

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การประชุมครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานชนิด 2 ที่รักษาด้วยการฉีดอินซูลินในศูนย์สุขภาพชุมชน 1 โรงพยาบาลราชบุรี

Family Conference of Type 2 DM Patients Requiring Insulin Treatment at PCU 1, Ratchaburi Hospital

พงศกร จินดาวัฒน์ พ.บ.

ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 โรงพยาบาลราชบุรี
จังหวัดราชบุรี

Pongsakorn Chindawatana, M.D.

PCU 1, Ratchaburi Hospital
Ratchaburi Province

บทคัดย่อ

การศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ฉีดอินซูลินและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานได้ในศูนย์สุขภาพชุมชน 1 โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 22 ราย ระหว่างเดือน มกราคม 2548 - ธันวาคม 2548 พบว่าผู้ป่วยทั้ง 22 ราย ฉีดอินซูลินวันละ 2 ครั้ง เฉลี่ยวันละ 30 ยูนิต ระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉลี่ย 274.3 มก./ดล. ผู้ป่วยทุกรายมีปัญหาด้านจิตสังคมและด้านความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ความพึงพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างกันอยู่ในระดับต่ำ หลังจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้ทำการประชุมผู้ป่วยร่วมกับสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วย (Care-giver) เพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน พบว่าเดือนที่ 4, 5 และ 6 หลังการทำการประชุมครอบครัว ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยลดลงเป็น 151.7 มก./ดล., 141.7 มก./ดล. และ 129.8 มก./ดล. ในเดือนสุดท้ายของการศึกษา ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ระหว่างกันดีขึ้น อัตราความพึงพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างกันอยู่ในระดับดี

คำสำคัญ Family Conference, การประชุมครอบครัว, Caregiver, ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย

ABSTRACT

A Prospective study in 22 cases of poor controlled type 2 DM patients at PCU 1, Ratchaburi Hospital during January 2005 - December 2005. Average usase of insulin was 30 units/day. Average fasting blood sugar level was 274.3 mg%. Every case has phycho-social problem and conflict among family members. Relationship score was poor. Six months after Family Physician took a role in family conference with patients and family members who were caregivers, the result of treatment has improved. Average blood sugar level of fourth, fiveth and sixth month after family conference were 151.7 mg%, 141.7 mg% and 129.3 mg% respechely. Relationship score has also improved.

บทนำ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเกิดภาวะดื้อยา (secondary drug failure) นั้น มีความจำเป็นจะต้องเปลี่ยนมารักษาโดยการฉีดอินซูลิน เพื่อให้ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าอยู่ในเกณฑ์ที่ อยู่ในช่วง 90-140 mg%¹

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องดูแลร่วมกันเป็นระยะเวลายาวนาน การรักษาด้วยการฉีดอินซูลินจำเป็นต้องฉีดทุกวัน ผู้ป่วยที่ไม่สามารถฉีดได้ด้วยตนเองได้ จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแล (Caregiver) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ต้องรักษาด้วยการฉีดอินซูลินมักมีปัญหาทางจิตสังคมร่วมกับปัญหาการเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วยเสมอ²

จากการศึกษาทางการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวพบว่า เมื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนาน ๆ ทำให้สมาชิกครอบครัวที่เป็น Caregiver เกิดความเครียด เบื่อหน่าย รู้สึกเป็นภาระผูกพันที่ต้องรับผิดชอบฉีดยาอินซูลินให้ผู้ป่วย บางครั้งเกิดข้อขัดแย้งกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้บางครั้งผู้ป่วยไม่ได้รับอินซูลินตามที่แพทย์กำหนด ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินกว่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ ก่อให้เกิดผลเสียต่าง ๆ ตามมามากมาย นับเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจและงบประมาณของภาครัฐ

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในฐานะของผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวม จึงเป็นผู้ที่พบและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวของผู้ป่วยได้ดีที่สุด รวมทั้งสามารถช่วยผู้ป่วยและครอบครัวแก้ปัญหาโดยอาศัยเครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัว คือ การประชุมครอบครัว หรือ Family conference

