

การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ครั้งที่ 10

“ทศวรรษ R2R พัฒนาคอนไทยสู่สังคม ๔.๐ ”

วันพฤหัสบดีที่ 6 กรกฎาคม 2560

ณ ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี

Session แลกเปลี่ยนเรียนรู้รางวัลผลงาน R2R ดีเด่น 2560 เรื่อง

“สยบปัญหาเรื้อรัง ด้วยพลังเชิงรุก สร้างสุขชุมชนด้วยคนหน้างาน”

เวลา 09.00 – 12.00 น. ห้อง Sapphire 202

เอ็นดู ธรรมวงษ์การณีย์ ผู้บันทึก

สังกัด สถานการณ์แพทย์แผนไทยประยุกต์ โรงพยาบาลศิริราช

โทรอีเมลล์ 08-3078-9833 , a_endu_26@hotmail.com

หัวข้อเรื่อง	การพัฒนาการค้นหาและการจัดการผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเชิงรุกในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี			
วิทยากร	พว.รสสุคนธ์	ตันติวิจิตเวช	โรงพยาบาลโพธาราม	จ.ราชบุรี
ผู้นำสนทนา	ดร.ผาสุข	แก้วเจริญตา	โรงพยาบาลลับแล	จ.อุตรดิตถ์
	คุณจรรยาวัฒน์	ทับจันทร์	โรงพยาบาลสูงเนิน	
	คุณจินตนา	แสงจันทร์	โรงพยาบาลเชียงใหม่	
	คุณบุษบา	การกล้า	โรงพยาบาลตระการพืชผล	

จากสถานการณ์การให้บริการ NCD clinic ของอำเภอโพธารามมีจำนวนผู้ป่วย NCD 17,909 ราย ซึ่งเทียบเท่าผู้ป่วยโรคไตของทั้งจังหวัดเพชรบุรี โดยมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวน 250-320 ราย/visit จึงเกิดความแออัดในการให้บริการแก่ผู้ป่วย

ปัญหาที่พบจากการดำเนินงาน NCD CKD คือ การคัดกรองการชะลอความเสื่อมของไตตามนโยบายการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนโรคไต ในปีงบประมาณ 2558 ใช้เวลาเก็บข้อมูล 8-10 เดือน พบว่าจำนวนผู้ป่วยในระบบ HDC มีจำนวนไม่ตรงกับฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ซึ่งเกิดจากการกรอกรหัสโรคไม่สัมพันธ์กับข้อมูลจริง เช่น ไม่กรอกข้อมูล กรอกข้อมูลผิดพลาด รวมถึงไม่มีการคืนข้อมูลและแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคไตที่ชัดเจนให้แก่หน่วยบริการในชุมชน

ปัญหาในการดำเนินงานของคลินิกโรคไต คือ ใช้ระยะเวลานัดผู้เพื่อส่งผู้ป่วยเข้าคลินิกโรคไตมีนานเฉลี่ย 33 วันต่อราย มีการสูญหายของผู้ป่วยระหว่างการนัดหมาย การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคไตในระยะที่ 4-5 มีเพียงร้อยละ 28 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่ Service Plan สาขาไตกำหนดไว้ (มากกว่าร้อยละ 60) ทำให้ไม่มีการเตรียมพร้อมในการรักษา และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบฉุกเฉินก่อนจะได้รับการล้างไตทางช่องท้องมีจำนวนมาก ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง

สรุปปัญหาที่พบ ได้แก่

1. ระบบการจัดการข้อมูลจากการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเป็นแบบ “คัด กอง” ข้อมูลที่ได้มานั้นไม่มีการนำมาใช้ประโยชน์ ค้นหาผู้ป่วยโรคไตได้น้อย รวมถึงขาดการวินิจฉัยและการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตได้รับการรักษาที่เหมาะสม

2. แนวโน้มผู้ป่วยโรคไตมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี

3. การดำเนินงานของคลินิกเป็นแบบตั้งรับมากกว่ารุก คือ นัดหมายผู้ป่วยและรอให้ผู้ป่วยมารับบริการด้วยตนเอง ทำให้เกิดการสูญหายของผู้ป่วย ใช้ระยะเวลาในการมารับบริการแต่ละครั้งนาน และผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องพอกเลือดฯ ก่อนการล้างไตทางช่องท้อง ทำให้โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายในการรักษากรณีฉุกเฉินสูงขึ้น

