

High cholesterol
High blood pressure

Insulin resistance
periphrral vascular disease
obesity

Metabolic Syndrome



เวชศาสตร์ครอบครัว
และบริการปฐมภูมิกับการดูแล
กลุ่มเมตาบอลิก

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine

เป็นวารสารราย 4 เดือน จัดทำโดยสำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล และภาคีร่วมพัฒนาบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและงานวิจัย ด้านบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะผู้จัดทำ

คณะกรรมการที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจันทพงษ์ วะสี
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ
รองศาสตราจารย์นายแพทย์สีลม แจ่มอุลิตรัตน์
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน ครอบครัวและอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
นายกสภากรพยาบาล
นายกทันตแพทย์สภา
นายกสภาเทคนิคการแพทย์
นายกสภาเภสัชกรรม
นายกสภากายภาพบำบัด
ประธานชมรมแพทย์ชนบท
ประธานชมรมทันตสาธารณสุข
ประธานชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย
ประธานชมรมเภสัชกรรมชนบท
ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย
ประธานชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงสุภัตรา ศรีวิชิชากร

รองบรรณาธิการ

แพทย์หญิงอรอรุณ ตะเวทิงค์
แพทย์หญิงดาริน จตุรภัทรพร

กองบรรณาธิการ

ผศ.แพทย์หญิงสายพิน หัตถิรัตน์
ผศ.นายแพทย์พีระศักดิ์ เลิศตระการนนท์
ผศ.นายแพทย์ปัดพงษ์ เกษสมบุรณ์
นายแพทย์วิโรจน์ วรรณภีระ
นายแพทย์นิพัทธ์ กิตติมานนท์
นายแพทย์สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ
นายแพทย์พลพัฒน์ ไตรเจริญวานิช
นายแพทย์สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ
นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ
นายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ
นายแพทย์กฤษณะ สุวรรณภูมิ
นายแพทย์ปกรณ์ ทองวิไล
นายแพทย์สตาจค์ ศุภผล
นายแพทย์โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ
แพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย
แพทย์หญิงหทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล
นางสุนณา ตันตเศรษฐี
นางจรรยาวัฒน์ ทับบันท์
นางสาวสุมาลี ประทุมรัตน์
นางสาวผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ
นางทัศนีย์ ญาณะ
นางสาวสายใจ วอนขอพร

สนับสนุนการผลิตโดย

สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ติดต่อ

สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
สำนักงาน : สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล 25/25 ถนนพุทธมณฑล 4
ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170
โทร. 02-4419040-3 ต่อ 15-18 โทรสาร 02-4410163

ดาวน์โหลดเนื้อหาของวารสารได้ที่

Website : www.thaiichr.org/www.sfpth.org

พิมพ์ที่ : บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด โทร. 0-2903-8257-9

สารบัญ

เปิดเล่ม	4-5
» สถานการณ์ความคืบหน้าของงานเวชศาสตร์ครอบครัวในปัจจุบัน	4
นิพนธ์ต้นฉบับ	6-37
» ประสิทธิภาพของเทคนิคการให้สุศึกษาด้วยทีมสหวิชาชีพ ต่อการควบคุมระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสิชล Effectiveness of Multidisciplinary Team Approach Technique on Controlling HbA1C in Diabetes Mellitus Type 2 Patients	6
» การสำรวจสถานการณ์การปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบบริการสุขภาพไทย Situation analysis of Family Physician in Thailand: Preliminary Survey Report	12
» ค่าของรอบเอวที่ใช้วินิจฉัยกลุ่มอาการเมตาบอลิก Waist circumference value used for diagnosis metabolic syndrome	19
» การวิจัยทดลองทางคลินิกเพื่อประเมินประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยพยาบาลเวชปฏิบัติประจำหน่วยบริการปฐมภูมิเหมืองและหนองข้างคอก อำเภอเมืองชลบุรี	23
» ผลการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (เพื่อนเกอเบาหวาน) Effect of Social Support by Friends on Health Behaviors and Blood Sugar in Uncontrolled Type2 Diabetes	33
บทความปริทัศน์	38-51
» การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centred Care)	38
» การดูแลแบบประคับประคองอาการเหนื่อย (Dyspnea palliation: The review)	45
บทความพิเศษ	52-57
» The Metabolic syndrome กับเวชศาสตร์ครอบครัว	52
Case Report	58-67
» การติดตามเยี่ยมบ้านหลังออกจากโรงพยาบาล 14 วัน	58
» การดูแลระยะกึ่งเฉียบพลันด้วยสหวิชาชีพ	63
เรื่องเล่าจากเครือข่าย	68-73
» ก้าวต่อไปของชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว	68
» เครือข่ายกายภาพบำบัดชุมชนในระบบปฐมภูมิ	70
มองด้วยใจ	74-75
» The Family Man : ครอบครัวหรือการงาน	74
ต้นกล้าปฐมภูมิ	76-79
» โรงเรียน “ต้นกล้า” นักศึกษาแพทย์	76
ใบสมัครสมาชิก	80

สถานการณ์ความคืบหน้า ของงานเวชศาสตร์ครอบครัวในปัจจุบัน

พญ. สุพัตรา ศรีวณิชชากร

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวนี้ เติบโตมาเข้าสู่ปีที่สองแล้ว เนื้อหาภายในด้านวิชาการดูเหมือนจะเริ่มเข้มข้นมากขึ้นในด้านการวิจัย และการเสนอเนื้อหาในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว บทเรียนของหมอเวชศาสตร์ครอบครัว ก็ดูเหมือนว่ากำลังเติบโตขึ้นเรื่อย ๆ เช่นกัน ทั้งในด้านการบริการ และการจัดการศึกษา ในช่วงระยะปีนี้งานของเวชศาสตร์ครอบครัวกำลังขยายตัวมีการขยายตัวของศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวในเขตต่าง ๆ จำนวนถึง 18 แห่ง แม้บางศูนย์จะยังไม่พร้อมมากนัก แต่ก็เป็ นนิมิตหมายที่ดีที่แสดงว่ากระทรวงสาธารณสุข ยอมรับและเห็นความสำคัญให้เป็นศาสตร์วิชาหนึ่งที่สำคัญในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือที่บางหน่วยเปลี่ยนชื่อไปเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีการจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อวางฐานระบบการพัฒนาเรื่องนี้ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น หัวใจสำคัญของการขยายบทบาทของศาสตร์เวชศาสตร์ครอบครัว ก็คือ ผลงานจริงของการประยุกต์ใช้ศาสตร์นี้ในการไปดูแลผู้ป่วย และประชาชน ได้อย่างมีคุณภาพ เป็นองค์รวม ทำให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นได้ชัดเจน แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รู้ว่าจะร่วมมือช่วยเหลือให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างไรได้อย่างตรงประเด็น ความสุขเกิดขึ้นทั้งกับผู้ให้ และผู้รับบริการ อันจะเป็นฐานสำคัญในการหยั่งรากความยั่งยืนของศาสตร์วิชานี้

เนื้อหาในเล่มได้มีการนำเสนอ “ผลการสำรวจสถานการณ์การปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” ที่จัดทำโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรุ่นใหม่ ซึ่งถือว่าเป็นผลงานชิ้นแรกๆ ที่แสดงสถานการณ์ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่จับได้ผู้สมัครของประเทศไทยในปัจจุบัน จากผลการสำรวจแสดงให้เห็นว่าแพทย์กลุ่มนี้ได้มีบทบาทในระบบบริการในโรงพยาบาลใหญ่เป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลชุมชน แสดงถึงปัญหาอุปสรรคในเชิงระบบของการจัดการระบบบริการสุขภาพปัจจุบันที่อาจยังไม่เข้าใจและไม่รู้จักแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมากนัก ทำให้น้อง ๆ ต้องเข้าไปทำความเข้าใจกับคนที่เกี่ยวข้อง และเข้าไปแสดงผลงานของตนเองอย่างมาก ซึ่งคงต้องมีการพัฒนาในเรื่องนี้ต่อไป แต่ก็เห็นว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้เข้าไปมีบทบาทในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และการจัดการศึกษาในระดับแพทยศาสตรบัณฑิต ที่ไปปูพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวให้แก่ นักศึกษาแพทย์ ได้มากพอสมควร

Metabolic Syndrome เป็นกลุ่มอาการ หรือกลุ่มความผิดปกติที่เป็นความเสี่ยงต่อโรคหลายโรค ที่เกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด อันได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ซึ่งถือว่าเป็นภัยเงียบที่กำลังคืบคลานเข้ามาสู่สังคมโลกและสังคมไทยอย่างรวดเร็ว และมีขนาดที่ใหญ่มากขึ้นเรื่อยๆ รายละเอียดเรื่องนี้ อาจารย์เทพ หิมะทองคำ ซึ่งถือว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญที่บุกเบิกและพัฒนาการดูแลเรื่องนี้มาอย่างต่อเนื่อง ได้กรุณาเขียนบทความในเล่มให้ความเข้าใจต่อเรื่องนี้ไว้อย่างดี ความเสี่ยงในกลุ่มเมตาบอลิก เกี่ยวกับความอ้วน ระดับไขมัน และระดับน้ำตาลในเส้นเลือดของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างมากทั้งในกลุ่มเด็กและผู้ใหญ่ จากการสำรวจและตรวจสอบสุขภาพครั้งล่าสุด พบว่า คนไทยมีภาวะอ้วนร้อยละ 28.4 ในชาย ร้อยละ 40.7 ในหญิง ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.4 เป็นเบาหวาน ร้อยละ 6.9 ทั้งนี้เพราะวิถีชีวิตของคนไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากในด้านที่ใช้กำลังออกแรงลดลง อาหารที่รับประทานก็มีแนวโน้มที่หวาน และมันมากขึ้น อีกทั้งสังคมไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งก็มีโรคเรื้อรังเหล่านี้ควบคู่ตามมามากมาย อันทำให้ภาระในการดูแลสุขภาพ รักษาโรคเรื้อรังต่าง ๆ เหล่านี้มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นไปตลอด ยากที่จะลดลงได้ จะทำได้ก็เพียงการชะลอความเร็วของการเพิ่มขึ้น หากมีกระบวนการป้องกันภาวะเสี่ยงและการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ อันถือว่าเป็นภารกิจหนึ่งที่สำคัญของชาวบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว และถือเป็นโอกาสที่ชาวบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว จะได้แสดงฝีมือความสามารถในการจัดการเรื่องนี้อย่าเด่นชัดด้วย

ความท้าทายต่อการพัฒนางานเวชศาสตร์ครอบครัว และระบบบริการปฐมภูมิ ยังคงมีอีกมาก ทั้งที่เป็นภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีความเชื่อมโยงกับสภาพครอบครัวและสังคม และความท้าทายในด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่คุ้นเคยแบบใช้โรงพยาบาลที่แยกเฉพาะทางเป็นฐานมากกว่าการจัดระบบบริการปฐมภูมิ หรือระบบบริการที่มีความต่อเนื่อง ดูแลเป็นองค์รวม แบบเวชศาสตร์ครอบครัว หรือความท้าทายในเชิงการพัฒนาด้านวิชาการและด้านวิชาชีพนี้ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย แต่ก็เชื่อว่าจะสามารถพัฒนาต่อไปได้อย่างไม่หยุดยั้ง และไม่ถอยหลังกลับ ด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจของชาวบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

ประสิทธิผลของเทคนิคการให้สุขศึกษาด้วยทีมสหวิชาชีพ ต่อการควบคุมระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสิชล

Effectiveness of Multidisciplinary Team Approach Technique on Controlling HbA₁C in Diabetes Mellitus Type 2 Patients

นพ.เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

นภัสสรพร แสงอรุณ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ :

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experiment research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-post test design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA₁C) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับการใช้เทคนิคการให้สุขศึกษาด้วยทีมสหวิชาชีพ ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนเมษายน 2553 ถึงเดือนกันยายน 2553 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือด > 200 mg% หรือระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ > 7.5 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ทำการศึกษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสิชล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยการใช้เทคนิคการให้สุขศึกษาด้วยทีมสหวิชาชีพ แบบบันทึกการทำกิจกรรมกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างก่อนหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขศึกษาด้วยทีมสหวิชาชีพ 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA₁C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง

คำสำคัญ : ระดับ HbA₁C, ความรู้โรคเบาหวานทั่วไป, เทคนิคการให้สุขศึกษาด้วยทีมสหวิชาชีพ

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study was to determine the effect of multidisciplinary team approach technique on health behaviors and HbA_{1c} level in type 2 diabetes mellitus patients with uncontrolled blood sugar. It was set up from April 2010 to September 2010. Two group pre-and post-test design was used. The total sample included 60 diabetic patients who had fasting blood sugar equal or greater than 200 mg% or HbA_{1c} > 7.5 the patients was divided equally into study and control group. The research instruments consisted of the assessment and evaluation tools including a demographic data form and group activities record. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. Independent t- test was used to examine the difference between pre-and post-test scores. The results showed those 6 months after attending the multidisciplinary team health education technique, the mean scores of total HbA_{1c} level in study group was lower than the control group (p < 0.05). The findings from this blood sugar study could be used to change behaviors in diabetic patients with uncontrolled, especially patients with had high HbA_{1c}.

Key words : Multidisciplinary Team, Health Behaviors, Type 2 Diabetes, Uncontrolled Blood Sugar, HbA_{1c}

ที่มา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาสุขภาพทั่วโลก อัตราความชุกโรคเบาหวานในประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 2.5-7 ในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่ และอยู่ที่ร้อยละ 13-15.3 ในผู้สูงอายุ¹ ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสูงกว่าคนไม่เป็นเบาหวาน 2 เท่า, เสี่ยงต่อตาบอดเนื่องจากหลอดเลือดแดงที่จอประสาทตาเสื่อมสูงกว่าคนไม่เป็นเบาหวาน 25 เท่า ไตเสื่อมสมรรถภาพสูงกว่าคนไม่เป็นเบาหวาน 17 เท่า ถูกตัดขาเนื่องจากเกิดแผลเน่าเนื้อตายสูงกว่าคนไม่เป็น