การประชุมครอบครัวหรือ Family conference จะสามารถทำได้เมื่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวรู้จักและมีความไว้วางใจกันดีพอแล้ว หากเพียงรู้จักและเริ่มทำการรักษากันได้ไม่นาน การทำประชุมครอบครัวก็จะไม่เกิดประโยชน์

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะนัดผู้ป่วยและสมาชิก

ครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยให้มาร่วมประชุมปรึกษาหาวิธีการดูแลร่วมกัน มีการใช้กระบวนการทางจิตบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้พูดคุยระบายความคับข้องใจ รวมถึงหาแนวทางร่วมกันในการลดข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำหน้าที่เป็นคนกลางชี้แนะแนวทางเท่านั้น หากการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติจะต้องมาจากการตัดสินใจของผู้ป่วยร่วมกับสมาชิกครอบครัว³

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective Study) โดยคัดเลือกเอาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีปัญหาในการฉีดอินซูลิน ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานได้ มาทำ Family conference ร่วมกันระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ตัวของผู้ป่วยเองและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย

เครื่องมือและวิธีการศึกษา

รูปแบบของการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective Study) ใน (เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของ) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุระหว่าง 40-70 ปี ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 1 ปีขึ้นไป และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานการรักษาเบาหวานของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมโรคเบาหวานประเทศสหรัฐอเมริกา⁴ ในศูนย์สุขภาพชุมชน 1 โรงพยาบาลราชบุรี เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการทำประชุมครอบครัว (Family Conference) โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ประชากรในการศึกษา

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน วันละ 2 ครั้ง ขนาดฉีดระหว่าง 20-40 ยูนิต มีระดับน้ำตาลสูงกว่า 200 mg% ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2548 - วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2548 จำนวน 22 ราย โดยที่ผู้ป่วย

ทั้งหมดไม่สามารถฉีดยาได้ด้วยตัวเอง ต้องอาศัยให้สมาชิกครอบครัวที่อยู่บ้านเดียวกันเป็นผู้ฉีดอินซูลินให้

วิธีการศึกษา

1. คัดเลือกผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รักษาด้วยยาฉีดอินซูลินวันละ 2 ครั้ง ขนาดฉีดระหว่าง 20-40 ยูนิต มีระดับน้ำตาลสูงกว่า 200 mg% และรักษาต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 โรงพยาบาลราชบุรี เกิน 1 ปี เข้าร่วมในการศึกษา อธิบายขั้นตอนทั้งหมดให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และครอบครัวเข้าใจ และยินยอมสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

2. สำนักรวความพึงพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ก่อนประชุมครอบครัว

3. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำการประชุมครอบครัวร่วมกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว 1 ครั้ง ระยะเวลาประชุม 30-45 นาที หลังจากนั้นนัดให้ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

4. ประเมินผลระดับน้ำตาลในเลือดทุกเดือน เป็นเวลา 6 เดือน หลังการประชุมครอบครัว

5. สำนักรวความพึงพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ในเดือนที่ 6 หลังการประชุมครอบครัว

6. รวบรวมผลการรักษา และผลสำนักรวความพึงพอใจเปรียบเทียบกับก่อนที่จะมีการประชุมครอบครัว เพื่อทำการศึกษาและวิเคราะห์

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 22 ราย เป็นผู้ป่วยชาย 12 ราย ผู้ป่วยหญิง 10 ราย ทั้ง 22 ราย อายุเฉลี่ย 50.6 ปี ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเบาหวานชนิด 2 ที่เกิดภาวะดื้อยา ต้องเปลี่ยนวิธีการรักษาจากยาลดระดับน้ำตาลในเลือด (Oral Hypoglycemic Drug) มาเป็นการฉีดอินซูลินเข้าใต้ผิวหนังวันละ 2 ครั้ง ค่าเฉลี่ยวันละ 30 ยูนิต (ขนาดต่ำสุด 20 ยูนิต/วัน ขนาดสูงสุด 48 ยูนิต/วัน) ทุกรายไม่สามารถฉีดยาเองได้ ต้องให้สมาชิกในครอบครัวเป็น

ผู้ฉีดให้ แต่ละครอบครัวมีสมาชิกครอบครัว 3-5 คน

ก่อนทำประชุมครอบครัว ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด 240 mg% จากแบบสำรวจ (เอกสารหมายเลข 1) พบอัตราความพึงพอใจในความสัมพันธ์และการช่วยเหลือระหว่างสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ยร้อยละ 45.25) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากไม่มีเวลาฉีดยาให้ผู้ป่วย (ร้อยละ 82) เบื่อรำคาญ (ร้อยละ 71) และลืมฉีด (ร้อยละ 68) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

ระหว่างประชุมครอบครัว จากการสังเกตและบันทึกข้อมูลของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พบว่าผู้ป่วยทุกรายและสมาชิกครอบครัวมีความเครียดสูง (ร้อยละ 100) สังเกตจากการร้องไห้ (ร้อยละ 95) การเอะอะโวยวายทู่เถียงกันระหว่างการประชุม (ร้อยละ 48) และนั่งเงียบไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบ (ร้อยละ 32) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2

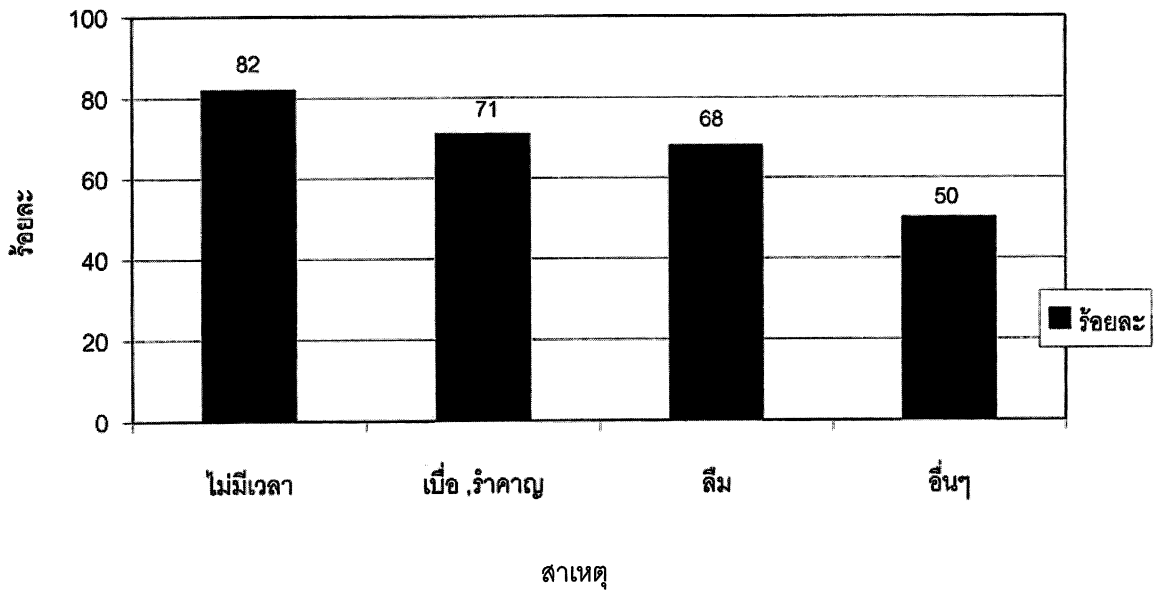
การประชุมครอบครัว ทำในห้องประชุมขนาดเล็ก อากาศโปร่งสบาย และสภาพแวดล้อมเงียบ เก็บเสียงได้มิดชิด ปราศจากเสียงรบกวนจากภายนอก ใช้เวลาโดยเฉลี่ย 40 นาที

หลังการประชุมครอบครัว นัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษาสม่ำเสมอเดือนละหนึ่งครั้ง ต่อเนื่องกัน 6 เดือน พบว่าผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยทั้ง 22 ราย อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมาทุกเดือน ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดเดือนที่ 4, 5 และ 6 เป็น 151.7 mg%, 141.7 mg% และ 129.8 mg% ตามลำดับ (ตารางหมายเลข 1) แผนภูมิที่ 3

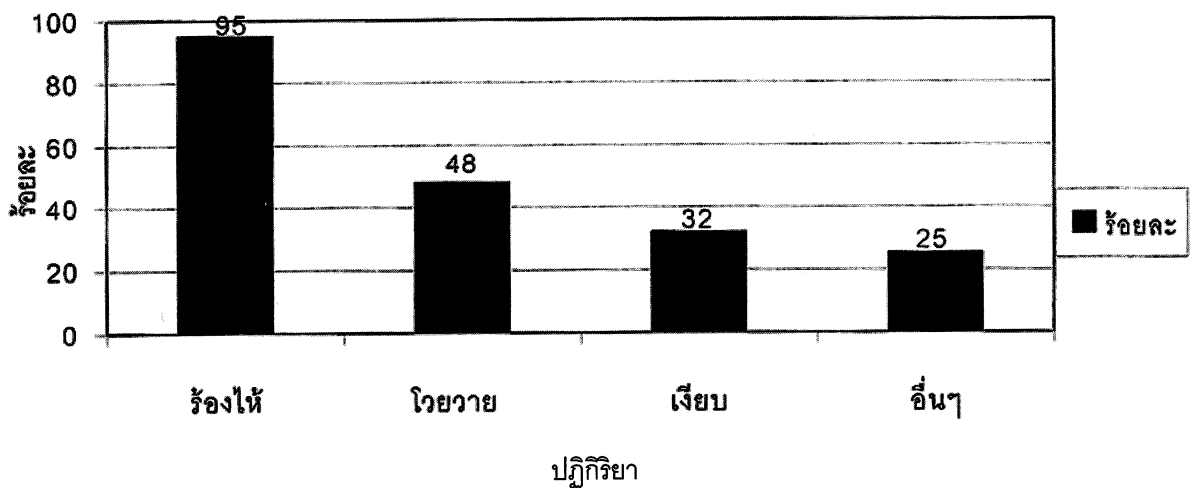
อัตราความพึงพอใจในความสัมพันธ์และการช่วยเหลือระหว่างสมาชิกในครอบครัวในเดือนที่ 6 ของการติดตามผล อยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ยร้อยละ 75.25) ทุกรายได้รับการฉีดยาสม่ำเสมอ

ผลเปรียบเทียบระดับน้ำตาลระหว่างผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชาย พบว่าผลการรักษาในเดือนที่ 6 หลังจากการประชุมครอบครัว เพศชายมีค่าเฉลี่ย 130.2 mg% เพศหญิงมีค่าเฉลี่ย 129.3 mg% (ตารางหมายเลข 2) แผนภูมิที่ 4

แผนภูมิที่ 1 สาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลไม่ได้ฉีดยาอินซูลินให้ผู้ป่วย



แผนภูมิที่ 2 ปฏิกริยาของผู้ป่วยเบาหวานขณะประชุมครอบครัว

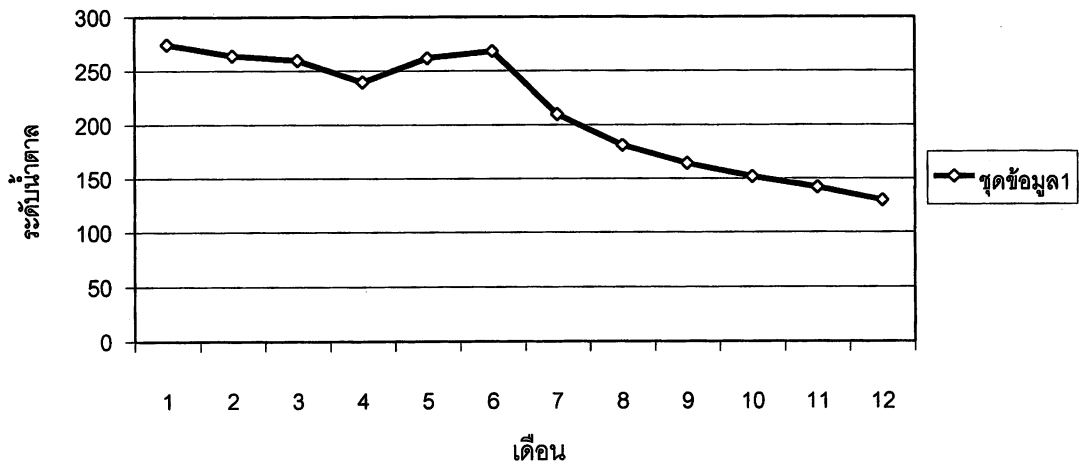


ตารางที่ 1 แสดงค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 22 ราย (mg%)

เริ่มทำ Family Conference

รายที่	เพศ	อายุ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	ชาย	49	256	289	255	290	320	285	189	172	167	150	142	136
2	หญิง	46	288	245	269	278	311	299	205	185	171	165	152	122
3	ชาย	42	315	302	266	144	308	325	290	205	172	157	144	114
4	ชาย	48	256	245	258	299	241	287	250	202	180	164	141	121
5	หญิง	51	241	274	245	210	196	288	195	188	135	139	128	124
6	หญิง	48	258	224	241	193	185	244	222	171	166	156	142	135
7	หญิง	52	285	277	234	221	253	268	177	164	162	152	143	125
8	ชาย	61	301	298	277	256	287	304	293	214	180	165	147	134
9	ชาย	42	208	192	225	206	278	244	189	165	148	145	136	127
10	ชาย	48	258	254	293	305	297	187	184	197	181	159	142	133
11	ชาย	47	339	322	314	286	305	298	268	212	187	182	156	147
12	หญิง	41	287	294	251	244	249	282	195	182	162	144	145	136
13	หญิง	62	215	223	248	268	300	296	196	171	155	143	144	120
14	ชาย	59	362	327	298	245	291	298	225	171	179	156	142	131
15	ชาย	63	287	284	261	244	241	259	204	174	142	143	156	135
16	ชาย	45	296	241	245	198	165	197	194	158	147	146	135	127
17	หญิง	42	258	268	299	203	271	247	204	201	184	167	147	132
18	หญิง	47	242	246	258	303	295	294	187	181	156	147	142	143
19	หญิง	60	222	204	189	185	193	207	165	151	143	132	127	124
20	ชาย	58	289	247	256	248	311	305	209	196	188	146	134	128
21	ชาย	59	269	247	235	193	174	193	184	167	154	133	130	129
22	หญิง	43	304	300	296	247	285	293	187	156	152	147	142	132
เฉลี่ย		50.6	274.3	263.7	259.7	239.3	261.6	268.1	209.6	181.0	164.1	151.7	141.7	129.8

แผนภูมิที่ 3 แสดงค่าน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน

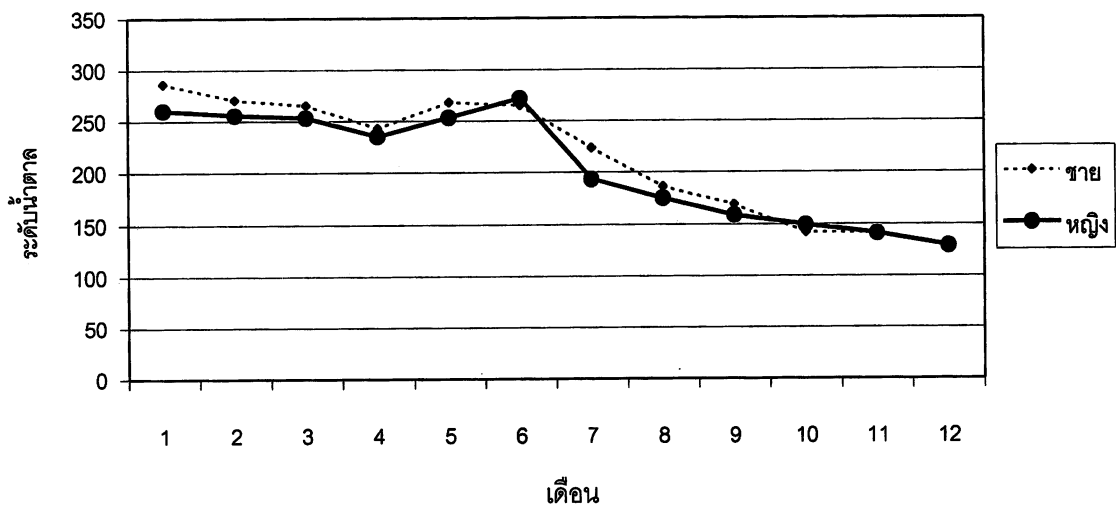


ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 22 ราย (mg%) เปรียบเทียบหญิงและชาย

เริ่มทำ Family Conference

เพศ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ชาย	286.3	270.6	265.3	242.8	268.1	265.1	223.3	186.0	168.8	142.2	142.1	130.2
หญิง	260.0	255.5	253.0	235.2	253.2	271.8	193.3	175.0	158.6	149.2	141.2	129.3

แผนภูมิที่ 4 กราฟเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานหญิง : ชาย



วิจารณ์

การศึกษาในครั้งนี้ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งรักษาด้วยการฉีดอินซูลินเข้าใต้ผิวหนังเฉลี่ยวันละ 30 ยูนิต มีค่าเฉลี่ย 274.1 mg% ในเดือนแรกเมื่อเริ่มทำการรักษา ซึ่งสูงเกินกว่ามาตรฐานการรักษาเบาหวานโดยใช้อินซูลิน ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

เมื่อได้ทำการศึกษาระดับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่ทำการฉีดยาให้นั้น พบว่าทุกรายมีระดับความเครียดสูง สมาชิกครอบครัวที่ต้องฉีดยาให้กับผู้ป่วยทุกวันเบื่อหน่าย รู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระที่ต้องดูแลไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้ Caregiver เกิดความเครียด มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้เกิดการทะเลาะ ไม่ได้ฉีดยาให้กับผู้ป่วย หรือบางครั้งฉีดยาให้ไม่ตรงเวลา ไม่ครบตามที่แพทย์วางแผนการรักษา ส่งผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานได้ นอกจากนี้ยังพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลแย่งไปเรื่อย ๆ เกิดเป็นวงจรเลวร้าย (Vicious cycle)

จากทฤษฎีทางเวชศาสตร์ครอบครัว มีหลักฐานทางการวิจัยหลายฉบับแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวพร้อมกันไปแบบองค์รวม (Holistic Care) ผู้ป่วย, Caregiver และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้วางแผนในการดูแลรักษาร่วมกัน จะช่วยให้ผลการรักษาโรคเรื้อรังดีขึ้น รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวดีขึ้น⁵ ผู้ทำการศึกษานี้จึงได้นำเอาเครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัว ที่เรียกว่าประชุมครอบครัว หรือ Family conference มาใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมทั้งดูแลไปถึง Caregiver และครอบครัวของผู้ป่วย

การทำประชุมครอบครัวหรือ Family conference นี้ เป็นเครื่องมือของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่นำเอาความรู้เรื่องของโรค, การดำเนินโรค, การรักษาโรค มา

ประยุกต์ผสมผสาน (Integrate) เข้ากับกระบวนการให้คำปรึกษา, กระบวนการกลุ่ม (Group Discussion) และกระบวนการทางจิตสังคม (Psychosocial) ซึ่งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะต้องได้รับการฝึกอบรมเทคนิคมาก่อน รวมทั้งต้องรู้จักและมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยในระดับดีจึงจะสามารถเริ่มดำเนินการประชุมครอบครัวได้⁶

หลังจากทำประชุมครอบครัวผู้ป่วย และติดตามค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดทุกเดือน พบว่าในเดือนแรกหลังประชุมครอบครัว ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยลดลงถึง 28.2% ในเดือนที่ 6 หลังจากการทำประชุมครอบครัว ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเหลือเพียง 129.8 mg% ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี

ก่อนทำการประชุมครอบครัว พบว่าผู้ป่วยและสมาชิกที่ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) มีความเครียดสูง ความพึงพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างกันอยู่ในระดับต่ำ ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเบื่อหน่าย รำคาญ รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่ไม่สิ้นสุด ส่งผลต่อการฉีดอินซูลิน ทำให้ฉีดไม่ตรงเวลา ละเลยการฉีดไปบ้าง

หลังจากประชุมครอบครัวแล้ว พบว่าความเครียดในครอบครัวลดลง ค่าความพึงพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างกันสูงขึ้น ส่งผลถึงการฉีดยาอินซูลินมีความสม่ำเสมอ และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยทุกรายลดลงในระดับดี จนกระทั่งเดือนที่ 6 หลังการทำประชุมครอบครัว ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานการรักษาโรคเบาหวาน

มีข้อน่าสังเกตที่น่าสนใจ คือ เมื่อศึกษาดูค่าเฉลี่ยการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด หลังการประชุมครอบครัวเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชาย ไม่พบว่ามีแตกต่างระหว่างเพศ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอัตราการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าใกล้เคียงกัน แต่อย่างไรก็ตาม ข้อสังเกตนี้ ควรได้รับการศึกษาต่อไปในอนาคตตามกระบวนการทางสถิติที่ได้มาตรฐาน และมีกลุ่มควบคุมที่ชัดเจน เนื่องจากจำนวน

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ยังเป็นจำนวนน้อย คือมีเพียง 22 ราย

สรุป

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดูแลตัวเองไม่ได้ เป็นภาระรับผิดชอบที่ไม่มีวันสิ้นสุด (Uninterrupted Care) ของผู้ดูแล (Caregiver)

ผลของการรักษาโรคในผู้ป่วยเรื้อรังจะดีมากน้อยเพียงใดนั้น นอกจากขึ้นอยู่กับตัวของผู้ป่วยเองแล้ว ครอบครัวยังเป็นส่วนสำคัญอย่างมาก การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ได้ผลสัมฤทธิ์ แพทย์จึงมีความจำเป็นที่จะต้องดูแลผู้ป่วยและดูแลครอบครัวของผู้ป่วยไปพร้อม ๆ กัน

เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และดูแลตัวเองไม่ได้ นอกจากคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะลดลงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อทุกคนในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ให้การดูแล หรือ Caregiver

การศึกษานี้พบว่า ผู้ให้การดูแล หรือ Caregiver ทุกราย มีความเครียดสูง ซึ่งความเครียดดังกล่าวส่งผลกระทบต่อชีวิตส่วนตัวของ Caregiver เอง และส่งผลถึงคุณภาพการรักษา ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

จึงเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของแพทย์ประจำครอบครัว ที่จะเข้ามาเป็นสื่อกลางในการทำ ความเข้าใจเรื่องโรค การดำเนินโรค การร่วมกันดูแลรักษา ร่วมกันระหว่างแพทย์ คนไข้และ Caregiver เพื่อให้การรักษาเบาหวานเกิดประสิทธิภาพสูงสุด สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดี ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนจากการที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ๆ รวมถึงลดภาวะความเครียดของผู้ดูแลคนไข้ลงอีกด้วย

การประชุมครอบครัว (Family conference) เป็นเครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัวที่ทำให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเข้าใจผู้ป่วย เข้าใจผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและเข้าใจครอบครัวผู้ป่วยมากขึ้น สามารถช่วยเหลือผู้ป่วย

ผู้ดูแล และครอบครัวปรับกระบวนการรักษาและค้นหาวิธีดูแลสุขภาพร่วมกัน จนได้ข้อตกลงที่เหมาะสมสำหรับสมาชิกทุกคนในกลุ่ม รวมทั้งติดตามผลการรักษาหลังจากการทำประชุมครอบครัวต่อไปว่าสัมฤทธิ์ผลตามวัตถุประสงค์หรือไม่

การประชุมครอบครัวนั้น เป็นเครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัวที่มีความซับซ้อน เนื่องจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เป็นคนกลางจะต้องมีความเข้าใจโรค การดำเนินโรค วิธีการรักษา รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เป็นอย่างดี และต้องมีความเข้าใจตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และครอบครัวของผู้ป่วยเป็นอย่างดีอีกด้วย นอกจากนี้ยังต้องได้รับการฝึกฝนวิธีการทำประชุมครอบครัวมาก่อน จึงจะสามารถใช้เครื่องมือนี้ได้อย่างเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

แม้จะมีวิธีการซับซ้อนและใช้เวลามาก หากการประชุมครอบครัว เป็นเครื่องมือที่มีต้นทุนต่ำ สามารถทำได้ในท้องตวรจที่เรียบง่าย และพบว่าหลังจากประชุมครอบครัวแล้ว ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลดีขึ้นอย่างชัดเจน ความเครียดของผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลก็ลดลง รวมถึงสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน ช่วยลดต้นทุนการรักษาพยาบาลอีกประการหนึ่งด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Kilpatrick ES. Problems in assessment of Glycemic control in Diabetes Mellitus. Diabetic Medicine 1997 ; 14 : 819-31.
2. Bending JJ, Keen H. Organization of Care : The Diabetic Care Center-a focus for more effective diabetes treatment and prevention. In : International Text Book of Diabetes Mellitus. Alberti KGMM et al, eds. John Wiley & Sons, Chichester 1992 : 1593-600.
3. John W. Saultz et al. Textbook of Family Medicine. McGraw-Hill co. New York. USA. 2000 : 254-68.
4. American Diabetic Association : Screening for type 2

diabetes (Position statement). Diabetes care 21 (suppl 1) : S23, 1998.

5. Kushner K, Meyer D, Hansen M, et al : The Family conference : What do patients want?. Journal of Family Practice 23 : 463-467, 1986

MA. Development levels in Family Centered Medical Care. Fam Med 18 : 986 ; 153-6.

6. Doherty WJ, Baird MA. Development levels in Family Centered Medical Care. Fam Med 18 : 1986 ; 153-6.

เอกสารหมายเลข 1

แบบสำรวจความพึงพอใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานร่วมกันในครอบครัว

สถานบริการ : ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 โรงพยาบาลราชบุรี

ผู้ตอบแบบสอบถาม ☐ ผู้ป่วย ☐ สมาชิกในครอบครัว

1. ท่านเป็นเบาหวานมานานกี่ปี _____ ปี
2. ท่านฉีดอินซูลินมานานกี่ปี _____ ปี
3. ท่านฉีดอินซูลินวันละกี่ครั้ง ☐ 1 ครั้ง ☐ 2 ครั้ง ☐ 3 ครั้ง
4. ท่านฉีดอินซูลินครั้งละกี่ยูนิต _____ ยูนิต คิดเป็นวันละกี่ยูนิต _____ ยูนิต
5. ใครฉีดอินซูลินให้ท่าน ☐ ผู้ป่วยฉีดเอง ☐ สมาชิกในครอบครัวฉีดให้
6. ระดับน้ำตาลในเลือดของท่านย้อนหลัง 6 เดือนที่ผ่านมามีค่าเท่าใด
เดือนที่ 1 _____ เดือนที่ 2 _____ เดือนที่ 3 _____
เดือนที่ 4 _____ เดือนที่ 5 _____ เดือนที่ 6 _____
7. ท่านได้รับการฉีด/ท่านฉีดอินซูลินให้คนไข้ สม่ำเสมอหรือไม่
☐ ฉีดสม่ำเสมอทุกครั้ง (ข้ามไปตอบข้อ 9) ☐ ฉีดไม่สม่ำเสมอ (ตอบข้อ 8)
8. กรณีที่ท่านฉีดอินซูลินไม่สม่ำเสมอนั้น มีสาเหตุมาจากข้อใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ ไม่มีเวลา ☐ เบื่อรำคาญ ☐ ลืม ☐ ไม่เห็นความสำคัญของการฉีด ☐ ไม่มั่นใจ
อื่น ๆ (ระบุ) _____
9. ท่านคิดว่าระดับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างไร
โปรดกาเครื่องหมาย x ลงบนตำแหน่งค่าคะแนนที่ท่านรู้สึก
10 หมายถึง ความสัมพันธ์ที่ดีที่สุด ท่านรักและห่วงใยผู้ป่วย
5 หมายถึง ความสัมพันธ์ปานกลาง ท่านรู้สึกเฉย ๆ ยังไงก็ได้
0 หมายถึง ความสัมพันธ์แย่มาก ท่านรู้สึกเกลียดผู้ป่วยมาก

