณะบุคลากรแพทย์นั้น พบว่ามีความสัมพันธ์ทั้งกับคุณภาพบริการ, การเข้าถึงบริการ, ความต่อเนื่องของบริการ และความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วย, ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับตัวชี้วัดคุณภาพบริการทุกด้าน.

นอกจากนี้ ผลการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกายังพบว่าการนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในการจัดการระบบข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ก็มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สูงขึ้นเช่นกัน.

คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน

สถานการณ์ในต่างประเทศ

การสำรวจศูนย์บริการสุขภาพชุมชน ๕๕ แห่งในภาคตะวันตกกลางของประเทศสหรัฐอเมริกาใน พ.ศ. ๒๕๔๘ โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ ๗๐ ได้รับการตรวจ HbA1c ประจำปี, ร้อยละ ๒๖ ได้รับการตรวจตาประจำปี, ร้อยละ ๖๖ ได้รับคำแนะนำ/มาตรการด้านอาหาร, และร้อยละ ๕๑ ได้รับการตรวจเท้า. ค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1c เท่ากับร้อยละ ๘.๖. กล่าวโดยสรุป คือ มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์บริการสุขภาพชุมชนค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดโดยสมาคมเบาหวานอเมริกัน. การนำแนวทางเวชปฏิบัติมาใช้ประกอบการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ^(๗).

การสำรวจแพทย์หน่วยบริการปฐมภูมิ ๘๕ คน ใน พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๕ ในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่เฉลี่ย ๓๒.๖ รายต่อเดือน โดยใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์และการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย^(๘) พบว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ คือ ในระหว่างผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมาประมาณ ๔ ปีโดยเฉลี่ยร้อยละ ๔๗.๕ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอย่างน้อย ๑ อย่าง, ค่าเฉลี่ย HbA1c เท่ากับร้อยละ ๗.๖ ± ๑.๗๓ และร้อยละ ๔๐.๕ มีระดับ HbA1c ต่ำกว่าร้อยละ ๗, มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ ๓๕.๓ ที่ควบคุมแรงดันเลือดได้ดี (<๑๓๐/๘๕ มม.ปรอท) และร้อยละ ๔๓.๗ มีระดับไขมันเลว (คอเลสเตอรอล) ความแน่นต่ำต่ำกว่า ๑๐๐ มก./ดล. โดยมีเพียงร้อยละ ๗.๐ ที่สามารถควบคุมเป้าหมายการรักษาทั้ง ๓ ด้านอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วยเชื้อชาติของผู้ป่วย, ประเภทหน่วยบริการ (อยู่ในการดูแลของสถาบันการศึกษา/โรงเรียนแพทย์), การดูแลโดยแพทย์ผู้เดียวหรือกลุ่มแพทย์หลากหลายสาขา และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวดโดยการใช้ยา. คณะผู้สำรวจให้ความเห็นว่าต้องมีการปฏิรูประบบการดูแลผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเพิ่มคุณภาพ

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน.

การสำรวจคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน ๖๐ แห่งทั่วประเทศอังกฤษเปรียบเทียบระหว่างช่วงก่อน พ.ศ. ๒๕๔๑ และหลัง พ.ศ. ๒๕๔๘. การมีมาตรการแรงจูงใจทางการเงินเพื่อกระตุ้นให้มีการยกระดับคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง^(๙) สำรวจโดยการทบทวนข้อมูลเวชระเบียน พบว่าช่วงก่อนมีมาตรการกระตุ้นใน พ.ศ. ๒๕๔๑ พบว่าในช่วง ๑๕ เดือนที่ผ่านมาจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ HbA1c ตรวจตาและตรวจเท้าเท่ากับร้อยละ ๘๗.๑, ร้อยละ ๖๙.๔ และร้อยละ ๕๗.๔ ตามลำดับ, ได้รับสุขศึกษาร้อยละ ๘๔.๘. จำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ HbA1c ต่ำกว่าร้อยละ ๗.๔ เท่ากับร้อยละ ๓๗.๘, ควบคุมแรงดันเลือดต่ำกว่า ๑๔๐/๘๕ มม.ปรอทเท่ากับร้อยละ ๒๑.๘, ควบคุมระดับไขมันเลวต่ำกว่า ๑๙๐ มก./ดล. เท่ากับร้อยละ ๒๑.๘. ผลการสำรวจซ้ำใน พ.ศ. ๒๕๔๘ หลังจากมีมาตรการกระตุ้นการยกระดับคุณภาพบริการพบว่าตัวชี้วัดคุณภาพดังกล่าวข้างต้นดีขึ้นทั้งหมดทุกตัวชี้วัด คือ ในช่วง ๑๕ เดือนที่ผ่านมาจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ HbA1c ตรวจตาและตรวจเท้าเพิ่มเป็นร้อยละ ๙๙.๔ ร้อยละ ๘๒.๗ และร้อยละ ๘๘.๐ ตามลำดับ, ได้รับสุขศึกษาร้อยละ ๑๐๐, จำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ HbA1c ต่ำกว่าร้อยละ ๗.๔ เท่ากับร้อยละ ๕๐.๖, ควบคุมแรงดันเลือดต่ำกว่า ๑๔๐/๘๕ มม.ปรอทเท่ากับร้อยละ ๔๙, ควบคุมระดับไขมันเลวต่ำกว่า ๑๙๐ มก./ดล. เท่ากับร้อยละ ๗๒.๕.

การสำรวจคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ๒๕๐ แห่งในประเทศออสเตรเลียใน พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๕ โดยการทบทวนเวชระเบียน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ ๔๗.๙ มีระดับ HbA1c > ร้อยละ ๗, ร้อยละ ๘๗.๖ มีระดับไขมันเลว > ๔.๐ มิลลิโมล/ลิตร, และร้อยละ ๗๓.๘ มีแรงดันเลือด > ๑๓๐/๘๕ มม.ปรอท และมีเพียงร้อยละ ๒๓ ได้รับการตรวจตา^(๑๐).

การสำรวจคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์บริการสุขภาพชุมชน ๑๒ แห่งที่ดูแลคนพื้นเมืองในเขต Northern Territory ประเทศออสเตรเลียไม่ระบุปีที่สำรวจ^(๑๑)

ผลการประเมินตนเองด้วยแบบประเมินการปรับโรคเรื้อรัง (ACIC) พบว่าพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของรูปแบบจำลองการปรับโรคเรื้อรัง (Organisational influence, Community linkage, Self-management support, Clinical decision support, Delivery system design, Clinical information system, และ Component integration) อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง. ผลการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1c เท่ากับร้อยละ ๙.๓, จำนวนผู้ป่วยที่มีค่า HbA1c < ร้อยละ ๘ เท่ากับร้อยละ ๒๖. ผู้ป่วยที่มีระดับแรงดันเลือด < ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอทเท่ากับร้อยละ ๕๔, และจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับไขมันเลวรวม < ๕.๕ มิลลิโมล/ลิตร เท่ากับร้อยละ ๔๑ โดยพบว่าระดับคะแนนผลการประเมินตาม ACIC ด้าน (Organisational influence, Community linkage และ Clinical information system) ที่เพิ่มขึ้น ๑ คะแนนมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยร้อยละ ๔.๓, ร้อยละ ๓.๘ และร้อยละ ๔.๕ ตามลำดับ, และระดับการพัฒนาด้าน Organisational influence, Delivery system design และระบบสารสนเทศเวชกรรมมีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมระดับ HbA1c, แรงดันเลือด และระดับไขมันเลวในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.

สถานการณ์ในประเทศไทย

ผลการสำรวจคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน ๓๗ แห่งทั่วประเทศเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๔ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและการทบทวนเวชระเบียน^(๑๒) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจประเมินสุขภาพรายการที่จำเป็นอย่างทั่วถึงและครบถ้วน รวมทั้งมีภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากโรคเบาหวานค่อนข้างสูง โดยพบว่าผู้ป่วย ๒ ใน ๓ เคยได้รับสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานตั้งแต่ ๕ วันขึ้นไปในรอบปีที่ผ่านมา. การตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดส่วนใหญ่ใช้การตรวจเลือดหลังดื่อกอาหาร. สัดส่วนผู้ที่ได้รับการตรวจระดับฮีโมโกลบินเอวันซี, ไขมันเลวรวม, ไตรกลีเซอไรด์, ไขมันเลวความหนาแน่นสูง, คีโระทีนในซีรัม, โปรตีนและไมโครแอลบูมินในปีสภาวะ เท่ากับร้อยละ ๐.๗,



๑๗.๔, ๑๑.๗, ๖.๙, ๓๘.๒, ๓๓.๐ และ ๐.๙ ตามลำดับ. ผู้ที่เคยได้รับการตรวจตาและเท้าประจำปีมีร้อยละ ๒๑.๕ และร้อยละ ๔๕ ตามลำดับ. ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากโรคเบาหวาน อันประกอบด้วยภาวะจอตาเสื่อม ร้อยละ ๑๓.๖, ปัสสาวะมีโปรตีนร้อยละ ๑๗.๐, ภาวะไตล้มเหลวระยะท้ายร้อยละ ๐.๑, ภาวะเส้นประสาทส่วนรอบเสื่อม ร้อยละ ๓๔.๐, เท้าเป็นแผลเปื่อยและเน่าเหตุขาดเลือดร้อยละ ๑.๒, แผลที่เท้าหายแล้วร้อยละ ๖.๙, โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๑.๙, และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร้อยละ ๐.๗.

ผลการประเมินระบบการดูแลผู้เป็นเบาหวานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นผลรวมของการบริการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล และสถานีนอมาัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน ในพื้นที่ศึกษารวมทั้งหมด ๔๔ หน่วย ๑๘ เครือข่าย ๔ ภูมิภาคทั่วประเทศ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๘^(๑๓) โดยประเมินทั้งส่วนที่เป็นระบบงาน, กระบวนการบริการ และผลลัพธ์สุขภาพด้านเวชกรรม, ผลลัพธ์ที่เป็นศักยภาพของผู้เป็นเบาหวานในด้านความรู้ การปฏิบัติตัว และคุณภาพชีวิต พบว่าระดับคุณภาพของระบบงานในการดูแลผู้เป็นเบาหวานที่ความแตกต่างกันสูงและส่วนใหญ่ยังดำเนินการในลักษณะตั้งรับจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงไม่มาก. ระบบติดตามภาวะแทรกซ้อนยังจัดการไม่ต่อเนื่อง. หน่วยบริการปฐมภูมียังได้รับการพัฒนาในด้านความรู้ความสามารถไม่เต็มที่, ส่วนใหญ่มีบทบาทในด้านการคัดกรอง และการติดตามผู้ป่วย. ส่วนผลลัพธ์สุขภาพของผู้เป็นเบาหวานพบว่าผู้คุมระดับน้ำตาลได้ดีโดยพิจารณาจากระดับ HbA1c < ๗ มก./ดล. มีร้อยละ ๓๘, มีระดับไขมันในเลือดสูงร้อยละ ๑๐-๑๙ หญิงสูงกว่าชาย, เริ่มมีความผิดปกติของไต (ไมโครแอลบูมิน >๓๐), ร้อยละ ๓๑-๕๐ มีค่าครีเอตินินสูงร้อยละ ๒-๓๐. ผลความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวของผู้เป็นเบาหวานมีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่. การปฏิบัติตัวในด้านการรักษา และการดูแลสุขภาพทั่วไปส่วนใหญ่ดี การปฏิบัติด้านการบริโภคมีระดับดีน้อยกว่าด้านอื่น. การดูแลเท้า และการดูแลกรณีพิเศษต่าง ๆ เป็นหมวดที่ผู้เป็นเบาหวานมีความรู้ และการปฏิบัติในระดับที่เหมาะสมน้อย. ด้านคุณภาพชีวิตพบว่าด้านจิตใจมีสภาพที่ปานกลาง มีค่า

คะแนนต่ำกว่าด้านร่างกาย. กลุ่มที่เป็นน้อย และมากกว่า ๕ ปี แตกต่างกันเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านกาย และความเป็นอิสระ. แต่ในด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ, มีความแตกต่างระหว่างพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แตกต่างกันไม่มาก. ในพื้นที่ที่มีระดับคะแนนความรู้ การปฏิบัติตัวดี ก็มีแนวโน้มค่าคุณภาพชีวิตที่ดีในทิศทางเดียวกัน ไม่พบความแตกต่างระหว่างพื้นที่เมือง และชนบทที่ชัดเจน.

อุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีคุณภาพ^(๑๔)

(๑) ธรรมชาติของโรคเบาหวาน

ความบกพร่องของอินสุลิน (ความไวและการหลั่ง) ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเบาหวาน. สถานภาพของอินสุลินนี้จะเสื่อมลงเรื่อยๆตามระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน และจะเป็นสาเหตุของความล้มเหลวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะหลัง ๆ ของโรค. ปัจจุบันยังไม่มียาการรักษาที่จะชะลอความเสื่อมของภาวะนี้ได้ ทั้งยังพบว่าผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากตั้งแต่ระยะแรกของการเป็นโรคจะมีการเสื่อมลงของภาวะทั้ง ๒ อย่างนี้อย่างรวดเร็ว. นอกจากนี้ภาวะพิษกลูโคสที่เกิดขึ้นในผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังยังสามารถเร่งภาวะเสื่อมนี้ด้วย. อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยอินสุลินสามารถเอาชนะผลของภาวะพิษกลูโคสได้โดยการช่วยฟื้นฟูประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด.

(๒) ปัจจัยด้านผู้ป่วย

สภาพปัญหาสุขภาพอันซับซ้อนของผู้ป่วยจะเป็นอุปสรรคในการควบคุมโรคเบาหวาน เช่น การมีปัญหาสุขภาพเฉียบพลันซ้ำเติม, ความจำเป็นในการต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต, การต้องมีกิจกรรมประจำวันบางอย่างเพิ่มขึ้นเพื่อดูแลตนเองจะเป็นสิ่งท้าทายการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยอย่างมาก. นอกจากนี้ การที่ไม่มีอาการใดในระยะแรกของโรคอาจทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญที่จะต้องดูแลรักษาโรค ทั้งภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเฉียบพลัน ประกอบกับการไม่ได้รับความรู้เพียงพอยิ่งเป็นอุปสรรคต่อการดูแลรักษาตนเองขึ้นไปอีก. โดยผลการสำรวจผู้ป่วย

โรคเบาหวานในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยกว่าร้อยละ ๗๐ ไม่ทราบว่าตนเป็นโรคเบาหวาน และมีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองมากกว่าบุคคลทั่วไปและโรค ๒ โรคนี้เป็นสาเหตุลำดับต้น ๆ ของการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน.

(๓) ปัจจัยด้านการรักษาด้วยฮอโมนอินซูลิน

การให้อินซูลินด้วยการฉีดทำให้เกิดความกลัวว่าจะทำให้เจ็บและวิตกกังวลเกี่ยวกับผลของความผิดพลาดจากการใช้ฮอโมนอินซูลิน. นอกจากนี้ยังมีความเชื่อในระหว่างผู้ป่วยว่าเมื่อใดก็ตามที่ต้องมีการใช้ฮอโมนอินซูลินนั้น หมายความว่าดูแลรักษาตนเองล้มเหลว, เป็นโรคระยะรุนแรง และกำลังจะถึงระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิตแล้ว. ดังนั้นผู้ป่วยมักไม่เต็มใจรักษาด้วยฮอโมนอินซูลินแต่เนิ่น ๆ กว่าที่จะยอมรับการรักษาด้วยฮอโมนอินซูลินก็ต่อเมื่อรู้สึกว่าจะตนเองเป็นโรครุนแรงแล้ว.

(๔) ปัจจัยด้านผู้บริการดูแลรักษา

หน่วยบริการปฐมภูมิเผชิญอุปสรรคหลายประการในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นงานที่ค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลาและแรงงานมาก, ธรรมชาติของโรคและวิธีการรักษามีความสลับซับซ้อน และความไม่ยุติเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสม. นอกจากนี้โครงสร้างองค์กรในหน่วยบริการปฐมภูมิอาจเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากไม่มีบริการสนับสนุนด้านต่าง ๆ อย่างเพียงพอ รวมถึงความเชื่อของแพทย์เกี่ยวกับการรักษาด้วยฮอโมนอินซูลินอาจคล้ายคลึงกับความเชื่อของผู้ป่วย และไม่ยอมรับการรักษาผู้ป่วยด้วยฮอโมนอินซูลินตั้งแต่ในระยะแรก ๆ ของโรคแต่จะชะลอการใช้ฮอโมนอินซูลินให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สิ่งนี้เกิดขึ้นแม้ในคลินิกโรคเบาหวาน.

กลยุทธ์/แนวทางเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

มาตรการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การจัดการกับปัญหาอุปสรรคดังกล่าวข้างต้น ในส่วนของข้อจำกัดของฮอโมนอินซูลินชนิดฉีดนั้น ปัจจุบันกำลังมีการคิดค้น

ฮอโมนอินซูลินชนิดพ่นเข้าทางหายใจ ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะใช้สะดวกและให้ผลดีกว่าฮอโมนอินซูลินชนิดฉีด^(๑๕).

อย่างไรก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญบางท่านมีความเห็นว่าหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยทางเลือกการรักษาเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยไม่ต้องรอการพัฒนาวิธีการรักษาชนิดใหม่ เพียงแต่จัดรูปแบบการดูแลให้เหมาะสม คือ การดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ หรือการใช้คณะผู้ดูแลรักษาและเน้นการรักษาอย่างเข้มข้น เช่น การนัดตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมอ, การแจกแจงแนวทางและเป้าหมายการรักษาอย่างละเอียด, การปฏิบัติตามคู่มือแนวทางการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐาน, การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาโดยบุคลากรที่มีใช้แพทย์, การฝึกอบรมผู้ป่วยและผู้ให้บริการ^(๑๖-๑๗) (ตารางที่ ๒).

ตัวอย่างการขับเคลื่อนการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ รวมทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ โครงการ Chronic Illness Breakthrough Series ในประเทศสหรัฐอเมริกา^(๑๘) และโครงการ Pay-for-performance contract for family practitioners ในกลุ่ม

ตารางที่ ๒ องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยคณะผู้รักษาที่มุ่งเน้นการรักษาอย่างเข้มข้น

- การดูแลผู้ป่วยเป็นคณะที่ประกอบด้วยแพทย์เวชปฏิบัติ พยาบาลเวชปฏิบัติ นักโภชนาการ และผู้ช่วยแพทย์
- การแจกแจงรายละเอียดเกี่ยวกับการนัดตรวจติดตาม เป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาล การตรวจคัดกรอง และการใช้ยา
 - มีการใช้ยาชนิดกินหลายชนิดร่วมกันหรือใช้ฮอโมนอินซูลินร่วมด้วยบ่อยขึ้น
 - สำหรับผู้ที่ใช้ฮอโมนอินซูลินอยู่แล้ว เพิ่มความถี่ของการใช้เป็น ๓ ครั้งขึ้นไปต่อวัน
 - การให้สุขศึกษาด้านอาหารและการปรับพฤติกรรม
- การฝึกอบรมผู้ให้บริการ
- การเปิดโอกาสติดต่อผู้ให้บริการโดยตรงทางโทรศัพท์
- การจัดการปัจจัยเสี่ยงที่พบร่วมด้วยอย่างเข้มข้นขึ้น
- การใช้ระบบฐานข้อมูลในการตรวจติดตามกระบวนการและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย



ประเทศอังกฤษและออสเตรเลีย^(๑๙,๒๐).

โครงการ Chronic Illness Breakthrough Series เป็นการร่วมดำเนินการระหว่าง The Institute for Healthcare Improvement (IHI) และคณะทำงานของ Improving Chronic Illness Care แห่งนครซีแอตเทิล ซึ่งจะมีการกล่าวถึงโครงการนี้โดยละเอียดในบทความอีกฉบับเป็นการต่างหาก.

สำหรับโครงการ Pay-for-performance contract for family practitioners ในประเทศอังกฤษเริ่มดำเนินการเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๗ รัฐบาลประเทศอังกฤษโดย National Health Service (NHS) ได้เสนอให้เงินตอบแทนจำนวน ๑.๘ พันล้านปอนด์เพื่อเป็นแรงจูงใจให้แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิทำการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สำคัญ คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ, โรคหืด และโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวแต่ละคนจะได้แต้มสูงสุดถึง ๑,๐๐๐ แต้ม โดยการใช้ตัวชี้วัดคุณภาพชุดหนึ่งในการประเมินผลการดูแลรักษาในแต่ละปีของแพทย์แต่ละคน. ตัวชี้วัดนี้ประกอบด้วย ๓ ด้าน คือ ด้านการดูแลทางเวชกรรม ด้านการจัดองค์กรหน่วยปฐมภูมิ และด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย. แต้มรวมจากการประเมินทั้ง ๓ ด้านจะถูกแปลงเป็นจำนวนเงินปอนด์ที่แพทย์จะได้รับในแต่ละปี โดยการคำนวณแต้มนี้อาจใช้สมการที่ค่อนข้างซับซ้อนที่คำนึงถึงถึงขนาดของหน่วยบริการและความชุกของโรคในกลุ่มประชากรที่หน่วยบริการนั้นดูแลอยู่.

ผลการประเมินประสิทธิผลของโครงการนี้ ในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานนั้น ผลการประเมินหลังจากมีโครงการนี้พบว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่อาจเป็นผลจากมีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนหรือในฐานข้อมูลครบถ้วนขึ้นโดยที่คุณภาพการบริการอาจไม่ดีขึ้นมากตามที่ประเมินพบก็ได้. นอกจากนี้ยังมีสิ่งที่จะต้องคำนึง คืออาจนำมาซึ่งการทุจริตโดยการลงบันทึกผลการดูแลรักษาแตกต่างจากสิ่งที่เป็นจริง ซึ่ง National Health Service (NHS) ได้มีมาตรการป้องกันปัญหานี้โดยกำหนดบทลงโทษอย่างหนักไว้.

ข้อเสนอแนะการทบทวนข้อมูล

คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นปัญหาของเกือบทุกประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้เนื่องจากความซับซ้อนทั้งของโรคและวิธีการปฏิบัติรักษา. อย่างไรก็ตามมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนว่า มาตรการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศที่พัฒนาแล้วทำให้กระบวนการดูแลรักษาผลลัพธ์การรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นจริง. ดังนั้นจึงควรมีการเรียนรู้รูปแบบวิธีดำเนินการดังกล่าวมาปรับใช้กับสภาพในประเทศไทย ซึ่งมีคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยมีการตั้งเป้าหมายการยกระดับคุณภาพเป็นขั้นๆ ในแต่ละระยะของการพัฒนา. ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินการเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องอาศัยงบประมาณ ทรัพยากร และโครงสร้างพื้นฐานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ค่อนข้างมาก.