แนวทางการแก้ไขปัญหา คือ ใช้แนวคิดในการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active case finding) หากสามารถค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็วจะช่วยให้สามารถวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่วัยแรก ช่วยให้ผู้ป่วยรู้โรคเร็ว เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น และนำไปสู่การได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วตามมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้การขับเคลื่อนตามหลักของ PDCA (Plan do check and act) Research & Development และการมีส่วนร่วม (Participate)

การดำเนินงานวิจัย เริ่มจากศึกษากระบวนการดำเนินงานในคลินิก ซึ่งรูปแบบเดิมนั้นเริ่มจากผู้ป่วยมารับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยการเจาะเลือดและเก็บปัสสาวะ จากนั้นจะส่งเข้าพบแพทย์เพื่อรับการรักษา ให้การวินิจฉัยและลงบันทึกระยะของโรคในเวชระเบียน จากนั้นนัดผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 4-5 เข้าคลินิกโรคไตใน 1-2 เดือนต่อมา และเจ้าหน้าที่เวชระเบียนจะเป็นผู้บันทึกรหัสโรคลงในโปรแกรม HosXP ตามที่แพทย์วินิจฉัยหรือบันทึกรหัส N189 ในรายที่แพทย์ไม่ได้วินิจฉัยระยะของโรค ซึ่งทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่ครบถ้วน จึงมีการประชุมทีมกับหลายฝ่าย เช่น แพทย์ นักวิทย์สถิติ ฝ่าย IT และพยาบาล CKD manager จนได้รูปแบบใหม่ ดังนี้

รูปแบบที่ 1 คือ หลังจากผู้ป่วยคัดกรองโรคจะลงบันทึกรหัสโรคในเวชระเบียนก่อนเข้าพบแพทย์ ปัญหาที่พบ คือ มีจำนวนเวชระเบียนมาก ใช้เวลาตรวจสอบและบันทึกรหัสโรคนานประมาณ 5-10 นาทีต่อเล่ม ทำให้การทำงานล่าช้า และไม่สามารถทำได้ตามเวลา

รูปแบบที่ 2 คือ หลังจากผู้ป่วยคัดกรองโรคและพบแพทย์เรียบร้อยแล้ว จึงนำบันทึกเวชระเบียนมาตรวจสอบว่าแพทย์บันทึกรหัสโรคครบหรือไม่ หากไม่ครบจึงบันทึกรหัสโรคลงในบันทึกเวชระเบียน ปัญหาที่พบ คือ ไม่สามารถตรวจสอบบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยได้ครบทุกราย เนื่องจากผู้ป่วยใช้บริการหลายคลินิกในการมารับบริการ 1 ครั้ง ทำให้การตรวจสอบทำได้ลำบากและมีหลายหน่วยงานต้องใช้บันทึกเวชระเบียนเล่มเดียวกันจึงต้องรีบคืนบันทึกแก่ฝ่ายเวชระเบียน

รูปแบบสุดท้าย คือ การใช้โปรแกรม HosXP ในการค้นหาข้อมูลผู้ป่วยโรคไตจากรายงานเวชระเบียน จากนั้นตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยจากโปรแกรม HosXP แทนบันทึกเวชระเบียน โดยมีการกำหนดเป้าหมายการลงรหัสโรคจากการประชุมร่วมกับแพทย์ว่าทีมงานจะลงรหัสวินิจฉัยโรคไตในระยะที่ 3-5 เท่านั้น ส่วนในระยะที่ 1-2 แพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยเอง และทีมงานจะวินิจฉัยโดยดูผลเลือดย้อนหลังอย่างน้อย 3 เดือนตามเกณฑ์ของสมาคมฯ หรือผลเลือดย้อนหลังทั้งหมดของผู้ป่วย

ผลการวิจัย จากการพัฒนาศักยภาพของทีมงานโดยการศึกษาค่านิยามและการลงรหัสโรค พบว่าการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตสามารถทำได้รวดเร็วขึ้นจากระยะเวลา 8-10 เดือนเหลือเพียง 4 เดือน ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 และมีจำนวนผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองโรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนจาก 1,270 เป็น 2,965 ราย มีข้อมูลผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองในระบบ HDC เพิ่มขึ้น และจากการค้นหาผู้ป่วยที่สามารถทำได้มากขึ้น ทำให้มี

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบฉุกเฉินก่อนที่จะได้รับการล้างไตลดลง มีผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง

การนำไปใช้ประโยชน์ มีการคืนข้อมูลผู้ป่วยแก่หน่วยบริการในชุมชน รวมถึงสามารถติดตามผู้ป่วยที่ขาดการติดต่อได้ และพัฒนาการใช้ยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคไต คือ ระบุระยะของโรคไตในใบสั่งยาและใช้การดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล เพื่อพัฒนาการรักษาต่อไป

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นตัวอย่างของการปฏิบัติที่ดี โดยเริ่มจากการนำปัญหาหน้างานมาสู่การวิจัย มีการนำเทคโนโลยีที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ และสามารถเผยแพร่ให้โรงพยาบาลอื่นนำไปใช้แก้ปัญหาระบบ HDC ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในหลายพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หัวข้อเรื่อง	การจัดการปัญหายาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าม่วง			
วิทยากร	ภก.ปิยะวัฒน์ รัตนพันธ์	รศ.ดร.วิมลรัตน์	โรงพยาบาลท่าม่วง	จ.น่าน
ผู้นำสนทนา	ดร.ผาสุข แก้วเจริญตา		โรงพยาบาลลับแล	จ.อุตรดิตถ์
	คุณจรรยาวัฒน์ ทับจันทร์		โรงพยาบาลสูงเนิน	
	คุณจินตนา แสงจันทร์		โรงพยาบาลเขียงกลาง	
	คุณบุษบา การกล้า		โรงพยาบาลตระการพืชผล	

จากการสำรวจในปี พ.ศ.2557 โรงพยาบาลท่าม่วงซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก จำนวน 30 เตียง พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก เช่น โรคความดันโลหิตสูง 5,044 คน โรคเบาหวาน 1,814 คน, โรคหอบหืดและ COPD 825 คน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับยาหลายชนิดและได้รับยาในปริมาณมาก ทำให้เกิดความเสี่ยงจากการใช้ยาอยู่เป็นประจำ โดยมีมูลค่ายาเหลือใช้ 923,969.16 บาทต่อปี ในขณะเดียวกัน โรงพยาบาลกำลังประสบปัญหาด้านการเงินอยู่ในความเสี่ยงระดับ 7 ซึ่งเป็นภาวะวิกฤติ ดังนั้นในปี พ.ศ.2558-2559 โรงพยาบาลจึงกำหนดเป้าหมายลดการใช้ทรัพยากรและสนับสนุนการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า หน่วยงานฝ่ายเภสัชจึงกำหนดประเด็นปัญหาเรื่องยาเหลือใช้ที่มีความสำคัญเป็นอันดับต้นในการจัดการแก้ไข ดังนั้นวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการพัฒนาในครั้งนี้ คือ เพื่อศึกษาผลการจัดการปัญหายาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กิจกรรมในการพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 เป็นการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นด้านปริมาณ สาเหตุและมูลค่าของยาเหลือใช้ เก็บข้อมูลตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ.2557 ถึงมกราคม พ.ศ.2558 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 4 เดือน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยและประมาณการมูลค่ายาเหลือใช้ที่สูญเสียไปใน 1 ปี พบว่า มีมูลค่า 923,969.16 บาท ต่อมาทำการสุ่มสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยจำนวน 200 ราย ถึงสาเหตุของการมียาเหลือใช้ โดยผู้ป่วย 1 รายสามารถตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ พบว่า สาเหตุที่พบมากที่สุดของยาเหลือใช้ คือ ยาเหลือสะสมที่บ้าน เช่น เหลือสะสมจากการนัดหมายกับแพทย์ หรือผู้ป่วย 1 ราย พบแพทย์หลายโรงพยาบาล ทำให้ได้รับยาจากหลายโรงพยาบาลจนเหลือสะสมไว้ ซึ่งเป็นอัตราส่วนร้อยละ 37.56 และสาเหตุอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยบางกลุ่มลืมรับประทานยาในบางมื้อ มักลืมมื้อกลางวันในผู้ป่วยที่ทำงาน ผู้สูงอายุอ่านฉลากยาไม่ได้ ผู้ป่วยไม่ได้มารับการรักษาหรือมารับยาตามนัดหมาย ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจึงหยุดยาเอง ผู้ป่วยปรับยาดด้วยตนเอง และการขาดการสนับสนุนทางสังคม เช่น ขาดผู้ดูแล สถานะทางการเงิน หรือการเดินทาง เป็นต้น

ระยะที่ 2 เป็นการทบทวนและวิเคราะห์เพื่อจัดการปัญหายาเหลือใช้โดยทีมสหวิชาชีพ มีการใช้กลไกของทีม PCT (Patient care Team) เพื่อให้เกิดหนทางการแก้ไขปัญหา และดำเนินการตามแผนงาน ซึ่งมีทั้งหมด 6 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 คือ การจัดการปัญหาตามสาเหตุยาเหลือใช้เป็นรายกรณี เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้อง รายละเอียดมีดังนี้

1. เภสัชกรให้ความรู้เรื่องการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและญาติ
2. จัดทำนวัตกรรมช่วยรับประทานยา ได้แก่ การทำสัญลักษณ์วงกลมสีน้ำเงินและสีแดง ลงในช่องตาราง 4 ช่อง ซึ่งหมายถึงช่วงเวลาที่ต้องรับประทานยา ได้แก่ มื้ออาหาร 3 มื้อ และก่อนนอน โดยสัญลักษณ์สีน้ำเงิน หมายถึง การรับประทานยาหลังอาหาร และสีแดง หมายถึง การรับประทานยาก่อนอาหาร เพื่อช่วย

ให้ผู้ป่วยเข้าใจได้มากยิ่งขึ้น และทำนวัตกรรมการปฏิบัติพยาบาล เพื่อช่วยผู้ป่วยโรคเรื้อรังรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin ซึ่งเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง หากการรับประทานยาผิดพลาดจะทำให้เกิดเลือดออกผิดปกติได้ รวมถึงหากผู้ป่วยใช้ปฏิบัติพยาบาลแล้วยังพบปัญหา จะมีช่องยาชุดสำหรับการรับประทานยาในแต่ละวันให้อีกด้วย

3. การออกเยี่ยมบ้านเพื่อแก้ไขปัญหาด้านยา

กิจกรรมที่ 2 คือ การกระตุ้นผู้ป่วยให้นำยาเหลือใช้มาโรงพยาบาลทุกครั้ง โดยจะทำการปลุกฝังเป็นวัฒนธรรมองค์กรของโรงพยาบาล รายละเอียดมีดังนี้

1. บุคลากรของโรงพยาบาลกระตุ้นเตือนผู้ป่วยในทุกจุดรับบริการ
2. การเพิ่มข้อความที่หน้าสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และในบัตรนัดให้ผู้พื่อนำยาเหลือใช้มาโรงพยาบาลทุกครั้ง ให้ผู้ป่วยเห็นข้อความเป็นประจำเพื่อให้ผู้ป่วยนำยาเหลือใช้กลับมาสู่ระบบ
3. ให้ความรู้เรื่องยาเหลือใช้ในกิจกรรมต่างๆ
4. เพิ่มหัวข้อเรื่องยาเหลือใช้ในการให้สุศึกษาในคลินิกโรคเรื้อรัง

กิจกรรมที่ 3 คือ การส่งจ่ายยาให้ตรงวันนัด โดยแบ่งเป็น 2 กรณี ดังนี้

1. กรณีแพทย์จ่ายยาไม่สัมพันธ์กับวันนัด จะให้เภสัชกรยืนยันคำสั่งใช้ยากับแพทย์ทุกครั้ง
2. กรณีแพทย์ใช้คำสั่ง Re-medicine ในโปรแกรม HosXP ให้ตรวจสอบจำนวนยากับวันนัดให้สัมพันธ์กันทุกครั้ง และหากจำนวนยาไม่ตรงกับวันนัดให้เภสัชกรปรึกษาแพทย์ทันที

กิจกรรมที่ 4 คือ การพัฒนาระบบนัดและติดตามผู้ป่วยขาดนัด โดยมีการวิเคราะห์สาเหตุปัญหาการขาดนัด ดังนี้

1. สาเหตุจากตัวผู้ป่วย เช่น ขาดความรู้ ขาดความตระหนักในการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ลืมวันนัด
2. สาเหตุจากตัวเจ้าหน้าที่ เช่น ขาดการมอบหมายงานที่ชัดเจน บันทึกข้อมูลจุดนัดบริการผิดพลาดทำให้การกรอกรวันนัดในโปรแกรมติดตามคนไข้ไม่ครบถ้วน

การพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัด มีดังนี้

1. ภายหลังกการพบแพทย์เจ้าหน้าที่จุดคัดกรองจะเขียน วัน เดือน ปี ในใบนัดหรือในสมุดคู่มือผู้ป่วย โดยเขียนให้อ่านออก ชัดเจน และเน้นย้ำให้ผู้พื่อนมารับการตรวจให้ตรงวันนัดทุกราย
2. ในกรณีผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีญาติมาด้วย ให้อ่านทวนข้อมูลวันนัดซ้ำให้ฟัง พร้อมสอบถามความเข้าใจให้ถูกต้องตรงกันก่อนไปรับยากลับบ้านทุกราย
3. กรณีผู้ป่วยมาก่อนนัด พยาบาลต้องแก้ไขข้อมูลวันนัดเดิมให้ตรงกับวันที่ผู้ป่วยมารับบริการ
4. ช่วงเย็นหลังให้บริการเสร็จสิ้น ให้ตรวจสอบผู้ป่วยขาดนัดในวันนั้นจากโปรแกรม HosXP
5. กรณีขาดนัดเกิน 3 วัน ให้ออกจดหมายติดตาม ถ้าติดตามไป 2 ครั้งแล้ว ผู้ป่วยยังไม่มา ให้แจ้งสถานบริการที่รับผิดชอบให้ทราบและร่วมติดตาม

กิจกรรมที่ 5 คือ การจัดการรายการกรณีในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยดำเนินการร่วมกับชุมชน อสม. เพื่อจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม สำหรับวิเคราะห์และจัดการปัญหา ดังนี้

1. ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความรู้ดี แต่ปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง แก้ไขโดยการจัดให้ทำ Focus group ทบทวนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จัด patient empower โดยบุคคลต้นแบบ
2. ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีความรู้ แต่มีผู้ดูแล แก้ไขโดยการพัฒนาทักษะและความรู้แก่ผู้ดูแล

3. ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีความรู้และขาดผู้ดูแล แก้ไขโดยการให้ชุมชนจัดหาจิตอาสา อสม. และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่วนตำบลร่วมกันดูแล และพัฒนาทักษะให้กับจิตอาสา อบต. สนับสนุนการรับส่ง จัดสิ่งแวดล้อม และสนับสนุนการสื่อสารการขอรับการช่วยเหลือ

นอกจากนี้จะมีการจัดทำช่องทางการสื่อสารทางโทรศัพท์และกลุ่ม Line เพื่อเป็นช่องทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย รวมถึงมีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับชุมชนและโรงพยาบาลส่วนตำบลติดตามเจาะเลือดผู้ป่วยในรายที่มาโรงพยาบาลไม่ได้และทำการประเมินผล

กิจกรรมที่ 6 คือ การให้การสนับสนุนทางสังคม โดยการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ จิตอาสา เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในพื้นที่ อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล และมีการประสานงานกับ อบต. เพื่อจัดรถรับ-ส่งผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาด้านการเดินทางมาโรงพยาบาล มีการนัดผู้ป่วยที่เดินทางลำบาก ภายในพื้นที่เดียวกันให้มารับการตรวจภายในวันเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมาด้วยกันได้ และมีการกระจายผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ให้รับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลใกล้บ้าน

ระยะที่ 3 คือ การประเมินผลการดำเนินงาน พบว่า มูลค่ายาเหลือใช้ลดลงเหลือ

ผลการศึกษา พบว่า

1. มูลค่ายาเหลือใช้จาก 923,969.16 บาทต่อปีในปี พ.ศ.2557 ลดลงเป็น 645,745.41 บาทต่อปีในปี พ.ศ. 2559 และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง
2. อัตราการขาดนัดลดลงจากร้อยละ 34.48 ในปี พ.ศ.2557 เป็นร้อยละ 2.60 ในปี พ.ศ.2559 และเข้าสู่การจัดการรายกรณีต่อไป
3. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่
 - ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอัตราการควบคุม FBS ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 76.66 และอัตราการเข้านอนซ้ำในโรงพยาบาลด้วยปัญหาน้ำตาลต่ำหรือน้ำตาลสูงลดลงจากร้อยละ 43.33 เป็นร้อยละ 6.67
 - ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตดีขึ้นจากร้อยละ 29.59 เป็นร้อยละ 42.50
 - ผู้ป่วย COPD ที่อาการกำเริบมารับการรักษาที่หน่วยฉุกเฉินลดลงจากร้อยละ 48.34 เป็นร้อยละ 46.00 ซึ่งจะได้รับการแก้ปัญหาต่อไป
4. ผู้ป่วยที่มีปัญหาการรับประทานยา และใช้นวัตกรรมฉลากช่วยรับประทานยา พบว่า ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 95 ในปี พ.ศ.2559
5. การออกเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อแก้ปัญหาด้านยาแก่ผู้ป่วยจำนวน 63 ราย พบว่า เภสัชกรสามารถแก้ปัญหาการใช้ยาได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 90

จากการศึกษาเรื่องปัญหายาเหลือใช้ พบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเบาหวาน หอบหืดและ COPD ทำให้สามารถควบคุมโรคได้มากขึ้นร่วมกับสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้อีกด้วย อีกทั้งยังเป็นการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพทำให้สามารถมองเห็นมุมมองต่างๆ ได้มากขึ้นจนสามารถแก้ปัญหาที่ต้นเหตุได้

หัวข้อเรื่อง	กลุ่มฮาลาเกาะห์ และสื่อ 3o วิถีมุสลิม กับการลดโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปือระ ตำบลบาเราะใต้ อำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส			
วิทยากร	พว.เสาวนีย์	ปาวัล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปือระ	จ.นราธิวาส
ผู้นำสนทนา	ดร.ผาสุข	แก้วเจริญตา	โรงพยาบาลลับแล	จ.อุตรดิตถ์
	คุณจรรยาวัฒน์	ทับจันทร์	โรงพยาบาลสูงเนิน	
	คุณจินตนา	แสงจันทร์	โรงพยาบาลเชียงใหม่	
	คุณบุษบา	การกล้า	โรงพยาบาลตระการพืชผล	

จากการสำรวจผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลของตนเองได้มีเพียงร้อยละ 18.71 ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐานตัวชี้วัดที่ระบุว่าต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 จึงเป็นปัญหาว่า ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลของตนเองได้

จากการตั้งเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับชุมชนพบว่า ปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลของตนเองไม่ได้ คือ อาหาร เนื่องจากประชาชนส่วนมากในพื้นที่ชอบรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ในงานเลี้ยง งานเมาลิด หรืองานแต่ง เช่น มัสมันเนื้อ ข้าวหมก ปลาเค็ม บูด ตาแป(ข้าวหมก) หรือตุ๋นชูตง(ปลาหมึกยัดไส้) ซึ่งอาหารเหล่านี้เป็นอาหารที่มีรสเค็มหรือหวานจัด

วิธีการทำตาแป(ข้าวหมก) คือ นำข้าวเหนียวมาแช่น้ำทิ้งไว้ประมาณ 6 ชั่วโมง นำไปนึ่งพอสุกแล้วยกใส่ถาดไว้ จากนั้นนำผงยีสต์ ซึ่งเป็นลักษณะกลม สีขาว มาบดร่อนผสมกับข้าวเหนียวที่นึ่งไว้ และห่อด้วยใบตอง ใบย่าน หรือใบหูกวาง ห่อให้เป็นคำเล็กๆ ประมาณ 1 ซ่อนชาหรือซ่อนโตะ บรรจุใส่ภาชนะ จากนั้นใส่หม้อที่มีฝาปิดทิ้งไว้ 2 คืน จึงจะได้ตาแปที่หอมหวาน ซึ่งมีลักษณะคล้ายข้าวเหนียวที่มีน้ำเยิ้ม มีรสชาติหวานมาก

วิธีการทำตุ๋นชูตง(ปลาหมึกยัดไส้) คือ นำข้าวเหนียวมาล้างให้สะอาด แล้วนำมาผสมกับกะทิ จากนั้นล้างปลาหมึกและแกะหัวปลาหมึกออกแล้วลัดด้วยไม้ บรรจุข้าวเหนียวใส่ลงในปลาหมึกแล้วเอาหัวปลาหมึกและเข็มลัดมากลัดเป็นรูปกากบาท จากนั้นนำมาต้มใส่เครื่องปรุง ได้แก่ น้ำตาลแว่น น้ำตาล เกลือ อาจใส่ใบเตยเพื่อเพิ่มความหอมก็ได้ เมื่อสุกจึงตักใส่ถ้วยพร้อมรับประทาน

กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดการรับประทานอาหารรสหวานได้ คือ การดูแลและให้คำแนะนำแก่เครือข่าย ได้แก่ อบต. และอสม. ของชุมชนเพื่อให้ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองโดยใช้หลักฮาลาเกาะห์ และสื่อ 3o วิถีมุสลิม

กลุ่มฮาลาเกาะห์ มาจากคำว่า “ฮาลาเกาะห์” ซึ่งเป็นภาษาอาหรับ หมายถึง การรวมกลุ่มหรือการตั้งวง โดยมีการประยุกต์มาจากการนั่งตั้งวงอ่านพระคัมภีร์อัลกุรอานเป็นการปฏิบัติตามสุนนะฮ์ท่านนบี จึงนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในกลุ่ม โดยในกลุ่มจะมีสมาชิกประมาณ 10-15 คน และมีผู้นำซึ่งมีหน้าที่ซักถามอาการของสมาชิก นัดหมายการทำกลุ่มทุก 1 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน เพื่อประเมินระดับน้ำตาลของสมาชิกแต่ละคน สรุปเรื่องราวที่สมาชิกแต่ละคนพูดคุย แลกเปลี่ยนกันในแต่ละกลุ่ม เป็นการนำศาสนาและความเชื่อเข้ามาใช้ในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยง

จากการศึกษาซึ่งมีจำนวนผู้เข้าร่วมทั้งหมด 51 คน แบ่งเป็นกลุ่มเสียง 38 คน และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน 13 คน จะแบ่งกลุ่มแยกเพศชายหญิงออกจากกันโดยมีผู้มาขึ้น แบ่งเป็นผู้หญิง 37 คนและผู้ชาย 14 คน เป็นกลุ่มฮาลาเกาะห์ ซึ่งมีขั้นตอนการทำงาน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มอาบน้ำ แปรงฟันให้สะอาด แล้วแจกเล่มคัมภีร์อัลกุรอานแบบย่อฉบับพกพา เป็นคู่มือการทำงานฮาลาเกาะห์อัลกุรอานแก่สมาชิกทุกคน จากนั้นเลือกผู้นำกลุ่ม
2. ขั้นการอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน จากเดิมจะเป็นการอ่านคัมภีร์อัลกุรอานจากภาษาอาหรับ ทางกลุ่มจึงนำมาประยุกต์ใช้โดยการแปลให้เป็นภาษาที่สามารถเข้าใจได้ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถเข้าใจถึงคำสอนของศาสนาและสามารถนำมาปรับใช้ในการเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้
3. ขั้นตอนการปิดฮาลาเกาะห์

สื่อ 3 อ วิถีมุสลิม คือ การใช้หลักศาสนาตามคัมภีร์อัลกุรอาน ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้นับถือศาสนาอิสลามใช้เป็นประจำในชีวิตประจำวันมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ตามซูเราะห์ที่ 168 กล่าวว่า “มนุษย์เอ๋ย! จงบริโภคสิ่งอนุมัติที่ดีๆ จากสิ่งที่อยู่ในแผ่นดิน และจงอย่าตามบรรดาก้าวเดินของชัยฏอน แท้จริงมันคือศัตรูที่ชัดแจ้งของพวกเจ้า” ซึ่งเป็นการกล่าวถึงการรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ที่เหมาะสมต่อตนเองและรับประทานอาหารที่เหมาะสมต่อโรคจะช่วยป้องกันโรคอื่นไม่ให้เข้าหาตนเอง

ตัวอย่างต้นแบบที่สร้างแรงบันดาลใจให้แก่กลุ่มเสียงและกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาล 280 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ซึ่งอยู่ในระดับสีส้มของปิ๊งองจรรยา 7 สี ในช่วงเวลา 9 เดือนที่มาเข้าร่วมกลุ่มฮาลาเกาะห์หรือเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 13 ครั้ง โดยใช้หลักฮาลาเกาะห์ วิถีมุสลิม และสื่อ 3 อ ในการดูแลตนเอง พบว่า ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและลดระดับน้ำตาลได้จนเหลือ 97 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ซึ่งอยู่ในระดับสีเขียว ปัจจุบันกลายมาเป็นผู้นำกลุ่มฮาลาเกาะห์ และคอยแลกเปลี่ยนข้อมูลกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสียงในการดูแลสุขภาพ