

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Rationale)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และกระแสโลกาภิวัตน์ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร (Shalowitz, 2005; Olmen, et al., 2010) และการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (Caldwell, 2001; Beaglehole, et al., 2008; Frenk, 2009) ทำให้ต้องโลกต้องเผชิญกับโรคถึงสามประเด็นหลัก (Triple burden of diseases) ได้แก่ โรคติดเชื้อ โรคไม่ติดต่อและโรคที่เจ็บป่วยจากพฤติกรรม และ โรคจากการบาดเจ็บต่าง ๆ (WHO, 2011) โดยโรคไม่ติดต้อมีแนวโน้มที่จะเป็นปัญหาหลักของการเจ็บป่วย โดยเป็นสาเหตุของการตาย 5 ใน 10 สาเหตุการตายของประเทศที่กำลังพัฒนา และคาดว่าจะในปี ค.ศ. 2020 จะเพิ่มขึ้นเป็น 7 ใน 10 ของสาเหตุการตายทั้งหมด (WHO, 2010)

โรคไม่ติดต่อหรือเรียกอีกชื่อว่า โรคเรื้อรัง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก (WHO, 2011) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก พบอัตราป่วยถึงร้อยละ 60 ของโรคที่พบทั้งหมด (Alberta Health Service, 2010) จากเดิมมีความชุกสูงในประเทศที่พัฒนาแล้ว และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา และโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกในปี 2007 ถึงร้อยละ 60 (WHO, 2010) และพบในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางถึงร้อยละ 80 (WHO, 2011) โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบมากขึ้นและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย เช่นโรคหัวใจและหลอดเลือด (กรมการแพทย์, 2549; วิฑูรย์ ไล่สุนทร และวิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, 2551) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 2-4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานขององค์การอนามัยโลก พบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.8 ในปี ค.ศ. 2000 เป็นร้อยละ 4.4 ในปี ค.ศ. 2030 โดยร้อยละ 60 เป็นผู้ป่วยในเอเชีย สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย จากการสำรวจครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.2514 พบความชุกเพียง ร้อยละ 2.5 ในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ, 2548) และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในการสำรวจครั้งต่อ ๆ มา พบว่าสถานการณ์การป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกจังหวัดทั่วประเทศ จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูง

10 อันดับแรกติดต่อกัน 3 ปี คือ จังหวัดสุโขทัย ราชบุรี ลพบุรี ชัยนาท อุตรดิตถ์ พิษณุโลก และ อ่างทอง (กรมควบคุมโรค, 2553)

ผลกระทบของการเป็นโรคเบาหวาน เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นเวลานาน ทำให้หลอดเลือดเกิดการตีบตัน (Stratton, et al., 2000; Shera, et al., 2004) และเนื่องจากลักษณะการดำเนินโรคซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าเป็นเบาหวาน กว่าที่จะได้รับการวินิจฉัยก็มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนแล้ว (Diabetes control and complications research group, 1993) ผลกระทบที่เกิดกับด้านร่างกาย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดแดงเล็ก (Microvascular complications) พบจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน โรคไตจากเบาหวาน และโรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดแดงใหญ่ (Macrovascular complications) เช่นหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจและสมอง ทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย อัมพาต อัมพฤกษ์ หรือเกิดการตีบตันของหลอดเลือดไปเลี้ยงขา โดยเฉพาะถ้ามีการอุดตันของหลอดเลือดจนเกิดการตายของเนื้อเยื่อทำให้ต้องตัดขา (กรมการแพทย์, 2549) ปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนถึงร้อยละ 16.4 โดยมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดงร้อยละ 21.4, ทางไตร้อยละ 11.7, ทางตาร้อยละ 8.6 และต้องตัดอวัยวะถึงร้อยละ 0.5 (กรมควบคุมโรค, 2553) นอกจากนี้ โรคเบาหวานยังส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้นถึง 30,000 ล้านบาท และถ้ารวมการรักษาภาวะแทรกซ้อน เช่น เบาหวานขึ้นตา ไตวาย โรคหัวใจ อัมพาต อัมพฤกษ์ จะมีค่าใช้จ่ายสูงถึงประมาณ 75,000 ล้านบาทต่อปี (วินัย สวัสดิ์สุวรรณ, 2553) เมื่อเทียบกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ จะเห็นว่าโรคเบาหวานมีค่าใช้จ่ายสูงเป็นอันดับแรก รองลงมาได้แก่ หัวใจขาดเลือด และมะเร็งลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ ก่อให้เกิดการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากที่สุด รวมทั้งจำนวนวันที่สูญเสียจากการมารับบริการโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสูงถึง 450 ล้านบาท (ประมาณ 1,200,000 วัน) (ไพบุลย์พิทยา เรือรอนันต์ และคณะ, 2552) ผลกระทบที่กล่าวมาถือเป็นภาระของครอบครัวผู้ป่วยและภาระของประเทศดังนั้น การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติรวมทั้งได้รับการตรวจพบความเปลี่ยนแปลงที่เริ่มเกิดขึ้น และได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะสามารถชะลอและลดความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนลงได้ (สุมาลี นิมนานิตย์, ม.ป.ป.)