เอกสารอ้างอิง

๑. วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร, วิโรจน์ เข็มจรัสรัมย์. การทบทวนวรรณกรรมเรื่องระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยง และการตรวจคัดกรองในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๕๐.
๒. Hiss RG. Barriers to care in non-insulin-dependent diabetes mellitus. The Michigan experience. Ann Intern Med 1996;124:146-8.
๓. Diabetes UK. Recommendations for the provision of services in primary care for people with diabetes. London: Diabetes UK; 2005.
๔. Fleming BB, Greenfield S, Engelgau MM, Pogach LM, Clauser SB, Parrott MA. The Diabetes Quality Improvement Project: moving science into health policy to gain an edge on the diabetes epidemic. Diabetes Care 2001;24:1815-20.
๕. Wens J, Dirven K, Mathieu C, Paulus D, van Royen P. Quality indicators for type 2-diabetes care in practice guidelines: an example from 6 European countries. Primary Care Diabetes 2007;1:17-23.
๖. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A,

- et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *Br Med J* 2001;323(7316):784-7.
๑๗. Chin MH, Auerbach SB, Cook S, Harrison JF, Koppert J, Jin L, et al. Quality of diabetes care in community health centers. *Am J Public Health* 2000;90:431-4.
๑๘. Spann SJ, Nutting PA, Galliher JM, Peterson KA, Pavlik VN, Dickinson LM, et al. Management of type 2 diabetes in the primary care setting: a practice-based research network study. *Ann Fam Med* 2006;4:23-31.
๑๙. Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *N Engl J Med* 2007;357:181-90.
๑๐. Wan Q, Harris MF, Jayasinghe UW, Flack J, Georgiou A, Penn DL, et al. Quality of diabetes care and coronary heart disease absolute risk in patients with type 2 diabetes mellitus in Australian general practice. *Qual Saf Health Care* 2006;15:131-5.
๑๑. Si D, Bailie R, Connors C, Dowden M, Stewart A, Robinson G, et al. Assessing health centre systems for guiding improvement in diabetes care. *BMC Health Serv Res* 2005;5:56.
๑๒. วรณิ นิธิยานันท์, ธัญญา เชษฐากุล, เพ็ญศิริวรรณ แสงอากาศ, ชัยพร ธีระเกียรติกำจร, เขมรัตน์ ชุมศึกเม็งราย, จิง ปิง เขียว. A survey study on diabetes management and complication status in primary care setting in Thailand. *จพศท* ๒๕๔๐;๕๐:๖๕-๗๑.
๑๓. สุพัตรา ศรีวนิชชากร. สถานการณ์ระบบดูแลผู้เป็นเบาหวาน ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (http://www.moph.go.th/ops/hcrp/download/DM/DM_cup.pdf เข้าถึงเมื่อ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๐)
๑๔. Peterson KA. Diabetes management in the primary care setting: summary. *Am J Med* 2002;113 (Suppl 6A):36S-40S.
๑๕. Cefalu WT, Skyler JS, Kourides IA, Landschulz WH, Balagtas CC, Cheng S, et al. Inhaled Insulin Study Group. Inhaled human insulin treatment in patients with type 2 diabetes mellitus. *Ann Intern Med* 2001;134:203-7.
๑๖. Miller CD, Phillips LS, Tate MK, Porwoll JM, Rossman SD, Cronmiller N, et al. Meeting American Diabetes Association guidelines in endocrinologist practice. *Diabetes Care* 2000;23:444-8.
๑๗. Peters AL, Davidson MB. Application of a diabetes managed care program. The feasibility of using nurses and a computer system to provide effective care. *Diabetes Care* 1998;21:1037-43.
๑๘. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt Comm J Qual Improv* 2001;27:63-80.
๑๙. Roland M. Linking physicians' pay to the quality of care--a major experiment in the United kingdom. *N Engl J Med* 2004;351:1448-54.
๒๐. Seddon ME, Marshall MN, Campbell SM, Roland MO. Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. *Qual Health Care* 2001; 10:152-8.