

บทปาฐกถาพิเศษ

การป้องกันโรคเบาหวานในบริบทของไทย



วัลลา ตันตโยทัย

ผู้ประสานงานเครือข่ายจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

มูลนิธิเพื่อพัฒนาการบริบาลผู้ป่วยเบาหวาน

ปาฐกถาในการประชุมวิชาการระดับชาติ “วลัยลักษณ์วิจัย” ครั้งที่ 9

ณ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2560

เบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยการตรวจร่างกาย พบว่าความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ การสำรวจครั้งล่าสุดคือครั้งที่ 5 เมื่อปี พ.ศ. 2557 พบความชุกร้อยละ 8.9 คิดเป็นจำนวนผู้ป่วยประมาณ 4.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งที่ 4 เมื่อปี พ.ศ. 2551-2552 ซึ่งพบร้อยละ 6.9 หรือคิดเป็นจำนวน 3.3 ล้านคน ผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าผู้ชาย ความชุกต่ำสุดอยู่ในคนอายุน้อยและเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ความชุกสูงที่สุดอยู่ในคนกลุ่มอายุ 60-69 ปี การสำรวจดังกล่าวยังพบผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน (Prediabetes) คือมี Impaired fasting glucose (IFG) จำนวนอีกหลายล้านคน การสำรวจในครั้งที่ 5 พบความชุกของ IFG โดยรวมร้อยละ 14.25 เพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งที่ 4 ซึ่งพบร้อยละ 10.74 ทั้งนี้ยังไม่ได้รวมผู้ที่มีภาวะความทนต่อกลูโคสบกพร่อง (Impaired glucose tolerance; IGT) หากไม่มีการป้องกันใดๆ กลุ่มผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานเหล่านี้จะกลายเป็นผู้ป่วยเบาหวานในอนาคตอันใกล้ ดังนั้นการบริการสุขภาพจะต้องปรับเปลี่ยนไปเน้นการป้องกันหรือชะลอการเกิดโรค

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดให้ช้าลงได้ งานวิจัยเชิงทดลองที่ผ่านมาในประเทศจีน ฟินแลนด์ สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น และอินเดีย แสดงหลักฐานทางวิชาการว่า การแทรกแซงให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (lifestyle interventions) โดยเฉพาะการลดน้ำหนักและการออกกำลังกาย สามารถลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคเบาหวานได้ และลดได้มากกว่าการใช้ยา Metformin อย่างไรก็ตามงานวิจัยดังกล่าวเกือบทั้งหมดใช้โปรแกรมการแทรกแซง (Intervention) และการติดตามที่เข้มข้นภายใต้บริบทของการวิจัย ซึ่งมีความแตกต่างจากการปฏิบัติจริงในการให้บริการปกติ

เครือข่ายจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือ **“เครือข่ายเบาหวาน”** เป็นเครือข่ายทางสังคมที่ไม่เป็นทางการเกิดขึ้นโดยการริเริ่มของสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.) โรงพยาบาลเทพธารินทร์ และมูลนิธิเพื่อพัฒนาการบริบาลผู้ป่วยเบาหวาน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 มีการรวมตัวของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานจากพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ และใช้การจัดการความรู้ (Knowledge management) เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีการเผยแพร่เรื่องราวความสำเร็จหรือการปฏิบัติที่ดี (Best practice) เกี่ยวกับการป้องกันและการดูแลรักษาผู้เป็นเบาหวาน ในหลายรูปแบบ อาทิ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันแบบเห็นหน้าในการประชุมเชิงปฏิบัติการตลาดนัดความรู้ (Knowledge market) กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer assist) การประชุมวิชาการมหกรรมการจัดการความรู้ การเผยแพร่เรื่องราวผ่านเว็บไซต์ GotoKnow.org หนังสือ สื่อวิดีโอ ในวงกว้าง ทำให้เครือข่ายเป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวาง และเมื่อปี พ.ศ. 2554 ผู้ประสานงานเครือข่ายได้รับเชิญให้ไปนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ World Diabetes Congress ที่เมืองดูไบ ประเทศสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ซึ่งเป็นที่มาของการได้รับทุนสนับสนุนให้ดำเนินโครงการโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน (Community-based Diabetes Prevention Program in Thai Population) จากโครงการ BRIDGES ของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation, IDF) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และมูลนิธิเพื่อพัฒนาการบริบาลผู้ป่วยเบาหวาน

โครงการโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน

มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการจัดการความรู้ในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง โดยการเปรียบเทียบอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คณะผู้รับผิดชอบโครงการได้สร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของคนไทย สามารถนำไปปฏิบัติได้ในระบบบริการสุขภาพปกติ เนื่องจากผู้พัฒนาโปรแกรมเป็นผู้ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ ไม่นักวิชาการจากภายนอก กระบวนการพัฒนาโปรแกรมใช้โมเดล SECI ของโนนาคะ 11 เป็นแนวทางในการผสมผสานความรู้ปฏิบัติ (Tacit knowledge) จากความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตของผู้ที่มีความเสี่ยงและผู้ป่วยเบาหวานที่มีอยู่แล้วในพื้นที่ และความรู้แจ้งชัดหรือความรู้เชิงประจักษ์ (Evidence-based knowledge) โดยมีการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และรวบรวมความรู้จากการถอดบทเรียนเรื่องเล่าความสำเร็จ มาจัดหมวดหมู่ได้ 7 ประเด็นหลักคือ 1) การตระหนักรู้และเข้าใจตนเอง 2) การสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วม 3) การฟื้นฟูพลังทุนท้องถิ่น เสริมวิถีชีวิตใหม่ 4) การสร้างความสุขจากภายใน 5) การกินดี อย่างมีสติ 6) การใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉง และ 7) เศรษฐกิจพอเพียง และการพึ่งตนเอง

คณะผู้รับผิดชอบโครงการได้นำประเด็นหลักข้างต้นมาออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงในรูปแบบของกิจกรรมกลุ่ม (Group-based activities) ตามแนวทางของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) และการจัดการความรู้ แต่ละกิจกรรมประกอบด้วยวัตถุประสงค์/เป้าหมายของการเรียนรู้ วัตถุประสงค์ที่ใช้ ลำดับของการดำเนินกิจกรรม และบทบาทของคุณอำนวย (Facilitator) ทั้งนี้ทีมงานสามารถเลือกใช้หรือปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่ได้ประกอบด้วย

- การเรียนรู้แบบเข้าค่าย 3 วัน เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเข้าใจตนเอง เพื่อนในกลุ่ม ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน การดำเนินของโรคเบาหวานและผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพ การตั้งเป้าหมายและวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ตลอดจนเรียนรู้การใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงและการออกกำลังกาย

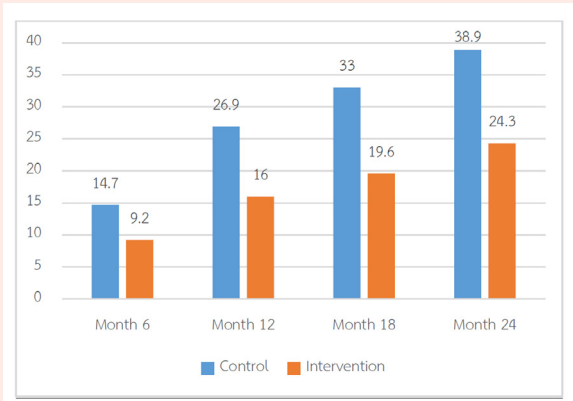
- กิจกรรมการเรียนรู้ครั้งละ 1/2 วัน ในเดือนที่ 1-6 เพื่อเรียนรู้เรื่องการกินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การเลือกกินอาหารในสถานการณ์ต่าง ๆ การสร้างความสุขจากภายใน รวมทั้งการประเมินตนเอง

- หลังการเรียนรู้ตามโปรแกรมครบ 6 เดือนแล้ว มีการจัดกิจกรรมให้กลุ่มเสี่ยงได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปฏิบัติ/การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างกันในกลุ่มย่อยทุก 2 - 3 เดือน

โครงการโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน ได้ดำเนินการใน 8 จังหวัด คือ นครนายก สมุทรสาคร นครราชสีมา นครพนม แพร่ พิษณุโลก นครศรีธรรมราช และตรัง ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 จนถึงสิ้นปี พ.ศ. 2559 อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการเป็นผู้ที่มีภาวะความทนต่อกลูโคสบกพร่อง (IGT) ทั้งเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 35 - 65 ปี เป็นกลุ่มควบคุม 883 คนและกลุ่มทดลอง 1,043 คน รวม 1,926 คน

การดำเนินโครงการเริ่มตั้งแต่การค้นหาผู้ที่มีภาวะ IGT ด้วยวิธีการทดสอบความทนต่อกลูโคส (Oral glucose tolerance test, OGTT) หลังการดื่มสารละลายที่มีกลูโคส 75 กรัม ทำการทดสอบกลุ่มเป้าหมายจำนวน 11,449 คน พบผู้ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดปกติ 6,217 คน คิดเป็นร้อยละ 54.3 ผู้ที่มี IGT 1,372 คน คิดเป็นร้อยละ 12.0 ผู้ที่มี IFG 1,409 คน คิดเป็นร้อยละ 12.3 ผู้ที่มี IFG+IGT 1,009 คน คิดเป็นร้อยละ 8.8 และผู้ที่เป็นเบาหวาน 1,442 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลผู้ผ่านการทำ 75g OGTT จำนวน 6,884 คน ซึ่งมีการบันทึกข้อมูลปัจจัยต่างๆ ครบถ้วน พบว่าการใช้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (Fasting plasma glucose, FPG) อย่างเดียว จะพลาดการวินิจฉัยผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานหรือ Prediabetes จำนวน 1,236 คน หรือร้อยละ 46.3 พลาดการวินิจฉัยผู้ที่เป็นเบาหวาน 446 คน หรือร้อยละ 54.6 ในขณะที่การใช้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มกลูโคส 2 ชั่วโมง (2h-Plasma glucose, 2h-PG) อย่างเดียว พลาดการวินิจฉัยผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานจำนวน 505 คนหรือร้อยละ 18.9 พลาดการวินิจฉัยผู้ที่เป็นเบาหวานจำนวน 57 คน หรือร้อยละ 7.012

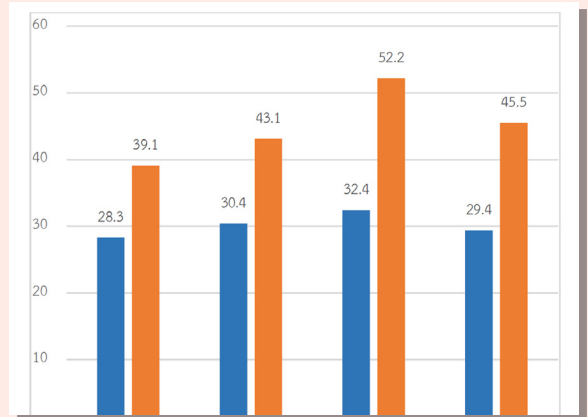
เมื่อติดตามอาสาสมัครในเดือนที่ 6, 12, 18 และ 24 พบว่าอุบัติการณ์สะสม (Cumulative incidence) ของโรคเบาหวาน ทั้งของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ แต่ของกลุ่มทดลองต่ำกว่าของกลุ่มควบคุมในทุกช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคืออุบัติการณ์สะสมของโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองเท่ากับร้อยละ 9.2, 16, 19.6 และ 24.3 ส่วนของกลุ่มควบคุมเท่ากับร้อยละ 14.7, 26.9, 33 และ 38.9 ตามลำดับ (ภาพที่ 1) ในช่วงเวลาเดียวกัน พบว่าอาสาสมัครทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีภาวะน้ำตาลในเลือดกลับมาปกติโดยสัดส่วนของอาสาสมัครกลุ่มทดลองที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดกลับมาปกติสูงกว่ากลุ่มควบคุม คือเท่ากับร้อยละ 39.1, 43.1, 52.2 และ 45.5 ส่วนของกลุ่มควบคุมเท่ากับร้อยละ 28.3, 30.4, 32.4 และ 29.4 ตามลำดับ (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 1 อุบัติการณ์สะสม (ร้อยละ) ของโรคเบาหวานในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ณ เดือนที่ 6, 12, 18 และ 24

นอกจากนี้ยังพบว่าในเดือนที่ 24 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย (Body mass index, BMI) FPG, 2h-PG และ HbA1C ต่ำกว่า และค่าเฉลี่ยของไขมัน HDL-C สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยของไขมันคอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol, TC) ไขมัน LDL-C และไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่าง (Mean of difference) ของดัชนีมวลกาย น้ำตาลในเลือด และไขมันในเลือด ในเดือนที่ 24 เทียบกับที่ Baseline พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างดัชนีมวลกาย FPG, 2h-PG และ HbA1C ลดลงมากกว่า และ HDL-C สูงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงกล่าวได้ว่าอาสาสมัครในกลุ่มทดลองเกิดโรคเบาหวานน้อยกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในทิศทางที่ดีกว่า

ในการดำเนินโครงการนี้ค้นพบว่า 1) อาสาสมัครกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่มตามแนวทางของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการจัดการความรู้ ที่กลุ่มเสี่ยงได้เรียนรู้ผ่านการลงมือกระทำร่วมกันและได้ใช้กระบวนการคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ได้กระทำลงไป ได้เรียนรู้ทั้งจากประสบการณ์ของตนเองและประสบการณ์ของเพื่อน มากกว่าการให้ความรู้แบบที่ใช้การฟังเป็นส่วนใหญ่ ทำให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้สึกอยากมาร่วมกิจกรรมและรู้สึกว่าได้รับการดูแล 2) กระบวนการจัดการเรียนรู้ตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมของบุคลากร



ภาพที่ 2 จำนวนอาสาสมัคร (ร้อยละ) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดกลับมาปกติ ณ เดือนที่ 6, 12, 18 และ 24

สหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญหรือความถนัดแตกต่างกัน โดยบุคลากรเหล่านี้จะต้องผ่านการฝึกอบรมการทำหน้าที่คุณอำนวย (Facilitator) มีความเข้าใจกระบวนการและเนื้อหาของเรื่องที่จะให้ความรู้เป็นอย่างดี เข้าใจบริบทของพื้นที่และสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ได้ 3) ทีมคุณอำนวย (Facilitator) ต้องเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ ทั้งในเรื่องพฤติกรรม การออกกำลังกาย รูปร่าง ซึ่งจะสร้างความมั่นใจให้กับตนเองในการให้ความรู้กับกลุ่มเสี่ยง และให้ความเชื่อมั่นกับกลุ่มเสี่ยงได้ว่าทำแล้วดีจริง รวมทั้งแสดงออกถึงความมุ่งมั่นและความพยายามในการทำงาน 4) ในการติดตามกลุ่มเสี่ยงเป็นระยะ ต้องมีการคืนข้อมูลผลการตรวจต่างๆ ให้กลุ่มเสี่ยงได้รับรู้สถานะสุขภาพของตนเองเสมอ โดยเฉพาะค่าระดับน้ำตาลในเลือด (ทุกการนัดหมาย) และเปิดโอกาสให้กลุ่มเสี่ยงได้สะท้อนความคิดและความรู้สึกของตนเอง 5) การประเมินผลความเปลี่ยนแปลงต้องใช้การวัดที่เห็นเป็นรูปธรรม เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเข้าใจอย่างชัดเจน เช่น การทดสอบสมรรถภาพร่างกาย การนับจำนวนสัญลักษณ์ลูกระเบิด เป็นต้น

ปัจจุบันโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตของโครงการนี้ ได้รับการบรรจุไว้ในรูปแบบการบริการป้องกันโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางต่อไป