จากสถานการณ์ข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า คุณภาพการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานยังมีจุดอ่อนเป็นผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น การควบคุมรักษาระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม (behavior) และวิถีการดำเนินชีวิต (Life style modification) อย่างไรก็ตาม พบว่าบริการยังเป็นลักษณะตั้งรับมากกว่า

เชิงรุก (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2552) ดังนั้น บริการดูแลจึงต้องเน้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีองค์ความรู้เพียงพอที่สามารถจัดการกับภาวะเบาหวานด้วยตนเอง ถ้าระบบบริการดูแลดีมีคุณภาพจะส่งผลต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีของผู้ป่วย ลดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุของความพิการและเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคทั้งภาพรวมของระบบบริการและค่าใช้จ่ายในครัวเรือน

จากการที่โลกต้องเผชิญทั้งภาวะเจ็บป่วยถึงสามประเด็นหลักดังกล่าว ทำให้หน่วยบริการสุขภาพต้องจัดรูปแบบบริการดูแลหลายรูปแบบที่จำเป็นต่อการบริการต่างกัน อย่างไรก็ตามรูปแบบที่ใช้อยู่ในปัจจุบันยังเน้นการดูแลรักษาทั่วไป รักษาตามอาการเจ็บป่วยเป็นครั้ง ๆ (Episode care) (วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, 2550; U.S. Department of Health and Human Services and Service Administration HIV/AIDS Bureau, 2006) ใช้มุมมองทางชีวการแพทย์ในการรักษาเป็นหลัก (วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, 2550) ซึ่งเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับโรคติดเชื้อที่ต้องรับการรักษาทันทีที่มีประสิทธิภาพรวดเร็ว สามารถหยุดโรคและการแพร่กระจายเชื้อได้ทันต่อเหตุการณ์ แต่โรคเรื้อรังมีระยะเวลาในการเป็นโรคนาน การดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ ต้องการการดูแลต่อเนื่อง มีความซับซ้อนหลายมิติทั้งทางกาย จิตและสังคม (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2554) เกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และวิถีชีวิต การควบคุมโรคจึงขึ้นอยู่กับการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย (Self-management) (Wagner, et al., 2001) และขึ้นกับระบบบริการสุขภาพ ที่ต้องเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity care) (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2554) มีแผนการรักษาระยะยาว (Planned care) ใช้ประชากรเป็นฐานในการดูแล (Population based) ให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล (Patient center) เน้นบทบาทผู้ป่วยในการจัดการกับภาวะเรื้อรังโดยเฉพาะเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรค และให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว (Coleman, et al., 2009)

มีความพยายามของนักวิจัยและนักวิชาการในการพัฒนารูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังเพื่อการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง ซึ่งแตกต่างจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อหรือการเจ็บป่วยเฉียบพลันจากการทบทวนวรรณกรรมมี 3 รูปแบบ ดังต่อไปนี้

รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ของ Wagner พัฒนาคั้งแรกที่ประเทศสหรัฐอเมริกา โดย Wager และคณะ ได้สังเคราะห์รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ ที่มีประสิทธิผลต่อการดูแลโรคเรื้อรัง โดย CCM มีทั้งหมด 6 องค์ประกอบที่เชื่อมโยงกัน และแบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ส่วน (Bodenheimer and Crumbach, 2006) ส่วนที่ 1 มี 1 องค์ประกอบ ได้แก่ การใช้ทรัพยากรและนโยบายในชุมชน (Community resources

and policies) ส่วนที่ 2 มี 1 องค์ประกอบ ได้แก่ ระบบสุขภาพ ที่ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในชุมชน และ ส่วนที่ 3 ได้แก่ การจัดโครงสร้างบริการสุขภาพ อยู่ภายใต้องค์ประกอบระบบสุขภาพที่มี องค์ประกอบภายในอีก 4 องค์ประกอบเชื่อมโยงกัน ได้แก่ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง 2) การออกแบบระบบการให้บริการ 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ 4) การจัดระบบข้อมูลทางคลินิก โดยทั้ง 6 องค์ประกอบนี้มี 2 หุ่นส่วนสำคัญ ได้แก่ ทีมดูแล และผู้ป่วยที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กัน อย่างสร้างสรรค์ (Productive interaction) โดยการเตรียมความพร้อม (Prepared) และการดำเนินการเชิงรุก (Proactive) ของ Practice team และการได้รับข้อมูลข่าวสาร (Informed) ที่เพียงพอต่อการตัดสินใจทำกิจกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (activated patient) โดยการสนับสนุน ทรัพยากรและการสร้างนโยบายสาธารณะ ที่เอื้อต่อกิจกรรมของผู้ป่วยจากชุมชนและองค์กรใน ชุมชน เน้นการดำเนินงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model: ECCM) (Barr, 2002) พัฒนารุ่นที่ประเทศแคนาดา เนื่องจากเห็นว่า Wagner's CCM เน้นให้ความสำคัญกับ ผู้ป่วย (hospital base) ในขณะที่โรคเรื้อรังต้องเน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และ ต้องดูแลครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร (Population base) จึงเพิ่มรายละเอียดของการส่งเสริม สุขภาพ และป้องกันโรคตามกลยุทธ์กฏบัตรอตตาวา (WHO, 1986) เข้าไป 3 ประเด็น ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะ, การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลโรคเรื้อรัง และการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการดำเนินการอย่างเข้มแข็ง ส่วนการปรับเปลี่ยนการให้บริการทางสุขภาพ และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลมีอยู่แล้ว

กรอบการปฏิบัติชื่อว่า ICCC framework: building blocks for action พัฒนาโดย องค์การอนามัยโลก โดยพัฒนาเนื่องจากเห็นว่า Wagner's CCM ให้ความสำคัญกับนโยบายน้อย (Policy) ทั้งที่มีอิทธิพลต่อภาพรวมบริการสุขภาพระดับชาติ และการดำเนินงานของสถานบริการ ทุกระดับรวมถึงชุมชน (WHO, 2002) และมีข้อสงสัยเกี่ยวกับคุณสมบัติของ CCM ในการนำไปใช้ ในพื้นที่อื่นที่มีทรัพยากรจำกัด (generalizability) เนื่องจาก CCM พัฒนาและใช้ในประเทศที่มีความพร้อมทั้งโครงสร้างบริการและทรัพยากร (ปีทมา โทมุบุตร, 2551) องค์การอนามัยโลกจึง ออกแบบเพื่อใช้ในประเทศที่ประชากรมีรายได้ต่ำถึงปานกลาง โดยขยายคุณลักษณะของการใช้ ทรัพยากรและนโยบายในชุมชนเช่นเดียวกับ ECCM แบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับนโยบาย (Macro level) 2) ระดับโครงสร้างบริการสุขภาพ (Health care organization) และ ชุมชน (Community) (Meso level) และ 3) ระดับบุคคลและครอบครัว (Micro level) จุดเน้นของ กรอบปฏิบัตินี้มุ่งเน้นไปที่ชุมชนและนโยบาย เป็นการเข้าถึงเชิงระบบในวงกว้าง (Systematic

approach) เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพเรื้อรังในประชากร (Population base) มากกว่า การเจ็บป่วยของบุคคล (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2553)

แนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง 3 รูปแบบ มุ่งสู่เป้าหมายผลลัพธ์สุขภาพที่ดีของผู้ป่วย และประชากรทั่วไป หลายประเทศ เช่น ประเทศออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ เยอรมนี เดนมาร์ก จีน แคนาดา นำรูปแบบดังกล่าวไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศนั้น โดย 3 รูปแบบนี้มีลักษณะคล้ายกันคือ มีโครงสร้างที่ประกอบด้วยระบบบริการสุขภาพ ชุมชน และผู้ป่วยและครอบครัวที่เชื่อมโยงกันด้วยการมีปฏิสัมพันธ์กันของทีมนักดูแล ชุมชน และผู้ป่วยและครอบครัวแบบเป็นหุ้นส่วนกัน โดยมีจุดเน้นที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และมีความแตกต่างกัน คือ CCM เน้นการดูแลในระดับบุคคล (Hospital base) ICCC เน้นการดูแลในระดับประชากร (Population base) และ ECCM เน้นทั้งการดูแลในระดับบุคคลและระดับประชากร โดยประเทศไทยได้รับการสนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพใช้ Chronic care model หรือ ICCC framework ก็ได้ในการปรับปรุงระบบบริการดูแลโรคเรื้อรัง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, 2551, 2554)

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา เมื่อนำ CCM ไปใช้ พบว่าสามารถปรับปรุงวิธีการจัดการกับภาวะเรื้อรังและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพได้ โดยพบว่าส่วนใหญ่นำมาใช้เพียงบางองค์ประกอบ มีการศึกษา 32 ใน 39 ที่พบว่าการดำเนินการที่มีอย่างน้อย 1 องค์ประกอบก็มีผลต่อผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วย (Bodenheimer, et al., 2002, Tsai, et al., 2005) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานของทีม และการจัดการผู้ป่วยเฉพาะกรณี (Case management) มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Shojania, et al., 2006) ความสัมพันธ์ของการใช้องค์ประกอบ CCM ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 30 แห่งในอเมริกากับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจากรายงานทางคลินิก พบว่า ผู้ป่วยมีระดับ HbA1c ต่ำ และมีอัตรา HDL สูง (Nutting, et al., 2007)

จากการทบทวนการนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังมาใช้ในประเทศไทย มีทั้งการนำมาใช้เพียงบางองค์ประกอบได้แก่ การออกแบบระบบบริการ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การพัฒนาระบบลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานและนำมาใช้ทุกองค์ประกอบ โดยพบที่สามารถปรับปรุงระบบการให้บริการดูแลที่ดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับบริการตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น ผู้ให้บริการพึงพอใจและมีผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี (Prueksaritanond, 2004; Watana, 2007; มนุ ทงยินดี และคณะ, 2552; โรงพยาบาลสันกำแพง, 2552; กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

การประเมินผลลัพธ์ของการนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังมาใช้ มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากสามารถบ่งบอกถึงคุณภาพของการบริการ โดย Donabedian (2003) กล่าวว่า คุณภาพบริการประกอบด้วย คุณภาพด้านระบบโครงสร้างการดูแลสุขภาพ ด้านกระบวนการดูแล และด้านผลลัพธ์การดูแล โดยทั่วไป มักประเมินด้านผลลัพธ์การดูแลมากกว่าการประเมินในส่วนของกระบวนการหรือระบบโครงสร้างการดูแล เนื่องจากประเมินได้ง่ายจากผลลัพธ์ทางคลินิก แบบวัดความรู้ ความพึงพอใจ เป็นต้น ซึ่งการประเมินปัจจัยหรือองค์ประกอบของกระบวนการดูแลในผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เป็นการประเมินเพื่อนำผลไปปรับปรุงบริการ สามารถประเมินได้ทั้งจากมุมมองของผู้ให้บริการและมุมมองของผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างมีประสิทธิภาพ ตรงประเด็น และลดช่องว่างระหว่างการบริการที่ให้กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยใช้แนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง มีเครื่องมือที่ประเมินใน 3 มุมมอง ได้แก่ มุมมองผู้บริหารระดับนโยบาย มุมมองของผู้ให้บริการ และมุมมองของผู้รับบริการ

เครื่องมือที่พัฒนาเพื่อประเมินการดูแลโรคเรื้อรังในมุมมองผู้ให้บริการ พัฒนาครั้งแรกที่ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้แนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) เรียกว่า Assessment Chronic Illness Care (ACIC) เป็นแบบรายงานประเมินตนเองของผู้ให้บริการ (Self-report) โดยผลการนำไปใช้พบว่า ACIC Score มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการให้บริการ (Bonomi, et al., 2002) ประเทศนิวซีแลนด์ได้พัฒนาเครื่องมือใหม่ภายใต้ชื่อ Modify Patient Assessment Chronic Illness Care: MPACIC (Carryer, et al., 2010) โดยการดัดแปลงแบบประเมิน PACIC ซึ่งเป็นแบบประเมินการดูแลโรคเรื้อรังในมุมมองของผู้รับบริการมาประเมินในมุมมองของผู้ให้บริการ โดยการดัดแปลงข้อความให้เหมาะสมกับผู้ให้บริการ และพบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนประเมิน MPACIC กับ PACIC ผู้ให้บริการประเมินตนเองสูงกว่าที่ผู้ป่วยเรื้อรังประเมิน (Carryer, et al., 2010) และ WHO ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินชื่อ ICCC framework situation assessment ที่ประเมินตามกรอบการปฏิบัติของ WHO โดยประเมินทั้งในมุมมองของผู้บริหารระดับนโยบายและผู้ให้บริการ

ในประเทศไทย ปัทมา โกมุทบุตร และคณะ (2551) ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินในมุมมองของผู้ให้บริการ โดยแปลเครื่องมือจากต้นฉบับให้เป็นภาษาไทย (ACIC Thai version) (ปัทมา โกมุทบุตร และคณะ, 2551) และนำ ACIC มาใช้ในการประเมินคุณภาพการบริการ และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้านในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ผลการวิจัยพบว่า ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน (CMU) ศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานเฝ้าระวัง ต่างมี

คะแนนน้อยที่สุดตรงกันในองค์ประกอบการสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management support) ในขณะที่ศูนย์แพทย์ชุมชนมีคะแนนสูงทุกหมวด อย่างไรก็ตามผู้วิจัยยังสรุปไม่ได้เนื่องจาก CMU มีจำนวนตัวอย่างน้อย และสถานีนอ้ามัยมีคะแนนต่ำสุดในทุกองค์ประกอบ ยกเว้นองค์ประกอบการเชื่อมโยงกับชุมชนที่มีคะแนนสูงกว่าหน่วยบริการอื่น (ดุสิตา ผู้ประกาย และคณะ, 2552) โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เสนอให้หน่วยบริการประจำมีการประเมินการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง โดยใช้ ACIC Thai version (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) และในปี 2553 กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาเครื่องมือประเมินทั้ง 6 องค์ประกอบของ chronic care model ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้ให้บริการประเมินบริการเกี่ยวกับดูแลโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามโครงการพัฒนาระบบบูรณาการการป้องกันและจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 (ปี 2551-2552) (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2553) ซึ่งกำลังอยู่ระหว่างการนำเครื่องมือนี้ออกมานำเสนอ และได้แนะนำให้หน่วยบริการใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นนี้ หรือใช้ ACIC Thai version

เครื่องมือประเมินในมุมมองของผู้บริหารระดับนโยบาย มีผู้พัฒนาได้แก่ WHO ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินชื่อ ICCC framework situation assessment โดยสร้างแบบประเมินตามกรอบการปฏิบัติ ICCC และอีกเครื่องมือพัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุข เรียกชื่อว่า "เครื่องมือประเมินนโยบายการบริการสุขภาพ ความร่วมมือการบูรณาการและเสริมสร้างสมรรถนะชุมชนในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง" (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2553) ปัจจุบันยังไม่พบรายงานการนำเครื่องมือทั้งสองนี้ไปใช้ในประเทศไทย

เครื่องมือที่ประเมินในมุมมองของผู้รับบริการ พัฒนาขึ้นที่ประเทศสหรัฐอเมริกาเช่นกัน โดย Glasgow, et al. (2005) ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เรียกว่า Patient Assessment Chronic Illness Care (PACIC) ด้วยเห็นว่าการที่ผู้ให้บริการประเมินตนเองอาจเกิดการรายงานเกินจริง (Over reporting) และการประเมินนี้จะช่วยให้เข้าใจมุมมองของผู้รับบริการต่อการบริการและยังเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับบริการดูแล โดย PACIC เป็นเครื่องมือประเมินที่สอดคล้องกับ CCM โดยองค์ประกอบที่ไม่ได้นำมาประเมินใน PACIC ได้แก่ การจัดโครงสร้างบริการสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสารทางคลินิก และบางส่วนของการใช้ทรัพยากรและนโยบายในชุมชน เนื่องจากเห็นว่า ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลในองค์ประกอบที่ไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงได้ จึงใช้เพียงองค์ประกอบการออกแบบระบบบริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการตนเองและบางส่วนของการใช้ทรัพยากรและนโยบายในชุมชนซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เครื่องมือนี้เน้นการรับรู้ของผู้ป่วยในการดูแลที่ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient center) และจัดการ

ดูแลตนเอง (Self-management) โดยพบว่าระดับคะแนนของ PACIC ให้ผลบวกกับผลลัพธ์ที่ดีของสุขภาพผู้ป่วยเช่นเดียวกับ ACIC (Glasgow, et al., 2005; Schmittiel, et al., 2007) มีการนำไปแปลเป็นภาษาสเปนเพื่อใช้กับคนสเปนที่อาศัยในอเมริกา (Aragones, et al., 2008) นอกจากนี้ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้พัฒนาเครื่องมือนี้ต่อจาก Glasgow และคณะ โดยพัฒนาประเด็นคำถามเหลือเพียง 11 ข้อจาก 20 ข้อ เรียกชื่อว่า The short version of the Patient Assessment Chronic Illness (Gugiu, et al., 2009)

การตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ PACIC เมื่อมีการนำไปใช้ในประเทศต่าง ๆ พบว่าเมื่อนำตัวแปรข้อคำถามมาจัดองค์ประกอบใหม่ได้ทั้งหมด 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การดำเนินกิจกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย (Patient activation) 2) การออกแบบระบบบริการ (Delivery system design) 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) 4) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) และการจัดการกับปัญหา/การได้รับคำปรึกษา (Problem-solving/contextual counseling) และ 5) การติดตามดูแลและความร่วมมือของหุ้นส่วนในชุมชน (Follow-up/coordination) โดยพบว่ายังมีความสับสนและข้อโต้แย้ง เมื่อนำเครื่องมือนี้มาใช้และตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ โดยเฉพาะในการยืนยันองค์ประกอบของแบบประเมิน (Gensichen, et al., 2010; McIntosh, et al., 2008; Gugiu, et al., 2009; Taggart, et al., 2010; Spicer, et al., 2010) บางวิจัยยืนยัน 5 องค์ประกอบเดิม (Glasgow, et al., 2005; Aragones, et al., 2008) บางวิจัยบอกว่ามีเพียง 2 องค์ประกอบ (Gensichen, et al., 2010; McIntosh, et al., 2008; Taggart, et al., 2010) และบางงานวิจัยบอกว่าควรมีองค์ประกอบเดียว (Gugiu, et al., 2009)

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ประเทศไทยมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินการดูแลโรคเรื้อรัง โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ในมุมมองผู้ให้บริการ ยังไม่มีเครื่องมือที่ประเมินการดูแลโรคเรื้อรัง ในมุมมองผู้รับบริการ นอกจากนี้ การนำเครื่องมือการประเมินในมุมมองของผู้ให้บริการจากต่างประเทศมาประยุกต์ใช้ อาจไม่เหมาะสมเนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์ต่างบริบทกันในแต่ละประเทศที่มีโครงสร้างทีมดูแลแตกต่างกัน (Taggart, et al., 2010) ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาเครื่องมือประเมินการดูแลโรคเรื้อรังในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยเลือกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นต้นแบบ (Tracing) และประยุกต์แนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (ECCM) เป็นกรอบในการพัฒนาเครื่องมือ เนื่องจาก ECCM มุ่งการปรับคุณภาพการดูแลการเจ็บป่วยทั้งในระดับบุคคลและประชากร แต่ ICCM มุ่งเน้นการปรับปรุงคุณภาพในระดับประชากรจากการวิเคราะห์กรอบแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังทั้งหมด พบว่ามีประเด็นรายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบที่คล้ายคลึงกันและพัฒนามาจาก CCM เดิม ประโยชน์ของเครื่องมือประเมินนี้



จะช่วยผู้ให้บริการได้เข้าใจแบบแผนการเจ็บป่วยของผู้ป่วยรายบุคคล และหน่วยบริการสุขภาพสามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับบริการให้สอดคล้องกับความจำเป็นของผู้ป่วยเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ (นิทรา กิจธีระวุฒิมิวงษ์ และวุฒิชัย จริยา, 2551) รวมถึงผู้บริหารระดับนโยบายยังสามารถประเมินเปรียบเทียบผลการบริการในสถานบริการที่แตกต่างกัน เพื่อกำหนดนโยบายที่เหมาะสมตามบริบทพื้นที่

#### คำถามการวิจัย (Research question)

1. เครื่องมือที่มีคุณภาพในการประเมินการดูแลโรคเรื้อรัง โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีลักษณะอย่างไร
2. ระดับคะแนนการดูแลโรคเรื้อรังในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการอยู่ในระดับใด

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research objective)

1. เพื่อสร้างเครื่องมือที่มีคุณภาพในการประเมินการดูแลโรคเรื้อรัง โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
2. เพื่อประเมินระดับคะแนนการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

#### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนาเครื่องมือประเมินการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model) ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

1. รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การจัดโครงสร้างบริการสุขภาพ (Health care organization) 2) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management support) 3) การออกแบบระบบบริการ (Delivery system design) 4) การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) 5) การจัดระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical information system) และ 6) การใช้ทรัพยากรและนโยบายในชุมชน (Community resources and policies) โดยศึกษาความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อปัจจัย/องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการดูแลในแต่ละองค์ประกอบ ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การดูแลในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

2. ประชากรกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา เป็นผู้ให้บริการที่ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ได้ศึกษาในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตัวอย่างจากประชากรที่ศึกษา

### ข้อตกลงเบื้องต้น

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาในบริบทโครงสร้างบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ในพื้นที่ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 2 ซึ่งอาจเหมือนหรือแตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ และเป็นการสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ที่ประเมินทั้งในมุมมองของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเท่านั้น

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การพัฒนาเครื่องมือประเมินการดูแลในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง เป็นการประเมินโดยให้ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ให้บริการ ตอบข้อคำถามที่เป็นความคิดเห็นจากประสบการณ์การรับบริการ/ให้บริการดูแล ซึ่งอาจมีทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรมของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน อาจมีผลต่อการตอบคำถามในแบบประเมิน โดยไม่ได้ศึกษาในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และไม่ได้ศึกษาในผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

### คำสำคัญหรือคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes mellitus) โดยเกณฑ์ในการวินิจฉัย ใช้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (Fasting blood sugar) สูงกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และอยู่ในเขตรับผิดชอบ (Catchments' area) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ผู้ให้บริการ หมายถึง เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมานานกว่า 2 ปี ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน โดยให้บริการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพหรืออย่างใดอย่างหนึ่ง

3. รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง หมายถึง รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient center) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การจัดโครงสร้างบริการสุขภาพ (Health care organization) 2) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management support) 3) การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery system design) 4) การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) 5) การจัดระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical information system) และ 6) การใช้ทรัพยากรและนโยบายในชุมชน (Community resources and policies)

4. เครื่องมือประเมินการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้แนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย หมายถึง เครื่องมือที่มีลักษณะเป็นแบบสอบถามที่สอดคล้องกับรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย โดยสร้างข้อคำถามจากนิยามที่ได้จากความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวานในประเทศไทย โดยมีชุดของข้อคำถามที่ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ต้องการให้กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ให้บริการที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ตอบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ระดับนโยบาย (Policy) สามารถนำไปใช้กำหนดนโยบาย กระจายทรัพยากร ในการดูแลผู้รับบริการที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2

2. ระดับผู้ปฏิบัติงาน (Practitioner) ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบริการการดูแลผู้รับบริการที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีคุณภาพ และนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการประเมินผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง

3. ระดับการศึกษา (Education) สร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังมาสู่การปฏิบัติ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2