

ส่ง file มาทำใหม่ครับ

รายงานผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในศูนย์สุขภาพชุมชน

สิทธิกร กำแพงทอง, พ.บ. *

Abstract**A Diabetic Patient Centered Care**

Sitthikorn Kumhengtong M.D.*

* Department of Community and Social Medicine, Ratchaburi Hospital, Ratchaburi Province, Thailand

J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2006;23:225–232.

A case report of 53 years old woman, a diabetic patient who went for her medical care at out Patient department of Ratchaburi Hospital for 2 years. Her Fasting Blood sugar was fail to control. After she went for her medical care at PCU 1 (Primary Care Unit 1) of Ratchaburi Hospital, Family physician provide a care for patient with “Patient – Centered Care” concept. 6 months later, her fasting blood sugar was under controlled. The patient attitude of disease, her disease, community and health care provider is significantly improving. The patient – doctor relationship was also increasing.

Key word :DM, Patient Centered Care

บทนำ

เริ่มตั้งแต่มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน ในปี พ.ศ. 2540 ได้มีกระแสปฏิรูปสุขภาพเกิดขึ้นในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2542 กลุ่มบุคคลหลายอาชีพที่มีแนวคิดร่วมกันเรื่องปฏิรูปสาธารณสุขได้มีแนวคิดร่วมกันจะนำระบบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมาใช้เยี่ยงประเทศที่เจริญแล้ว เช่น สหราชอาณาจักร ต่อมาในปี พ.ศ. 2543 กลุ่มปฏิรูปสาธารณสุขได้ผลักดันให้เกิดวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อเป็นสถาบันในการฝึกอบรมแพทย์ให้มีความรู้ความชำนาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นผลโรงพยาบาลราชบุรีมีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน 1 ขึ้น โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยในเขต ตำบลหน้าเมือง

อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ภายใต้แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

โรคเรื้อรัง (chronic illness) เป็นภาวะที่นำเป้าหมายสำหรับทั้งตัวคนไข้เอง ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องกินยาต่อเนื่องยาวนาน ต้องมารับบริการทางการแพทย์เป็นประจำสม่ำเสมอ รวมถึงต้องมีทัศนคติในการดูแลตนเองเป็นอย่างดี การรักษาจึงจะสัมฤทธิ์ผล บ่อยครั้งเราจึงพบว่าผลการรักษา

ผู้ป่วยเรื้อรังบางโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง จึงประสบความสำเร็จล้มเหลว ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานได้¹

* กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

การบริหารจัดการผู้ป่วยด้วยแนวคิดแบบเวชศาสตร์ครอบครัวให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic care) เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการรักษา (patient centered care) มีประโยชน์อย่างมากในการรักษา สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคในกลุ่ม Metabolic disease (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ อัมพาต อ้วน ฯลฯ) ผลการรักษาโรคเรื้อรังต่างๆอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีทัศนคติในการดูแลตนเองดีขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และคนไข้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต และลดงบประมาณทางด้านสาธารณสุขของประเทศได้²

รายงานผู้ป่วยต่อไปนี้ เป็นผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 53 ปีป่วยเป็นเบาหวานมานาน 3 ปี ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกทั่วไปเป็นเวลา 2 ปี แต่ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยยังสูงกว่าระดับมาตรฐานของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและมาตรฐานสากล³ (ค่าเฉลี่ย FBS ของผู้ป่วย = 280 mg/dl) หลังจากที่ผู้ป่วยได้เริ่มมารักษาที่หน่วยศูนย์สุขภาพชุมชน 1 โรงพยาบาลราชบุรี ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ภายใต้หลักการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการรักษา พบว่าแรกพบนั้นผู้ป่วยมีระดับน้ำตาล 162 mg%, HbA1C = 8 เปอร์เซ็นต์ ในเดือน ที่ 6 หลังการรักษาผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำตาลได้ใกล้เคียงมาตรฐาน (FBS = 135 mg%), HbA1C = 5.6 เปอร์เซ็นต์ ประเมินจากการเยี่ยมบ้าน พบว่าผู้ป่วยมีทัศนคติต่อโรคต่อการรักษาโรค และการดูแลตนเองดีขึ้นเป็นอย่างมาก

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยหม้าย อายุ 53 ปี อาชีพ แม่บ้าน การศึกษา ไม่เคยเรียนหนังสือ ภูมิลำเนา ชุมชนมนตรีพัฒนา ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

อาการสำคัญ : มาตรวจตามแพทย์นัด

ประวัติปัจจุบัน : Known case of DM, HT and old CVA 2 ปี ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล

เอกชนแห่งหนึ่งแต่ไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากมีปัญหาด้านเศรษฐกิจจึงย้ายมารักษาที่โรงพยาบาลราชบุรี ปัจจุบันได้รับยาดังนี้

1. Glibenclamide (5 mg.) 1 tab. PO ac
2. Metformin (500mg.) 1 tab. PO bid pc
3. Nefidipine (10mg.) 1 cap. PO pc
4. HCTZ (50mg.) 1/2 tab. PO pc
5. Gemfibrozil (300mg.) 2 cap. PO ac
6. Baby ASA 1 tab. PO pc

วันนี้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ไม่มีอาการผิดปกติใดๆเพิ่มจากเดิม

ประวัติอดีต :

- ปฏิเสธประวัติการได้รับอุบัติเหตุ
- มีโรคประจำตัวคือเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและเคยเป็นอัมพฤกษ์ร่างกายซีกซ้าย

ประวัติส่วนตัวและประวัติครอบครัว :

- ปฏิเสธดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่
- ชอบรับประทานอาหารหวาน ดื่มน้ำกาแฟเป็นประจำ
- มีบุตร 2 คน

1. เพศหญิงอายุ 20 ปี ป่วยเป็นโรคต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ รักษาไม่ต่อเนื่องขาดยามา 3 เดือน ช่วงนี้ต้องหยุดเรียนเนื่องจากอาการเจ็บป่วยร่วมกับมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนที่มหาวิทยาลัย ขณะนี้บุตรสาวผู้ใหญ่นี้มีสามีแล้ว

2. เพศชายอายุ 19 ปี เรียน ปวส.ปีที่ 2 ศึกษาอยู่กรุงเทพฯ จะกลับบ้านเฉพาะวันเสาร์-อาทิตย์ ป่วยเป็นโรคหัวใจรั่วตั้งแต่เกิดรักษาประจำกับแพทย์ที่โรงพยาบาลราชบุรี

- ผู้ป่วยเล็กกับสามีมาประมาณ 6-7 ปี เนื่องจากสามีมีภรรยาใหม่ ยังคงติดต่อกันบ้าง แต่สามีไม่เคยส่งเสียออกค่าใช้จ่ายและค่าเล่าเรียนของบุตร

- มีรายได้จากการเก็บค่าเช่าบ้าน จากบ้านเช่าซึ่งมีทั้งหมด 6 หลัง เป็นเงินหลังละ 1,300 บาท/เดือน เพียงพอเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัวแต่ก็ต้องอยู่กันอย่างประหยัด ส่วนค่าใช้จ่ายด้านการเรียนของบุตรใช้กู้ยืมจากกองทุนการศึกษา

ประวัติแพ้ยาและสารเคมี :

สั
ปฏิเสธรการใช้ยาใด ๆ เป็นประจำ นอกจากแพทย์

ปฏิเสธรการแพ้ยา แพ้อาหารหรือสารเคมี

บทวนอาการตามระบบ (systemic review):

อาการทั่วไป : รู้สึกปกติดี นอนหลับได้ รับ
ประทานอาหารได้ตามปกติ

HEENT : ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการ
มีนงง ไม่เจ็บคอ สายตามองเห็นชัดเจน

ระบบทางเดินหายใจ : ไม่มีอาการหายใจขัด
ไม่มีอาการไอหรือเจ็บหน้าอก

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : นอนราบได้ ไม่มี
อาการแน่นหน้าอก, บวมหรือหอบเหนื่อย

ระบบย่อยอาหาร : ไม่มีอาการท้องอืด รับ
ประทานอาหารได้ตามปกติ ขับถ่ายทุกวัน

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ไม่มีอาการปัสสาวะ
บ่อยหรือแสบขัด

Extremities : ไม่มีผื่น ไม่ผิดปกติ ไม่มีแผลหรือ
บวม

Psychosocial :

