

บทบรรณาธิการ

การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย และความท้าทายของหน่วยบริการปฐมภูมิ



แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร
บรรณาธิการวารสารระบบบริการ
ปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

พวกเราต่างรับรู้โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นั้นเป็นปัญหาสำคัญนั้นของระบบสุขภาพทั้งในระดับโลกและในระดับประเทศ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึงร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในระดับโลก (2016) และ ร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตในประชากรไทย ในจำนวนนี้ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุ 30-70 ปี) ในปี 2557 คนไทยสูญเสียปีสุขภาวะจากโรค (Noncommunicable diseases: NCDs) รวมทั้งสิ้น 14.9 ล้านปี

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยมี 4 โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็ง แต่ปัจจุบันองค์การอนามัยโลก ได้ขยายการจัดการโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นอีก 1 กลุ่ม คือปัญหาสุขภาพจิต แต่ในเอกสารนี้จะขอเน้นที่ 4 กลุ่มโรคเป็นหลัก และจะเน้นให้ความสำคัญที่กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเมตาบอลิกส์ และโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรค NCDs ที่พบบ่อยที่สุด

ขอบเขตของการจัดการโรคไม่ติดต่อ ที่สำคัญ

หลักการสำคัญของการจัดการโรคไม่ติดต่อ ที่ต้องเน้นมาก ๆ คือ จะต้องขยายขอบเขตของการดูแลและป้องกัน ออกไปมากกว่าการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคแล้ว ต้องเร่งการดำเนินงานไปที่การควบคุม และการลดพฤติกรรมเสี่ยง และการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุร่วมสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อในระดับประชากรให้ได้ (Population based approach) ต้องไม่ดำเนินการเพียงแต่ตั้งรับที่การดูแลรักษาผู้ป่วยแล้ว และการแก้ปัญหาในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเท่านั้น ต้องเร่งป้องกันการเกิดโรค และควบคุมการก่อปัจจัยเสี่ยงออกไปให้ได้ในวงที่กว้างขวางมากขึ้น อันได้แก่ปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยง คือ การสูบบุหรี่ การบริโภคแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล หวานเกิน มันเกิน เค็มเกิน การออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ และสภาพสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดภาวะเสี่ยงมากขึ้น ที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพทางสังคมเศรษฐกิจ ทั้งที่เป็นสภาพวิถีชีวิตการทำมาหากินที่เร่งด่วน ภาวะเครียด การใช้ชีวิตที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกมาก เคลื่อนไหวน้อย มีภาวะเนือยนิ่งมากขึ้น การบริโภคมากขึ้น และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ฝุ่นละออง หรือ สารเคมีปนเปื้อนต่าง ๆ ที่เป็นตัวกระตุ้น เสริมทำให้มีภาวะเสี่ยง และประชาชนป่วยเป็นโรคมามากขึ้น

เราสามารถให้หลักการป้องกันควบคุมโรคที่ใช้กับการจัดการโรคติดต่อ มาใช้กับการจัดการโรคไม่ติดต่อได้ ซึ่ง สามารถแบ่งเป็นระยะ ๆ ตั้งแต่ การป้องกันระดับก่อนปฐมภูมิ และระดับปฐมภูมิ (primordial and primary prevention) การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) และการป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) ซึ่งจะกล่าวต่อไป

หากการดำเนินงานยังให้น้ำหนักอยู่ที่การจัดการในคลินิกโรคเรื้อรัง ซึ่งถือว่าเป็นการจัดการป้องกันที่ระดับตติยภูมิเท่านั้น ย่อมไม่เพียงพอที่จะชะลอ หรือหยุดยั้งการขยายตัวของปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนี้ ภาวะโรคไม่ติดต่อก็คงจะสะสมเพิ่มพูนอย่างมหาศาล เปรียบเสมือนเราต้องมีบัพพื้นที่เปียกน้ำที่ไหลออกจากก๊อกน้ำที่เป็นการดูแลผู้ป่วยไปจนหมดแรง หากเราไม่ได้จัดการปิดที่ก๊อกน้ำที่เป็นต้นตอสาเหตุร่วมไปด้วย

สถานการณ์การจัดการโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย

สถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อ ทั้ง 4 กลุ่มโรคนี้มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ แม้สถานการณ์โอกาสการเสียชีวิตจากโรคเหล่านี้ จะเริ่มชะลอลง ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2552 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557 (National Health Examination Survey: NHES) ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ นี้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ไม่มีทีท่าว่าจะลดลงได้ ความชุกของภาวะอ้วนในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.7 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 37.5 ในปี พ.ศ. 2557 (NHES) ยกเว้นแต่เรื่องการสูบบุหรี่ ที่ชะลอตัวส่วนหนึ่ง ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 20.7 ในปี พ.ศ. 2557 และร้อยละ 19.1 ในปี 2560 (การสำรวจพฤติกรรมสูบบุหรี่ และดื่มสุรา สำนักงานสถิติแห่งชาติ) แต่การเกิดภาวะเสี่ยงมีแนวโน้มเกิดขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีอายุต่ำลงมาในแทบทุกปัจจัย นับเป็นสถานการณ์ที่ชี้ถึงแนวโน้มภาวะโรคจากโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มขึ้นไปเรื่อย ๆ และแสดงให้เห็นว่าปัจจุบันการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ



ประเด็นการบริหารจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นจุดแข็ง และจุดอ่อนในปัจจุบัน

ในส่วนของ การดำเนินการเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ หรือลดโอกาสการเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ในระดับประชากร ที่เรียกว่า primary prevention นั้นจากรายงานการประเมินแผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อในปี 2557 และ 2562 พบว่าแม้ที่ผ่านมามีโครงการดำเนินการเรื่องนี้ในประเด็นเรื่องหลัก บุหรี่ค่อนข้างมาก แต่การจัดการเรื่องความอ้วน และอาหารที่ไม่สมดุลยังมีการดำเนินการด้านนี้น้อย ไม่ต่อเนื่อง ไม่มีประสิทธิผล และประสิทธิภาพเพียงพอที่จะก่อผลต่อการลดความเสี่ยงในระยะยาวได้ เมื่อเทียบกับกระแสของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การโฆษณาต่าง ๆ ที่ชักชวนให้ประชาชนมีโอกาสเกิดความเสี่ยงได้มากมาย และหากพิจารณาในด้านโครงสร้างของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือระบบงาน หรือนุคลาภกรที่รับผิดชอบการดำเนินงานในส่วนนี้ ไม่ชัดเจนงบประมาณที่มีโอกาสนำมาใช้ได้เพื่อการนี้ ทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องกับกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพระดับท้องถิ่น หรืองบประมาณจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ก็ยังมีการจัดการเพื่อมาสนับสนุนงานด้านนี้ไม่มาก มักจะทำในรูปแบบการฝึกอบรมเป็นครั้งๆ ที่มีประสิทธิภาพไม่มาก

ในส่วนของการจัดการโรคไม่ติดต่อ ในส่วนที่เราคุ้นชินกัน ที่เป็น secondary prevention ที่เริ่มจากการคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การดูแลรักษานั้น รายงานผลการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการได้ครอบคลุมเกือบร้อยละ 90 ของประชากรในพื้นที่ที่มีภูมิสำเนาในพื้นที่นั้น ๆ แต่จากข้อมูลการสำรวจประชากรในชุมชน ด้วยระบบ health examination survey พบว่าประชากรประมาณครึ่งหนึ่งที่ได้รับการคัดกรองโรค และรู้ตัวว่าเป็นโรค และจากข้อมูลในระบบ NCDs ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่าง ๆ พบว่ามีประชากรจำนวนหนึ่งที่ไม่เข้าถึงบริการนี้ ซึ่งส่วนใหญ่ เป็นประชากรวัยทำงาน โดยเฉพาะผู้ชายมากกว่าหญิง ซึ่งส่วนนี้สะท้อนถึงประเด็นความครอบคลุมของการบริการคัดกรองโรค และการเข้าถึงการวินิจฉัยเป็นเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูงยังมีช่องว่างที่ต้องการพัฒนาต่อไป

ประเด็น inertia ของการวินิจฉัยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ก็ยังเป็นประเด็นที่พบจำนวนมากโดยเฉพาะในกลุ่มความดันโลหิตสูง ซึ่งหมายถึงประชาชนที่ได้รับการคัดกรองแล้วว่าสงสัยป่วย และรอการยืนยันการป่วยจากแพทย์/โรงพยาบาล แล้วนำไปสู่การลงทะเบียน แต่เนื่องด้วยแนวทางจัดการเพื่อวินิจฉัยมีความหลากหลาย ไม่มีการตกลงที่ชัดเจนว่าจะให้ผู้ปฏิบัติทำอะไร รวมทั้งขาดการติดตามผู้ป่วยที่รอการวินิจฉัย จึงทำให้มีประชาชนจำนวนหนึ่งที่เคยได้รับการตรวจคัดกรองว่าสงสัย ไม่ไปถึงขั้นตอนการไดวินิจฉัยว่าป่วยจริง หรือไม่ และหลุดเข้าไปอยู่ในกลุ่มประชากรทั่วไป หรือไม่ก็ต้องรอผ่านไปอีก 1 ปี หรือมีอาการมากขึ้น แล้วจึงได้รับการวินิจฉัย บางส่วนก็กลายเป็นภาวะแทรกซ้อนเป็นภาวะ stroke ก็มี อันเป็นผลจากการวินิจฉัยที่ล่าช้า และผู้ป่วยไม่สามารถเข้าสู่ระบบการรักษาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

ประเด็นการดูแลอีกส่วนที่เราในหน่วยบริการสาธารณสุขมีส่วนร่วมกันมาก ก็คือการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้อยู่ในภาวะที่ควบคุมได้นั้น ซึ่งถือว่าเป็นระยะ tertiary prevention นั้น จากข้อมูลรายงานสภาวะสุขภาพในระบบของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) พบว่า ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ร้อยละการควบคุมได้ของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด และมีแนวโน้มคงที่ แต่มีบางพื้นที่ที่เริ่มดีขึ้นบ้างในช่วงปีหลัง ซึ่งสาเหตุของปัญหาในส่วนนี้มีทั้งปัญหาที่เกี่ยวกับการจัดการฐานข้อมูลที่มีข้อผิดพลาดเคลื่อน ไม่ครบถ้วน ปัญหาของผู้ป่วยที่มารับบริการได้ไม่ต่อเนื่องโดยเฉพาะในกลุ่มความดันโลหิตสูง และปัญหาที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจค่าน้ำตาลสะสม HbA1C ที่ใช้เป็นเกณฑ์การวัดในพื้นที่ได้ค่อนข้างต่ำ ด้วยเหตุผลของงบประมาณ รวมถึงปัญหาของภาระงานที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการในคลินิกมาก ทำให้เป็นข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพตามที่ได้

สถานการณ์การดำเนินงานตามเป้าหมายของการควบคุมโรคไม่ติดต่อ ณ ปี พ.ศ. 2559-2564

Goal 1 Prevention of Risk Factors	Goal2 Detection and Rx Risk Factors	Goal3 Early diagnosis and prompt treatment	Goal4 Prevention / Reduce disability
<ul style="list-style-type: none"> Health in all policies Regulation สื่อสารสาธารณะเพื่อลดการบริโภค <ul style="list-style-type: none"> - Salt - Trans Fat สื่อสารสาธารณะ 3๖ 2 ส 	<ul style="list-style-type: none"> Risk assessment Control Risk : behavior change +/- Medication 	<ul style="list-style-type: none"> การคัดกรอง ในกลุ่ม 35 ปีขึ้นไป ทุกชาย มาตรฐานการรักษาและส่งต่อ การปรับพฤติกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> มาตรฐานการรักษาและส่งต่อ ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ประเมินภาวะแทรกซ้อนตา ไต และ สุขภาพจิต มาตรฐานการรักษา
ทำได้น้อย ไม่ทั่วถึง ไม่ต่อเนื่อง	ทำได้น้อย เข้มขันไม่พอ ไม่ต่อเนื่อง	คิดมาก แต่คุณภาพดูแลต่อยังไม่พอ	ครอบคลุม เข้าถึงมากขึ้น แต่คุณภาพ ยังมีจุดอ่อน

วางแผนไว้ รวมถึงปัญหาของการจัดระบบของคลินิกที่ดำเนินการเพื่อสร้างความเข้าใจของผู้ป่วยต่อ self management ได้น้อย และไม่มีประสิทธิภาพพอ ลักษณะของการออกแบบกระบวนการเพื่อการดูแลส่วนนี้ยังอยู่บนฐานของการพูดให้ความรู้เป็นชุด ๆ ทำให้ผลลัพธ์ ไม่ค่อยดี แต่ก็พบว่า มีหน่วยบริการสุขภาพหลายแห่งที่ได้พัฒนารูปแบบ วิธีการในส่วนนี้ได้ดีขึ้น ทำให้ร้อยละการควบคุมได้ของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิต สูงไปถึงร้อยละ 60-70 เช่นกัน

บทบาทสำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิ ต่อการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ในบทบาททั้งหมดข้างต้นนี้ทั้งที่เป็นการป้องกันในระดับ primary, secondary, tertiary prevention เป็นส่วนที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถเข้ามาเกี่ยวข้องได้ทั้งสิ้น แต่จะมีบทบาทได้มากน้อย หรือดำเนินการได้ดีเพียงใดขึ้นกับบริบทของพื้นที่ และสถานการณ์ทรัพยากรในแต่ละหน่วยบริการ แต่ส่วนที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมงานบริการปฐมภูมิควรจะมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างเต็มที่ คือ การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเป็นองค์รวม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลจัดการตนเองได้ (self management support) อันเป็นผลให้ภาวะโรคของผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ควบคุมได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย เป็นการเพิ่มคุณภาพบริการ ซึ่งเป็นบทบาทที่ทีมงานปฐมภูมิสามารถให้บริการได้โดยตรงสอดคล้องกับความรู้ความสามารถของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ได้รับการพัฒนามา และหากทีมงานเวชศาสตร์ครอบครัว/ปฐมภูมิ ได้ยับยั้งการทำงานเชื่อมโยงไปถึงเรื่องการบริหารจัดการเชิงระบบ ได้มีส่วนในการวิเคราะห์ระบบงานโรคไม่ติดต่อในส่วนงานที่ท่านรับผิดชอบอยู่ด้วย มีการใช้ข้อมูลจากหลายด้านมาร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุด้วย เข้าไปร่วมคิดพัฒนาระบบจัดการที่เกี่ยวข้องด้วยตามตัวอย่างที่เสนอข้างต้น ก็จะทำให้มีการพัฒนางานในเชิงระบบ คือก่กลายประเด็นจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เป็นวังวนมานานได้ดีขึ้น อันจะส่งผลต่อสุขภาพประชาชนได้กว้างมากขึ้น และทีมผู้ให้บริการก็สามารถทำงานได้อย่างมีความสุขด้วย และหากทีมงานปฐมภูมิเข้าไปมีบทบาททำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายนอกส่วนสาธารณสุข ทั้งส่วนที่เป็นผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการปรับสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อ อาทิเช่น การจัดการตลาดอาหารสุขภาพ สถานที่ออกกำลังกาย การควบคุมการบริโภคยาสูบ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วย ก็จะเป็นส่วนช่วยให้เกิดการป้องกันในระดับปฐมภูมิ เพื่อทำให้แนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อ ชะลอตัวลงได้ในอนาคต

ทั้งหมดนี้ เป็นส่วนที่ต้องการเสนอเน้นย้ำให้เห็นถึงศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ/เวชศาสตร์ครอบครัว ต่อการพัฒนาระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง