

การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ครั้งที่ 10

“ทศวรรษ R2R พัฒนาคอนไทยสู่สังคม 4.0”

วันพุธ ที่ 6 กรกฎาคม 2560 ณ ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี

Session : แลกเปลี่ยนเรียนรู้ “สยบปัญหาเรื้อรัง ด้วยพลังเชิงรุก สร้างสุขชุมชนด้วยคนหน้างาน”

เวลา 09.00 – 10.30 น. ห้อง Sapphire 202

นายทรงวุฒิ ท่าจีน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

อีเมล : sthajeen@gmail.com

หัวข้อเรื่อง (1) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองรายบุคคลผ่านแอปพลิเคชันสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง (พว.กรรณิการ์ ยั่งยืน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น)

หัวข้อเรื่อง (2) การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หรือความดันโลหิตสูง ด้วยทีมครอบครัว (พว.อุมาภรณ์ กำลังดี โรงพยาบาลบางไทร จังหวัดพังงา)

ผู้นำเสนอ ดร.ผาสุข แก้วเจริญตา รพ.ลับแล จ.อุตรดิตถ์ และคุณจรรยาวัฒน์ ทับจันทร์ รพ.สูงเนิน

ปัญหานำสู่คำถามวิจัย

“ได้หมด ถ้าสดชื่น” วลีที่มักจะได้ยินกันบ่อย ๆ ในสังคมยุคการสื่อสารไร้พรมแดน แต่ถ้าในวงการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อาจต้องเป็นวลีนี้ “อู๋เหมิต มันอดบได้ : รั้หมด แต่อดไม่ได้” นั่นหมายความว่า บุคคลมีการรับรู้และเข้าใจว่าพฤติกรรมอย่างไรเสี่ยงต่อการป่วยหรือพฤติกรรมอย่างไรส่งเสริมสุขภาพไม่ให้อายุยืน อย่างโปรแกรมชีวิต “3อ. 2ส.” ที่วงการสาธารณสุขคิดขึ้น ถ้าจะถาม แม้เจ้าหน้าที่ในวงการเองก็มีน้อยคนนักที่จะปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ “จะแน่ใจได้อย่างไรว่า เมื่อนำเรื่องเหล่านี้ไปบอกประชาชน แล้วเขาจะเชื่อและปฏิบัติตาม” จึงไม่น่าแปลกใจที่ยังทำงานมากเท่าไร อัตราการป่วยของประชาชนด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ก็เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ชำร่วยวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ในปัจจุบันก็ไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ

“การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ คือมีระดับ HbA1C มากกว่า 8 % ร้อยละ 63 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายในเชิงลึก พบว่าเกิดจากพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่เหมาะสม ได้แก่ อาหาร (ฤดูกาลผลไม้ กินนิดเดียวน้ำตาลก็สูง) การรักษาในกรณีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หมอให้การรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ Hypoglycemia และคนใช้คิดว่าจะช็อก ก็เริ่มกิน สดท้ายน้ำตาลก็สูง คุมไม่ได้ หมอก็ต้องปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ หรือกรณีผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลต่ำก็จริง แต่วิธีจัดการปัญหาไม่เหมาะสม เช่น ฉีดอินซูลินแล้วเมื่อวัดระดับตาลพบว่าต่ำ ก็กินอาหารมื้อใหญ่ในช่วงดึก หรือการออกกำลังกายสม่ำเสมอมีแค่ร้อยละ 20 เท่านั้น หรือความเบื่อหน่ายต่อการป่วย ไม่อยากกินยา/ฉีดยา #กินยาแล้ว/ฉีดยาแล้ว น้ำตาลในเลือดก็ยังสูง กินข้าวชะเลย# ก็เกิดภาวะ Hypoglycemia ตามมา หรือผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่ทราบกันดีว่าจะเกิดภาวะ Insulin resistance ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่สำคัญกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในวัยทำงานและกลุ่มที่เดินทางบ่อย จะขาดการตรวจตามนัด ขาดยาในบางมื้อ และไม่สะดวกในการพกพายาฉีดไปในขณะเดินทาง ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง” นี่คือบริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวาน รพ.ศรีนครินทร์ ที่ พว.กรรณิการ์ ยั่งยืน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เล่าให้ฟัง

“มหานครเมืองใต้ ผลไม้ต่างๆ พระนารายณ์ล้าค่า ศรีธาหลวงพ้อเส็ง : ความอุดมสมบูรณ์ด้านอาหารการกิน อันได้แก่ ผลไม้ต่างๆ ทุเรียน มังคุด และอื่นๆ ที่มีตลอดปี กับอาหารทะเลนานาชนิด ที่คิดว่าเป็นเหตุให้มีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มากที่สุดในพื้นที่ #จากพยาบาลห้องฉุกเฉินที่ต้องผันบทบาทมาเป็นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง# สิ่งที่เป็นอุปสรรคคือไม่รู้จักบ้านผู้ป่วย ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงบริการ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบตั้งรับก่อนหน้านี้ไม่ดี มีแนวทางการดูแล การเยี่ยมบ้าน แต่ไม่มีรายละเอียดในทางปฏิบัติ มีทีมหมอบรรอบครัวตามนโยบาย แต่ไม่ได้ทำงานร่วมกัน ความใหม่ต่องานใหม่และความมุ่งมั่น จึงคิดว่า *ทำอย่างไรก็ได้ให้งานมันออก ให้งานมันงอก*” นี้คือหน้างานของ พว.อุมาภรณ์ กำลั้งดี รพ.บางไทร จังหวัดพังงา

เหล่านี้จะเป็นบริบทของคนหน้างาน NCD จะมีสักกี่คนนำมาคิดต่อว่า “เกิดจากอะไร จะแก้ไขอย่างไรดี” หลายคนอาจมาปัญหา จนไม่รู้จะเริ่มในส่วนไหนดี หลายคนอาจจะยอมจำนนทำไปตามระบบงานประจำ “มันคงไม่มีวิธีที่ดีกว่านี้” หลายพื้นที่อาจจะถูกระบบประเมินและตัวชี้วัดควบคุมกำกับ จึงไม่ได้สะท้อนปัญหา แต่สิ่งที่ทีมงานของทั้งสองพื้นที่ได้ดำเนินการนั้นหมายความว่า “ต้องมีอะไรบางอย่างที่ทำให้เป็นเช่นนี้ มันต้องมีวิธีที่จะดูแลผู้ป่วยให้มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นได้” หลายคนเมื่อนั่งฟังการนำเสนอการทำงานของคนอื่นแล้วมักจะเกิดข้อคิด “เรื่องน่าสนใจ ปัญหาเหมือนเรา ทำไมเราทำไม่ได้”

เนื้อเรื่อง/กระบวนการ

ปัญหาเดียวกันก็เชื่อว่าจะใช้วิธีแก้ไขอย่างเดียวกัน สิ่งที่ทั้งสองพื้นที่ทำในเบื้องต้น คือ การตีกรอบปัญหาให้ชัด ด้วยวิธีการศึกษาข้อมูลให้ครบ ให้เห็นบริบทที่ชัดเจน และเลือกเอาประเด็นสำคัญที่สนใจ “ผู้ป่วยวัยทำงาน เดินทางบ่อยไม่สะดวกในการนำอินซูลินชนิดฉีดติดตัวไปขณะเดินทาง ไม่มาตรวจรักษาตามนัด ทำให้ขาดยา ประสิทธิภาพการรักษาจึงไม่ดี” :บริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวาน รพ.ศรีนครินทร์ “ผู้ป่วยจำนวนมาก แต่ขาดการเข้าถึงบริการ วิธีการรักษาผู้ป่วยแบบตั้งรับที่ทำอยู่ได้ผลลัพธ์การดูแลไม่ดี มีทีมหมอบรรอบครัวและแนวทางการดูแล แต่ไม่ชัดเจนในการนำไปปฏิบัติและไม่ได้ทำงานร่วมกัน” :บริบทของ รพ.บางไทร จังหวัดพังงา

ต่อจากนั้นจึง สำรวจว่าทีมมีประสบการณ์กับประเด็นเหล่านี้อย่างไร คนอื่นเขาแก้ปัญหากันอย่างไร แล้วเหมาะสมกับบริบทของเราหรือไม่ “เมื่อเราทบทวนบทบาทของพยาบาลมีส่วนสำคัญในการให้ความรู้ การสอนติดตามอาการ เสริมสร้างพลังอำนาจ สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และพบว่าโปรแกรมการจัดการที่ใช้กันอยู่หลากหลายทั้งต่างประเทศและในประเทศ ซึ่งอาจใช้ได้ผ่านตัวแปร HbA1C และคุณภาพชีวิต แต่โปรแกรมนี้อาจใช้เวลา 6 – 8 สัปดาห์ นั่นแปลว่าผู้ป่วยต้องมาร่วมกิจกรรมกับเราที่โรงพยาบาล 6 – 8 สัปดาห์ แต่เมื่อเราวิเคราะห์ผู้ป่วยที่เราดูแลซึ่งอยู่ในวัยทำงาน แค่เวลาที่จะมาตามนัดก็ยุ่งยากอยู่แล้ว ถ้าเราจะเอาวิธีนี้มาใช้กับผู้ป่วยน่าจะไม่ได้รับความร่วมมือ เราจึงค้นคว้าต่อไปพบว่าการใช้โปรแกรมการจัดการผ่าน Diabetes Telecare ,การใช้โทรศัพท์ หรือ Email ก็ใช้ได้เช่นกัน ทำให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลสะสมลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และระดับไขมันในเลือดลดลงได้ โดยปกติเวลาสอนผู้ป่วยก็มักจะให้เบอร์โทร หรือ Add Line เพื่อให้สอบถามเวลามีปัญหา จึงคิดว่าน่าจะใช้ระบบนี้เข้ามาช่วย” :พว.กรรณิการ์ ยิ่งยืน รพ.ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น บอก

“เคยอบรมเรื่อง Community Health Improvement Process : CHIP model ของสำนักงานโรงพยาบาลคิดว่ามันดี” :พว.อุมาภรณ์ กำลั้งดี รพ.บางไทร จังหวัดพังงา เล่าให้ฟัง

วิธีการวิจัย

(1) พว.กรรณิการ์ ยิ่งย่น และทีม (แพทย์เฉพาะทางโรคต่อมไร้ท่อ พยาบาล และนักโภชนาการ) รพ.ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลือกทำการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองรายบุคคลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เลือกกลุ่มทดลองอย่างจำเพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีค่า HbA1C มากกว่า 8 , Lipid profile ที่มี Triglyceride มากกว่า 150 หรือ Cholesterol มากกว่า 200 ผู้ชายที่มี HDL น้อยกว่า 50 / ผู้หญิงที่มี HDL น้อยกว่า 40 หรือที่มี LDL มากกว่า 100

แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ “**ระยะพัฒนาโปรแกรม**” โดยนำข้อมูลเชิงประจักษ์จากการสืบค้น จำนวน 13 เรื่อง พัฒนาเป็นโปรแกรม 12 สัปดาห์ มีเครื่องมือ ประกอบด้วย คู่มือการจัดการตนเอง โปรแกรมการจัดการตนเองที่ส่งทางไลน์ และแบบประเมินพฤติกรรม ที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญและจริยธรรมการวิจัย “**ระยะการใช้โปรแกรม**” ในสัปดาห์แรกเมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการฯ ก็จะมีการประเมินพฤติกรรมเพื่อประเมินปัญหาจัดกิจกรรมให้ความรู้โดยพยาบาลและนักโภชนาการ พร้อมมอบคู่มือการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยนำกลับบ้าน สัปดาห์ที่ 2-11 เป็นการทบทวนความรู้ที่สอนไปในสัปดาห์แรก โดยการสื่อสารทางแอปพลิเคชันไลน์ ในเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก ใช้เวลาครั้งละ 5 – 10 นาที สัปดาห์ละ 1 เรื่อง ประกอบด้วย เรื่องอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การจัดการเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน การจัดการเมื่อมีภาวะไขมันในเลือดสูง พร้อมทดสอบความเข้าใจและทวนซ้ำจนกว่าจะเข้าใจในแต่ละเรื่อง และในสัปดาห์ที่ 12 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด มีการประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองและวัดผลทางคลินิก ได้แก่ FBS ,HbA1C ,Lipid profile

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และระดับน้ำตาลสะสมหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่ผล FBS และ Lipid profile ไม่แตกต่างกัน คิดว่าน่าจะมีผลมาจากระยะเวลาในการศึกษาสั้นเกินไป ทางทีมคิดว่าจะขยายเวลาศึกษาออกไปเป็น 6 เดือน และ 12 เดือน และอาจวัดผลลัพธ์เพิ่มเติมด้านคุณภาพชีวิต ในระยะต่อไป

(2) พว.อุมาภรณ์ กำลังดี รพ.บางไทร จังหวัดพิจิตร และทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ/ตำบล/ชุมชน เริ่มจากทำ focus group ,ถอดบทเรียนในชุมชน และเยี่ยมครัวเรือน ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่ามีความเบื่อหน่ายกับการกินยาและการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งไม่ต่างกับทัศนคติของกลุ่มผู้นำชุมชน โดยสิ่งที่ชุมชนอยากได้คือการดูแลที่ต่อเนื่อง “ก็เป็นโจทย์ของเราว่าจะต่อเนื่องอย่างไรให้เขาประทับใจและเป็น key man สำคัญให้กับเรา” ส่วนในมุมมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ยังสับสนในการปฏิบัติงาน เนื่องจากไม่มีแนวทางในการดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจน “เรายังไม่มีแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน มีแต่การเยี่ยมโดยรวม แต่เยี่ยมเฉพาะมันไม่มี และทีมหมอครอบครัวไม่ได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ทำให้ผลลัพธ์การดูแลไม่ดี รวมถึงการเข้าถึงบริการก็ไม่ดี”

ทีมมีการประยุกต์ใช้การจัดการปัญหาสุขภาพชุมชนแบบ Community Health Improvement Process : CHIP model และการทำ Action plan โดยบูรณาการกรอบแนวคิดกับหลักการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ร่วมกันวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า (ทีมหมอครอบครัว ผู้ป่วย เอกสาร/ตำรา และนโยบาย) ร่วมวิเคราะห์ประเด็นปัญหาและแนวทางแก้ไข (กระบวนการ) และร่วมประเมินผลลัพธ์ (ผลลัพธ์ทางคลินิก การเข้าถึงบริการ และความพึงพอใจ) ซึ่งมีการพัฒนา 2

รอบ ด้วยหลักการ R&D คือ ศึกษาค้นหาปัญหา ,ศึกษาแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ,สร้างพัฒนา ทดลองใช้ครั้งที่ 1 และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ,ทดลองใช้ครั้งที่ 2 ,ปรับปรุงและประกาศใช้

ผลการพัฒนาทำให้ได้รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ที่มีแนวทางปฏิบัติชัดเจน ทั้งก่อนเยี่ยม ขณะเยี่ยม และหลังเยี่ยม รวมถึงการพัฒนาเพิ่มเติมจากข้อเสนอแนะของทีม ได้แก่ เพิ่มเกณฑ์ความซับซ้อนทางสังคมของผู้ป่วย มีเกณฑ์การเยี่ยมฉุกเฉิน การเยี่ยมโดยทีมหมอครอบครัว พัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์ และการประชุมทีม ฯลฯ หลังจากใช้แนวทางดังกล่าว ทำให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการพึงพอใจ และการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้เพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 40.12 เป็น 55.62) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควบคุมได้เพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 45.12 เป็น 59.63) และผู้ป่วยได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนครอบคลุมเพิ่มขึ้น

ปัจจัยนำสู่ความสำเร็จ

1. ทีมมีความสำคัญ เพราะมีมุมมองหลากหลาย ทั้งมุมมองทางสังคมและการจัดการรายกรณี นำไปสู่การวิเคราะห์และการจัดการปัญหาได้ถูกเข้าน้ำแข็ง
2. การดึงเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน และสร้างข้อตกลงร่วม เพื่อระบบสุขภาพที่ยั่งยืน
3. การเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและได้ข้อมูลชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและแก้ปัญหาได้ดีขึ้น

คำถามเพิ่มเติม/ประเด็นที่น่าสนใจในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1. การใช้แอปพลิเคชันไลน์จะมีปัญหาเรื่องความลับหรือความเป็นส่วนตัวของคนไข้หรือไม่ “การใช้แอปพลิเคชันไลน์ในกรณีนี้ใช้แบบส่วนตัวระหว่างเจ้าหน้าที่กับคนไข้รายคน (ไม่ได้เป็นไลน์กลุ่ม) และทีมได้มีการทำเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมกับผู้ป่วยด้วย ซึ่งกำลังจะพัฒนาเป็นไลน์ของคลินิก”
2. คนไข้สูงอายุน่าสนใจถ้าจะสื่อสารผ่านลูก-หลาน ที่ใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้จะดีไหม “กรณีการเข้าร่วมโครงการฯ (ตาม Inclusion criteria) จะคัดเลือกคนที่สามารถอ่านและสื่อสารด้วยแอปพลิเคชันไลน์ได้เท่านั้น ส่วนคนที่ไม่สามารถ ก็จะใช้วิธีอื่น”
3. กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งมักจะมีปัญหาความไม่ครอบคลุมในระบบ HDC ในการศึกษาใช้กลุ่มเป้าหมายจากไหน และกรณีผู้ป่วยในชุมชนจะสื่อสารกันอย่างไร “กลุ่มเป้าหมายคนไข้มีอยู่ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่อยู่ในคลินิก NCD กลุ่มที่อยู่นอกคลินิก NCD และกลุ่มที่อยู่ใน รพ.สต. กรณีผู้ป่วยใน รพ.สต. ใช้วิธีการอบรม สร้างความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ กรณีมีปัญหาให้มีการส่งต่อ”

.....