- ขณะนี้ผู้ป่วยคิดมาก เนื่องจากมีปัญหาจาก
สามีที่เลิกกันไปเมื่อ 2 ปีก่อน ก่อนที่ผู้ป่วยจะล้มป่วยลง
ด้วยโรค CVA สามีได้ขอให้ผู้ป่วยโอนที่ดินซึ่งผู้ป่วย
อาศัยอยู่ในปัจจุบันรวมทั้งที่ดินที่ปลูกบ้านเช่า ซึ่งเดิม
เป็นกรรมสิทธิ์ของทั้ง 2 คน ไปเป็นกรรมสิทธิ์ของสามี
แต่เพียงผู้เดียว

ด้วยความที่คิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคร้ายไม่
สามารถรักษาให้หายได้ จึงมอบความไว้วางใจให้สามี
ดูแลทรัพย์สินแทนตน แต่เมื่อไม่นานมานี้อดีตสามีและ
ภรรยาใหม่ได้ยื่นฟ้องต่อศาลขับไล่ให้ผู้ป่วยและบริวาร
ย้ายออกไปจากที่ดินทั้ง 2 แปลง เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิด
ความเครียดและเสียใจต่อเหตุการณ์อย่างมาก

อีกทั้งยังเป็นห่วงลูกทั้ง 2 คน ลูกสาวมีสามี
ตั้งแต่วัยเรียนมหาวิทยาลัย สามีเป็นอดีตนักศึกษา
มหาวิทยาลัยเดียวกัน คนชอบดื่มเหล้าประจำ เรียนไม่
จบ ขณะนี้ทำงานโรงงานแห่งหนึ่งที่ต่างจังหวัด จะกลับ

มาอยู่กับลูกสาวประมาณ 2 สัปดาห์/ครั้ง ให้เงินลูกสาว
ใช้บ้างแต่ไม่เคยให้ตน ทะเลาะกันบ่อย ๆ กังวลว่าถ้า
ตนเองเป็นอะไรไปลูกสาวจะลำบาก เนื่องจากสามีไม่มี
ลักษณะเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ดี หน้าที่การงานไม่มั่นคง
และอาจจะไปมีเมียคนอื่นก็ได้

ด้านลูกชาย กลัวว่าจะเรียนไม่จบเนื่องจากราย
ได้ไม่พอและสุขภาพก็ไม่ดี เงินจากการกู้ยืมบางครั้งไม่พอ
ไม่รู้ว่าจะหามาเพิ่มได้อย่างไร

- นอกจากนี้ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องหาเงินเพิ่ม
เพื่อนำไปจ้างทนายความต่อสู้คดีในชั้นศาล

- ผู้ป่วยเล่าให้ฟังต่อว่าแต่ก่อนจะล้มป่วยได้
ประกอบอาชีพเป็นหมอดูด้วย รายได้จึงมาจาก 2 ทาง
แต่หลังจากป่วยทำให้พูดไม่ชัด พูดติดอ่าง และมีอาการ
แขนขาอ่อนแรงไปทำให้ไม่สามารถเป็นหมอดูได้ รายได้
จึงมาจากค่าเช่าบ้านอย่างเดียว แล้วยังต้องมาเสียค่า
ทนายความอีก 20,000 บาท ทำให้เงินขาดมือ บางครั้ง
ต้องอดมื้อกินมื้อ แต่ยังมีกำลังใจต่อสู้ชีวิตเนื่องจากมี
ลูกชายและลูกสาวคอยให้กำลังใจอยู่ตลอดเวลา

- สำหรับด้านสังคม ผู้ป่วยไม่ค่อยได้ออกไป
พูดคุยกับเพื่อนบ้านมากนัก ใช้ชีวิตแบบต่างคนต่างอยู่
แต่ถ้าเวลาเหงาจะออกไปคุยกับน้องสาวซึ่งมีบ้านอยู่ใน
ละแวกนั้น แต่ส่วนใหญ่ของสาวเป็นฝ่ายมาหาที่บ้าน
มากกว่าเนื่องจากผู้ป่วยยังเดินไม่คล่อง

Physical Examination : แรกรับ

Vital Signs : T = 36.8°C, BP = 159/99
mm.Hg, PR = 85 per min. and RR = 20 per min.

General appearance : a middle age Thai
female, good consciousness, look anxiety, over
weight, not pale no jaundice, Rt. facial palsy

Skin : no rash or wound

HEENT : not pale no jaundice, eye ground
= no DR, other = WNL

Lungs : clear, no adventitious sound

Heart : normal S1 S2 no murmur

Abdomen : soft not tender, no organomegaly

Ext. : no deformity, no edema

NS : Fully consciousness, E4V5M6, normal orientation, pupil 3 mm. RTLBE, Rt. facial palsy UMN, sensory = intact, motor power Lt. side = gr. v/v, Rt. side = gr. iv/v, cerebella signs = normal

Lab. investigations : (กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548)

FBS = 189 mg/dl

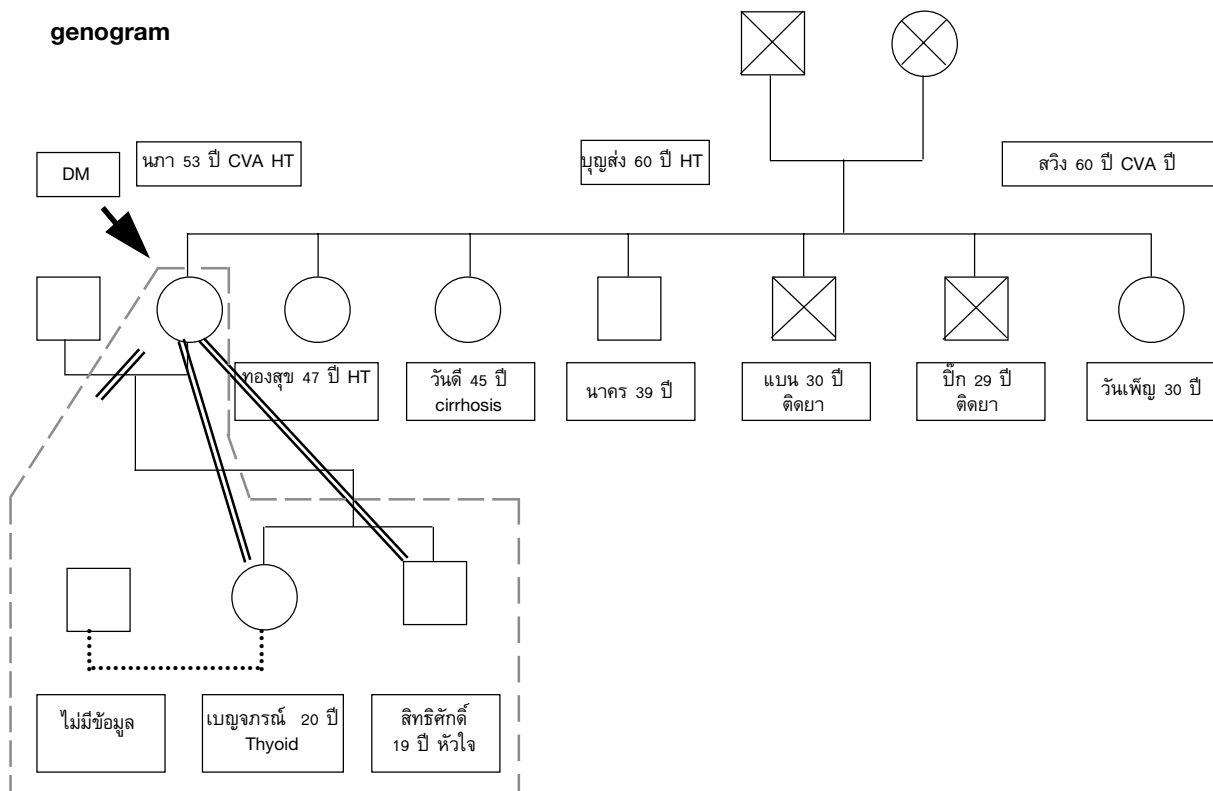
Diagnosis :

1. Underlying disease : Type II DM, HT, old CVA
2. Mild hyperglycemia : ยังควบคุมได้ไม่ดีพอ
3. Moderate hypertension : ยังควบคุมได้ไม่ดีพอ
4. Dyslipidemia
5. Psychosocial problem >> Anxiety
6. Financial problem >> Anxiety

Plan of management :

● ปรับเปลี่ยนยา ร่วมกับแนะนำการปฏิบัติตัวในการเปลี่ยนวิถีชีวิต (life style modification) เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยยังรับประทานหวาน ดื่มน้ำกาแฟใส่น้ำตาลอยู่ประจำ ทั้งยังเคลื่อนไหวร่างกายน้อย

genogram



ไป ตลอดจนยังมีความเครียดในชีวิต

- เลือกรับประทานอาหาร
- ออกกำลังกาย
- บริหารความเครียด

● Home visit : เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการ “ร่วมกัน” แก้ปัญหาในอนาคต

- ประเมินสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย, ครอบครัวและชุมชน
- ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย ความรู้สึกเกี่ยวกับโรคประจำตัวที่เป็น การดูแลรักษาตนเองที่บ้าน
- ค้นหาวิธีทำกายภาพบำบัดที่บ้าน
- ให้คำแนะนำสมาชิกท่านอื่น ๆ ด้านสุขภาพ
- ค้นหา key person ของครอบครัวนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

Discussion :

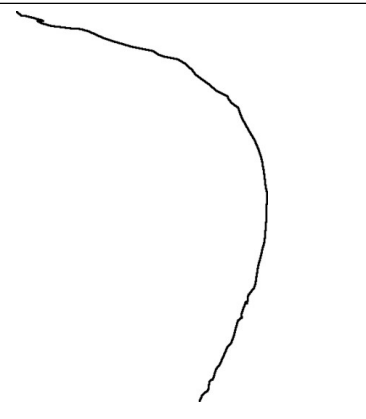
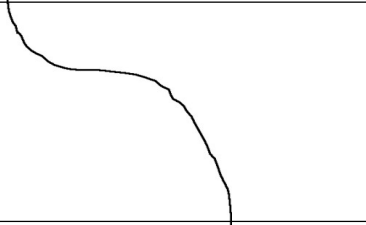
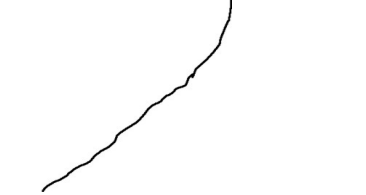
เทคนิคการ approach

เครื่องมือที่ใช้ : genogram

- : Patient – centered care
- : Home visit

Patient – Centered Care (การดูแลโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง)

คุณนภา(นามสมมุติ)มาตรวจด้วยเรื่องเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาตและไขมันในเลือดสูง รักษาแล้วไม่ได้ผล

โรค ● DM ● Old CVA ● Dyslipidemia		ความเจ็บป่วย ● ความคิด - โรคที่ตนเป็นอยู่ค่อนข้างหนักไม่สามารถรักษาหายได้ - แต่อาการเริ่มดีขึ้นจากที่เดินไม่ได้ พุดไม่ได้ก็เริ่มเดินได้ พุดชัดขึ้น - มีบุตรเป็นกำลังใจจึงต้องสู้ต่อไป - เรื่องปัญหาครอบครัวปล่อยให้เป็นเรื่องของโชคชะตา
● HT	ชักถามกลับไปมาระหว่างโรคกับความเจ็บป่วย	● อารมณ์ - กลัวว่าจะกลับไปเป็นอัมพาตเดินไม่ได้อีกครั้ง แต่ก็อุ่นใจที่ได้รับบริการที่ดีจากศูนย์สุขภาพชุมชน 1 - ตอนนี้กลัวมากที่สุดคือเรื่องด้านการเงินและที่อยู่อาศัย
● Anxiety		● ความคาดหวัง - หวังว่าจะกลับหายเป็นปกติได้ ทำงานได้อย่างเดิม ถึงจะไม่ดีเท่าเดิม - หวังว่าจะชนะคดีความได้ที่ดินกลับมาเป็นของตน
● วินิจฉัยโรค		● สมรรถภาพ - ทำงานประจำได้บ้าง แต่ช้ากว่าปกติ - กลับได้แต่บางครั้งไม่สนิท - ขับถ่ายปกติ

เข้าใจความเจ็บป่วยทั้งหมดที่เฉพาะตัวของคุณนภา

แพทย์ได้ไปเยี่ยมบ้าน (Home Visit) การไปเยี่ยมบ้านครั้งนี้ มีโอกาสได้พบกับบุตรสาวของผู้ป่วยและได้ข้อมูลว่าเพิ่มเติมว่า - ผู้ป่วยยังคงแอบรับประทานอาหารหวาน และกาแฟอยู่บ้างแต่ก็ลดปริมาณลง	- เรื่องยาผู้ป่วยกินเป็นประจำมิได้ขาด - ลูกสาวมีส่วนในการดูแลเรื่องอาหาร - มีปัญหาถกเถียงกับลูกสาวบางครั้ง แต่ก็ดูสนิทสนมรักใคร่กันดี - ลูกสาวป่วยเป็นโรค hyperthyroidism
---	--

รักษาไม่ต่อเนื่องขาดยามา 3 เดือน บางครั้งมีอาการใจสั่น ใจเต้นเร็ว เหนื่อยง่าย หงุดหงิด โมโหง่ายดูเหมือนเป็นเด็กก้าวร้าว มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนที่มหาวิทยาลัยจนอาจารย์คิดว่าติดยาเสพติด จนต้องหยุดเรียน เดิมเรียนที่มหาวิทยาลัยรามคำแหง คณะนิติศาสตร์ปีที่ 2 ขณะนี้กลับมาอยู่บ้านมีเพื่อนชายตามมาอยู่ด้วยเป็นครั้งคราว และไม่ได้คุมกำเนิด ปัจจุบันไม่ได้ทำงานและไม่ได้เรียนแล้ว แต่ก็มีความคิดที่จะรักษาตัวให้หายจากโรคก่อนแล้วจะกลับไปเรียนต่อ

แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย (ต้องทำไปพร้อมกันเนื่องจากส่งผลกระทบต่อทั้ง)

- นัดหมายให้มาตรวจเพื่อทำการรักษาต่อเนื่องและอธิบายให้เข้าใจถึงธรรมชาติของโรค

- หาโอกาสอธิบายให้บุคคลในครอบครัวทราบว่า การที่ลูกสาวของผู้ป่วยหงุดหงิด โมโหง่าย ส่วนหนึ่งนั้นมาจากความเจ็บป่วย เพื่อจะได้เข้าใจและผลักดันให้มารับการรักษา

- หาโอกาสพูดคุยเรื่องผลเสียของการไม่พยายามควบคุมอารมณ์ไม่ให้อุณหภูมิ

- หาโอกาสพูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด(อาจต้องรอให้สนิทและไว้วางใจกันมากขึ้นก่อน)

- ทบทวนลูกสาวของผู้ป่วยให้เป็นบุคคลหลักในการควบคุมอาหารของผู้ป่วย

ผลลัพธ์การบริหารจัดการแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

หลังจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้เริ่มเข้ามาดูแลคนไข้ ทำการประชุมครอบครัวและเยี่ยมบ้าน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. ระดับน้ำตาลในเลือด(Fasting blood sugar) จากการติดตามการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในเดือนที่ 2, 4 และ 6 เป็น 162 mg/dl, 148 mg/dl และ 135 mg/dl ตามลำดับ

2. HbA1C จากการติดตามการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในเดือนที่ 2, 4 และ 6 เป็นร้อยละ 8, ร้อยละ 7.2 และ ร้อยละ 5.6 ตามลำดับ

3. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้น ผู้ป่วย

มีความเกลียดลูกเขยน้อยลง เนื่องจากเห็นว่าลูกเขยเดิมเหล่าน้อยลง มีงานทำเป็นหลักแหล่งแล้ว ด้านลูกเขยเองก็เริ่มเข้าใจและให้เงินคนไข้ใช้บ้าง ประมาณเดือนละ 500-1,000 บาท และมีปากเสียงกับลูกสาวน้อยลง

4. ผู้ป่วยเริ่มมีทัศนคติในการดูแลตนเองดีขึ้น ไปออกกำลังกายแบบไม่พลองกับกลุ่มออกกำลังกายในชุมชน ช่วงแรกไม่ออกไปเพราะไม่ชอบคุยกับใคร ไม่เคยออกกำลังกายเลย รู้สึกอายเพื่อน แต่หลังจากแพทย์และพยาบาลครอบครัว empowerment คนไข้เริ่มออกไปพบปะกับเพื่อนและร่วมกลุ่มออกกำลังกายมากขึ้น ผู้ป่วยรู้สึกเริ่มชอบการออกกำลังกายเพราะทำให้กระฉับกระเฉง ไม่เหนื่อยง่ายเหมือนเมื่อก่อน และรู้สึกว่าหลังจากออกกำลังกาย สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีขึ้น

5. ลูกสาวที่ป่วยเป็น hyperthyroidism เป็นคนพามาติดตามการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน มีความคุ้นเคยกับแพทย์และพยาบาล จึงยอมให้แพทย์ตรวจและทำการรักษา ปัจจุบันนี้ทั้งมารดาและลูกสาวจะมาตรวจและรับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนพร้อมกันเป็นประจำสม่ำเสมอ ไม่เคยขาดนัด

จะเห็นว่า เมื่อใช้การบริหารจัดการผู้ป่วยด้วยแนวคิดแบบเวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวม (holistic care) คือดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ รวมเลยไปถึงสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย แพทย์จะทราบถึงปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น เศรษฐกิจ สังคม และจิตวิญญาณ แนวความคิด รวมถึงผลกระทบจากสมาชิกคนอื่นในครอบครัว และชุมชนที่ส่งผลถึงการเจ็บป่วยของคนไข้นอกเหนือจากปัจจัยด้านการแพทย์

ปัจจัยที่สำคัญและส่งผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ความคิด, อารมณ์, ความคาดหวังและสมรรถภาพ อีกทั้งการที่แพทย์ได้ให้การดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care) และการที่แพทย์ได้ออกไปเยี่ยมผู้ป่วยถึงที่บ้าน (home visit) นั้นยังทำให้รู้จักตัวตนของผู้ป่วยมากกว่าการรักษายู่ในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว ซึ่งสิ่งที่แพทย์ค้นพบนั้น หากไม่ได้รับการแก้ไข ก็สามารถส่งผลกระทบต่อตนเองและ

ครอบครัวในระยะยาว

จากการสัมภาษณ์พูดคุยกับผู้ป่วยขณะมาตรวจติดตามรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยเริ่มมีทัศนคติต่อโรคของตนเอง ต่อครอบครัวและต่อผู้ให้บริการดีและเหมาะสมขึ้น ส่งผลให้ผลการรักษาเริ่มดีขึ้นอย่างยั่งยืน

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้เป็นตัวอย่างของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากที่ยังไม่ได้รับการบริหารจัดการโดยให้เกิดมีผลดีที่สุดภายใต้ทรัพยากรทางสาธารณสุขอันจำกัด ในที่นี้ผู้นิพนธ์มุ่งชี้ให้เห็นผลการให้การรักษาโดยเน้นที่กระบวนการทางจิตสังคม ภายใต้แนวคิดของเวชศาสตร์ครอบครัว เช่น การดูแลผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวม การดูแลโดยเน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการรักษา มิได้เน้นเรื่อง medical treatment ซึ่งได้ทำควบคู่ไปด้วยแล้วภายใต้มาตรฐานการรักษาของโรคนั้น ๆ ดังพอสรุปได้ดังนี้

1. สันนิษฐานผู้ป่วยยังไม่เข้าใจเรื่องโรค การไข้ยา การคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดจนการดูแลภาวะแทรกซ้อนของโรค ประกอบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ เป็นเหตุให้การรักษาไม่ได้ผลเท่าที่ควรผู้ป่วยตัดสินใจเปลี่ยนโรงพยาบาล

2. แพทย์ท่านที่สองให้การดูแลรักษาแบบ OPD case (ผู้ป่วยมากมายไม่มีเวลาพูดคุย) ผลไม่ต่างจากข้อที่ 1. ยกเว้นเรื่องค่าใช้จ่าย

3. จาก genogram จะเห็นว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงของโรค (พิจารณาตาม guideline ของ WHO) เนื่องจากมีประวัติมารดาเป็นอัมพาต บิดาเป็นความดันโลหิตสูง ประกอบกับมีโรคแทรกซ้อนคือ CVA แล้ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาควบคุมโรคให้ดีก็จะเป็นเหตุให้เกิด complication ได้แก่ อัมพาตอีกซีก หลอดเลือดหัวใจตีบ/ตัน หัวใจวาย ไตวาย ฯลฯ ตามมาได้สูง อันจะนำมาซึ่งความทุกข์ยากของผู้ป่วยเอง ความยากลำบากในการดูแลและของทีมศูนย์สุขภาพตลอดจนความเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจของชาติเป็นอย่างมาก (ทั้ง ๆ ที่สามารถป้องกันได้)

4. หลังจากเข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 ได้รับการดูแลภายใต้หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้/ประสบการณ์กัน เจ้าหน้าที่รับรู้ความคิด อารมณ์ ความคาดหวังและสมรรถภาพ ความเป็นไปในครอบครัว ฯลฯ ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมอบความไว้วางใจให้ทีมศูนย์สุขภาพชุมชน ส่วนผู้ป่วยเรียนรู้เรื่องโรค การใช้ยา การคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดจนการดูแลภาวะแทรกซ้อนของโรค ฯลฯ เกิดการเข้าใจซึ่งกันและกัน เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกัน อันนำไปสู่การวางแผนการรักษาร่วมกัน

5. จากการไปเยี่ยมบ้านทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพิ่มเติมอีกมากซึ่งไม่สามารถหาได้ที่โรงพยาบาล ตลอดจนค้นพบผู้ป่วยที่ขาดการรักษาแต่มีผลกระทบถึงระดับครอบครัว จึงได้ใช้โอกาสนี้บริหารจัดการไปด้วยอย่างเป็นองค์รวม

สรุป

การบริหารจัดการผู้ป่วยด้วยแนวคิดแบบเวชศาสตร์ครอบครัว และใช้เครื่องมือต่างๆทางเวชศาสตร์ครอบครัว เช่น การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) การดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care), การเยี่ยมบ้าน (home visit) ล้วนมีประโยชน์อย่างมากในการให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกชนิดในที่นี้ยกตัวอย่างเฉพาะโรค Metabolic disease (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ อัมพาต อ้วน ฯลฯ) โดยมีข้อดีกว่าการ approach ผู้ป่วยแบบเดิมอย่างเห็นได้ชัด

แต่อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัวดังกล่าว ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากแพทย์จะต้องมีความรู้ มีความเข้าใจ ผ่านการฝึกอบรมและฝึกหัดใช้เครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัวมาก่อน จึงจะสามารถให้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ยังต้องอาศัยประสบการณ์ ความชำนาญ ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์ - ผู้ป่วยและเวลาเพิ่มขึ้นอีกด้วย⁴ ซึ่งถ้าผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกรายได้รับการดูแล

ภายใต้หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวที่ได้กล่าวมาแล้วในตอนต้น ก็จะทำให้ผลการรักษาดีขึ้นอย่างชัดเจนโดยไม่ต้องสิ้นเปลืองงบประมาณมากมาย นอกจากนี้ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการจะต้องนอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน รวมถึงลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังได้อีกด้วย⁵

ในอนาคตหากภาครัฐบาลเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย ภายใต้แนวคิดของเวชศาสตร์ครอบครัว และมีนโยบายสนับสนุนเพิ่มสัดส่วนจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่ทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ให้มีจำนวนต่อจำนวนประชากรอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ ทุกช่วงวัยก็จะได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดียิ่งขึ้น เป็นการช่วยประหยัดงบประมาณในภาคสุขภาพของประเทศได้โดยแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. McWhinny IR . A textbook of family medicine. New York : Oxford University Press, 1989:7.
2. Kibbe DC, Bentz E, McLaunhlin CP : Continuous quality improvement for continuity of care. J Fam Med Prac 2003;36:304-8.
3. Centers for Disease Control and Prevention : National Diabetes Fact Sheet : National Estimates and General Information on Diabetes in The United States. Atlanta, GA : U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and prevention. 2003.
4. Accreditation Council for Graduate Medical Education: Program Requirements for residency Education in Family Practice. Chicago : ACGFM. 2001.
5. Barr DA : The effects of organizational structure on Primary care outcomes under managed care. An Intern Med J 1995;122:353-9.