เบาหวาน 5 เท่า² ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมากใน พ.ศ. 2549 ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของประเทศอยู่ที่ประมาณ 1.8-3.4 ร้อยล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 11 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศเฉลี่ย 5,000 บาท/คน/ปี และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 2.7-5.4 ร้อยล้านบาทต่อปีใน พ.ศ. 2568 หรือคิดเป็นร้อยละ 9-17 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศ³

จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสิชลที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2549 จำนวน 1,134 คน พ.ศ. 2550 จำนวน 1188 คน พ.ศ. 2551 จำนวน 1,250 คน ที่ผ่านมามีผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย (FBS อยู่ระหว่าง 80-120 mg%) เพียงร้อยละ 22.33 ซึ่งเป้าหมายอยู่ที่ ร้อยละ 60 คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสิชล เปิดให้บริการทุกวันอังคารและวันศุกร์ มีจำนวนผู้มารับบริการ 65-90 คนต่อวัน ในอดีตที่ผ่านมา การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวต่างๆ ไปเป็นแบบกลุ่มใหญ่ไม่ได้แยกกลุ่มรายใหม่หรือรายเก่า การพบทีมสหวิชาชีพไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน จากการซักถามประวัติผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงพบว่า ส่วนใหญ่ไม่เข้าใจในเรื่องสัดส่วนการรับประทานอาหารประเภท แป้ง น้ำตาล ไขมัน ผลไม้หวาน ควรรับประทานได้มากน้อยเท่าใด บางส่วนยังไม่เข้าใจในการดำเนินของโรคเบาหวาน มีการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง และการออกกำลังกายไม่เหมาะสม จึงไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากเหตุผลดังกล่าวทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวานจึงได้คิดปรับปรุงรูปแบบการให้สุขศึกษาแบบทีมสหวิชาชีพขึ้นมาใหม่ แล้วทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ให้สุขศึกษาโรคเบาหวานทั่วไปกับกลุ่มที่ใช้เทคนิคการให้สุขศึกษาด้วยทีมสหวิชาชีพ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) ประเมินผลการศึกษา เนื่องจาก HbA_{1c} เป็นระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน จึงบ่งชี้ทางอ้อมถึงระดับน้ำตาลเฉลี่ยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอยู่ที่ระดับน้อยกว่า 7% การวัดเปอร์เซ็นต์ของน้ำตาลเฉลี่ยสะสม จะเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงผลการปฏิบัติตัวในการควบคุมน้ำตาลของผู้ป่วยอย่างแท้จริงมากกว่าระดับ FBS

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) ของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสิชลระหว่างกลุ่มที่ให้ความรู้โรคเบาหวานทั่วไปกับกลุ่มที่ใช้เทคนิคการให้สุขศึกษาด้วยทีมสหวิชาชีพ

วิธีการและขั้นตอนการดำเนินงาน การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-post test design) ศึกษาเปรียบเทียบผลของระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) ในกลุ่มตัวอย่างประชากร ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการที่คลินิกพิเศษเบาหวานโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน อายุอยู่ในช่วง 40 - 65 ปี ทั้ง 2 กลุ่ม โดยคัดเลือกปัจจัยด้านประชากรที่ใกล้เคียงกันที่สุดได้แก่ เพศ อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เป็นโรค ตามเกณฑ์คัดเลือกตัวอย่าง (Inclusion criteria) ระยะเวลาศึกษา 12 เดือนตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2552 - 30 กันยายน 2553 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มทดลอง ได้รับการให้สุขศึกษาด้วยทีมสหวิชาชีพตามโปรแกรมกำหนด กลุ่มควบคุมได้รับการให้สุขศึกษาแบบทั่วไป เป็นแบบกลุ่มใหญ่ จากนั้นติดตามผล HbA_{1c} ทั้ง 2 กลุ่ม อีก 6 เดือนถัดมา

เทคนิคการให้สุขศึกษาด้วยทีมสหวิชาชีพ หมายถึงการจัดการเรียนรู้และให้ความรู้/คำแนะนำ/สาธิตตัวอย่างของทีมสหวิชาชีพแต่ละสาขา ได้แก่

- แพทย์ อธิบาย/ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยมีผู้ป่วยร่วมตัดสินใจด้วย
- พยาบาลวิชาชีพ จัดกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานให้ความรู้โรคเบาหวานทั่วไป
- นักโภชนาการ ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยเบาหวานให้ทราบถึงชนิดและปริมาณอาหารที่ควรรับประทานในแต่ละวัน ตามหลักโภชนาการ ให้ผู้ป่วยทราบถึงหมวดอาหารแลกเปลี่ยน พร้อมสาธิตจำนวนหรือปริมาณอาหารในแต่ละส่วนให้เห็นจริง เช่น เนื้อสุก 1 ส่วน เท่ากับ 2 ช้อนโต๊ะ เป็นต้น ฝึกคำนวณแคลอรีอย่างคร่าว ๆ เพื่อนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้



- เภสัชกร ให้ความรู้เรื่องยาและแนะนำการใช้ยาอย่างถูกต้อง
- นักกายภาพบำบัด ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย/สาธิตการออกกำลังกาย/แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมในแต่ละคน

เกณฑ์คัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมศึกษาวิจัย

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รักษาโดยใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด ไม่มีฉีด insulin
2. มีระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) มากกว่า 7% ขึ้นไป
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทาง สมอ ง ตา ไต และหัวใจ
4. อายุอยู่ในช่วง 40-65 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
5. อ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาทางการติดต่อสื่อสาร
6. ยินดีเข้าร่วมศึกษาวิจัย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 60 คน เป็น กลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย พบว่า มีเพศชายและหญิงในจำนวนที่เท่ากันที่ 30 คน ส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 61-65 ปี รองลงมาอายุ 51-60 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 91.66 รองลงมาสถานภาพสมรส หม้าย ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.66 มีอาชีพ เกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 61.66 ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 78.33 รองลงมา 6-10 ปี สิทธิในการรักษาพยาบาลร้อยละ 76.66 ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c})

เปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับการให้สุขศึกษาด้วยทีมสหวิชาชีพ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) ลดลงโดยมีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) ก่อนการทดลองเท่ากับ 9.42 (S.D.=1.94) และหลังการทดลองเท่ากับ 6.54 (S.D.=1.42) ส่วนกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) ลดลงโดยมีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) ก่อนการทดลองเท่ากับ 9.16 (S.D.=1.86) และหลังการทดลองเท่ากับ 8.43 (S.D.=1.62) (ตาราง 2)

ตาราง 1 ข้อมูลด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n= 60)

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	40-50 ปี	3	10.00	4	13.33
	51-60 ปี	13	43.76	13	43.76
	61-65 ปี	14	46.66	13	43.76
ค่าเฉลี่ย (SD)		56.9 (7.66)		58.2 (7.87)	
สถานภาพสมรส	โสด	0	0	2	6.66
	คู่	29	96.67	26	86.66
	หม้าย	1	3.33	2	6.66
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	24	80.00	19	46.49
	มัธยมศึกษา	3	10.00	7	23.33
	ปวช./อนุปริญญา	2	6.66	3	10.00
	ปริญญาตรี	1	3.33	1	3.33
อาชีพ	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	3.33	1	3.33
	ค้าขาย	2	6.66	2	6.66
	เกษตรกรกรรม	17	56.66	20	66.67
	รับจ้าง	10	33.33	7	23.33
ระยะเวลาป่วย	1 - 5 ปี	25	83.33	22	73.33
	6 - 10 ปี	4	13.33	7	23.33
	>10 ปี	1	3.33	1	3.33
สิทธิการรักษา	ชำระเงินเอง	0	0	0	0
	ประกันสุขภาพ	22	73.33	24	80.00
	ประกันสังคม	5	16.66	5	16.66
	เบิกต้นสังกัด	3	10.00	1	3.33

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) ก่อนและหลังการทดลอง

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง					กลุ่มควบคุม				
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		
	Mean	SD	Mean	SD	P-value	Mean	SD	Mean	SD	P-value
HbA _{1c}	9.42	1.94	6.54	1.42	0.001*	9.16	1.86	8.43	1.62	0.046

*p < 0.05

อภิปรายผล

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 61-65 ปีมากที่สุด ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับอัตราความชุกของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศที่เพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น¹ ด้านสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 91.66) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 71.66) เนื่องจากเป็นการศึกษาภาคบังคับ การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลเปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสิชล ระหว่างกลุ่มที่ให้ความรู้โรคเบาหวานทั่วไป กับกลุ่มที่ใช้เทคนิคการให้สุขศึกษาด้วย

ทีมสหวิชาชีพ โดยพิจารณาจากผลการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการทั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับการนัดพบ 2 visit ใน visit แรก ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการเจาะตรวจเลือดหาระดับ HbA_{1c} ผู้ที่มีระดับ HbA_{1c} มากกว่า 7% ขึ้นไป และสมัครใจร่วมโครงการวิจัย กลุ่มละ 60 คน ในกลุ่มทดลองได้รับความรู้ตามโปรแกรมของทีมสหวิชาชีพ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับความรู้โรคเบาหวานทั่วไป visit 2 นัดพบหลัง visit แรกประมาณ 180 วัน หรือ 6 เดือนถัดมา โดยเจาะเลือดตรวจหาระดับ HbA_{1c} นำมาเปรียบเทียบกับระดับ HbA_{1c} ก่อนเข้าร่วมโครงการทั้ง 2 กลุ่ม

จากการศึกษาพบว่า ในระยะ 180 วันหลังศึกษา การใช้เทคนิคให้สุขศึกษาด้วยทีมสหวิชาชีพสามารถลดระดับ HbA_{1c} ลงได้มากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Yanfang Wang และคณะ¹¹ ที่ทำการศึกษารื่อง การใช้ Intervention ที่เป็นรูปแบบในการบริหารจัดการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อ้วนในเมืองเซียงไฮ ประเทศจีน และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของชดช้อย วัฒนะ⁷ และละเอียด สีเข้ม⁸ ที่ทำการศึกษารื่องของการให้คำแนะนำในคลินิกเบาหวานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยพบว่า กลุ่มทดลองสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลงได้มากกว่าในกลุ่มควบคุม ผลของการใช้เทคนิคการให้สุขศึกษาด้วยทีมสหวิชาชีพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมใช้เทคนิคการให้สุขศึกษาด้วยทีมสหวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง ($p < 0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยและสอดคล้องกับการศึกษาของวิลาลินี หาญเมธี และคณะ⁴ ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่าหลังจากใช้กระบวนการกลุ่มสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและควบคุมโรคได้ดีขึ้น ในด้านการรับประทานอาหารถูกต้องตามหลักโภชนาการและในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสม การได้รับยาตามแผนการรักษา และการจัดการความเครียดอย่างถูกวิธี ทำให้กลไกการทำงานที่อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายมีการเผาผลาญระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น ส่งผลให้ลดระดับน้ำตาลในเลือดและระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) ลงได้อย่างชัดเจน

สรุปผลการศึกษา

เทคนิคการให้สุขศึกษาด้วยทีมสหวิชาชีพ สามารถนำไปใช้ในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง โดยมีผลทำให้ลดระดับ HbA_{1c} ลงได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้นทีมสหวิชาชีพ จึงมีส่วนสำคัญในการจัดการความรู้ให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง หากผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เข้าใจในเรื่องการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการถูกต้อง มีความรู้เรื่องการใช้ยา การออกกำลังกายที่เหมาะสม ผู้ป่วยเบาหวานจะสามารถควบคุมและลดระดับน้ำตาลในเลือดลงได้

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น และศึกษาในกลุ่มที่ใช้ยาฉีดอินซูลินด้วย เพื่อให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือมากขึ้น ระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องไปอีก 1-2 ปี เพื่อให้เห็นแนวโน้มของระดับน้ำตาลในเลือด

บทเรียนที่ได้รับ

งานวิจัยดังกล่าว เป็นการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) เพื่อหาองค์ความรู้ใหม่ในการพัฒนา งานประจำให้ดียิ่งขึ้น ทำให้เกิดการปรับระบบการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ได้ชัดเจนมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ ทำให้ควบคุมและลดระดับ น้ำตาลในเลือดลงได้ ผลจากงานวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ โดยการพัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชน โดยปรับรูปแบบการให้สุขศึกษาวิธีใหม่ เน้นการ ดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยทีมสหวิชาชีพเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมมากขึ้น และนำไปขยายผลในการดูแลผู้ป่วยของสถานีนอมนามยแห่งอื่นในเครือข่ายปฐมภูมิของ CUP สีชล

เอกสารอ้างอิง

1. เทพ หิมะทองคำ. (2547) ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์.พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: บริษัท จูนพับลิชชิ่ง จำกัด.
2. ทวีรัช ศรีกุลวงศ์. (2551).การประเมินระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างโรงพยาบาล หนองบัวชอกกับศูนย์แพทย์ชุมชนโนนหวาย อำเภอหนองบัวชอก จังหวัดอุดรธานี.วารสารวิจัยระบบ สารธารณสุข. 2 (3), 1346.
3. บุญเยี่ยม จุติวิโรจน์ และวิวัฒน์ สีลาสำราญ. (2543).ประสิทธิผลของโครงการส่งเสริมการบริหาร ตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์.สืบค้นเมื่อ 15/11/2551. จาก <http://medinfo.psu.ac.th/smj2 /192/1924.html>
4. วิลาสินี หาญเมธี และคณะ. (2550). ผลของการให้ความรู้โดยใช้กิจกรรมกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในผู้ป่วยคลินิกพิเศษเบาหวาน โรงพยาบาลลำปาง. สืบค้นเมื่อ 15/11/2551
5. บุญยีน แสงงาม. (2546). ประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานโดยการใช้ กระบวนการ Group Counseling สืบค้นเมื่อ15/11/2551 จาก www.cpbr.go.th
6. เบญจวรรณ เกิดแพร่. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (กรณีศึกษา). สืบค้นเมื่อ 15/11/2551
7. ชดช้อย วัฒนะ, ภัทร์พงศ์ อุดมพัฒน์, สุชาติดา อุปัทธวานิชย์. (2542). รูปแบบการจัดบริการ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน: โรงพยาบาล แก่งหางแมว อำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี. สืบค้นเมื่อ 15/11/2551
8. ละเอียด สีเข้ม และคณะ. (2542). การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เบาหวานโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดจันทบุรี. สืบค้นเมื่อ 15/11/2551
9. Sharon A. Brown, Alexandra A. Garcia,Kamiar Kouzekanani, and Craig L. Hanis. (Diabetes care 25:259-268, 2002). วัฒนธรรมมีผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานในเม็กซิกัน สหรัฐอเมริกา. สืบค้นเมื่อ 24/11/51 จาก <http://care.diabetesjournal.org/cgi/content/full/25/2/259>
10. Katib FA, Shafagoj YA (Saudi Med J. 2004 Dec; 25 (12) 1858-63. การเปลี่ยนแปลง Metabolic ในร่างกายที่เป็นผลมาจากการถือศีลอดในเดือนรอมาดอนในผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไม่พึ่งอินซูลิน โดยดูความสัมพันธ์กับปริมาณอาหารที่กินเข้าไป. สืบค้นเมื่อ 24/11/51 จาก <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15711655?>
11. Yanfang Wang, และคณะ. Structured Intervention on the Management of Overweight Patients with Type 2 Diabetes Management in Shanghai China. สืบค้นเมื่อ 24/11/2551 จาก <http://www.dcfi.in.th/pdf/ADA%20Abstract1.pdf>

การสำรวจสถานการณ์การปฏิบัติงาน ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในระบบบริการสุขภาพไทย Situation analysis of Family Physician in Thailand : Preliminary Survey Report

นพ.สตาจค์ ศุภผล พญ.จิรฐา บุตรแก้ว นพ.วราวุธ กุลเวชกิจ
ศูนย์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและพัฒนาบริการปฐมภูมิ เขต 12 กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น

บทคัดย่อ

ที่มา

เป็นเวลา 10 ปีแล้วที่ประเทศไทยมีการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ปัจจุบันมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่สำเร็จการฝึกอบรมได้ปฏิบัติงานอยู่ในระบบบริการสุขภาพในหลาย ๆ บทบาท ทั้งอาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมหรือเวชปฏิบัติครอบครัวตามโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชนต่าง ๆ เป็นผู้บริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ รวมทั้งออกตรวจรักษาผู้ป่วยตามหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตรับผิดชอบ

อย่างไรก็ตามแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเหล่านี้ปฏิบัติงานกระจายอยู่ตามหน่วยบริการต่าง ๆ แม้มีการพยายามติดตาม ประสานงานให้เกิดการรวมกลุ่ม เพื่อติดตามปัญหาและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาและความยั่งยืนในการปฏิบัติงานตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว แต่ด้วยปัญหาด้านการสื่อสาร การบริหารจัดการ และการขาดความร่วมมือต่าง ๆ ทำให้ยังไม่สามารถทราบสถานการณ์ที่แท้จริงของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ทำงานในพื้นที่ต่าง ๆ ศูนย์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและพัฒนาบริการปฐมภูมิ ภาคอีสานตอนบน โรงพยาบาลขอนแก่น โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน จึงต้องการสำรวจสถานการณ์การปฏิบัติงานและสภาพความเป็นอยู่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวทั้งหมดตั้งแต่ปี 2543 เพื่อเป็นข้อมูลในการนำเสนอผู้เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการพัฒนางานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและส่งเสริมให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสามารถปฏิบัติงานอยู่ในระบบบริการได้อย่างเต็มศักยภาพ ได้รับการยอมรับนับถือ ทำงานอย่างมีความสุข และคงอยู่ในระบบบริการอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจสถานการณ์การปฏิบัติงานและสภาพความเป็นอยู่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเป็นข้อมูลในการนำเสนอผู้เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการพัฒนาทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยใช้วิธี Cross-sectional Survey ในกลุ่มตัวอย่างที่เลือกคือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทั้งหมดที่ได้รับวุฒิบัตรตั้งแต่วันที่ 1 จนถึงวันที่ 10

ผลการศึกษา แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในกลุ่มตัวอย่างที่ติดต่อส่งแบบสอบถามได้ทั้งหมด 197 ราย ได้รับแบบสอบถามตอบกลับทั้งหมด 95 ราย คิดเป็น 48.2% ผลการสำรวจพบว่า ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลของรัฐ (44.1%) รองลงมาเป็นอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ (18.1%) ในเรื่องของสัดส่วนภาระงานพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการด้านสุขภาพ (59.4%) รองลงมาคือ ภาระงานด้านการบริหารจัดการบริการปฐมภูมิ และงานด้านวิชาการและการเรียนการสอน (27.5% และ 28.4% ตามลำดับ) ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาระงานการปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่ได้มีการนำแนวคิดด้านเวชศาสตร์ครอบครัวไปใช้ในการปฏิบัติงานแต่ละวันจริง และเห็นว่าการให้บริการตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีจริง และต้องการได้รับการศึกษาด้านเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างต่อเนื่อง แต่มีความคิดเห็นว่า ไม่ได้เยี่ยมบ้านตามต้องการและไม่ครอบคลุมประชากรที่รับผิดชอบ ไม่ได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรต่าง ๆ ในการบริหาร การสำรวจความพึงพอใจการปฏิบัติงานในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งตอบว่ามีชีวิตส่วนตัวที่มีความสุข ไม่ได้มีความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ในการทำงาน แต่ส่วนใหญ่ไม่พึงพอใจในการสนับสนุนของหน่วยงานที่มีบทบาทด้านนโยบาย

สรุปผล บทบาทหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวส่วนใหญ่คือการให้บริการสุขภาพ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ระบบบริการสุขภาพยังไม่เอื้อต่อการพัฒนางานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในสภาพการทำงานและความเป็นอยู่ในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

คำสำคัญ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, สถานการณ์ปัจจุบันในประเทศไทย

Abstract.

The purpose of this research is to explore the situation of family physicians in Thailand and present relevant information to support the development of family medicine.

Material and method: using Cross-sectional Survey in all family physicians graduated from 2000 to 2009

Results: The target participants were contacts 197 cases and sent questionnaire back 95 cases (48.2%). The survey found that most of them have a role as a doctor in public hospitals (44.1%), followed by a teacher in the medical school (18.1%). In the proportion of the workload, most of them did health services (59.4%), followed by primary care management and teaching (27.5% and 28.4% respectively). In term of Family Medicine practice, majority of them used the concept of family medicine to practice each day, and reflected that using the concept of family medicine resulted in better health of patients and want to get a degree in family medicine continues. But they expressed that they didn't do home visits as much as needed and does not cover all responsible population. They reported that they didn't get enough support for health service management. About the satisfaction of working as a family medicine physician, half of them were a happy and do not feel frustrated and bored at work, but most of them were not satisfied with the support of agencies that play a role in the policy.

Summary: In term of role of family medicine, most doctors are providing health services. The majority of opinion reported that health care systems are not conducive to the development of family medicine. About half of the respondents were satisfied with working conditions and living as a family medicine physician. Most of them needed proper policy support.

Keyword: Family physician, Thailand current situation.

บทนำ

ประเทศไทยเริ่มมีการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสำเร็จการฝึกอบรมและได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวจนถึงปัจจุบัน (ปี พ.ศ. 2552) จำนวนทั้งสิ้น 274 คน จากสถาบันฝึกอบรมทั่วประเทศจำนวน 25 สถาบัน ซึ่งควบคุมกำกับโดยราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย จนถึงปัจจุบันได้ถือว่า มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสำเร็จการฝึกอบรมออกมาแล้วครบ 10 ปี จากการสำรวจและการจัดประชุมวิชาการต่าง ๆ ที่ผ่านมามีพบว่า แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่สำเร็จการฝึกอบรมได้ทำงานอยู่ในระบบบริการสุขภาพในหลาย ๆ บทบาท ทั้งเป็นอาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมหรือเวชปฏิบัติครอบครัวตามโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชนต่าง ๆ ต้องเป็นผู้บริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ รวมทั้งออกตรวจรักษาผู้ป่วยตามหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตรับผิดชอบ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจึงถือเป็นแพทย์เฉพาะทางที่มีหน้าที่หลากหลาย และเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายหลักของการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบัน

เนื่องจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวค่อนข้างปฏิบัติงานกระจายตามหน่วยบริการต่าง ๆ แม้มีการพยายามติดตาม ประสานงานให้เกิดการรวมกลุ่ม เพื่อติดตามปัญหาและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาและความยั่งยืนในการปฏิบัติงานตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว แต่เนื่องด้วยปัญหาด้านการสื่อสาร การบริหารจัดการ และขาดความร่วมมือต่าง ๆ ทำให้ยังไม่สามารถทราบสถานการณ์ที่แท้จริงของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ทำงานในพื้นที่ต่าง ๆ ดังนั้น ศูนย์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ภาคอีสานตอนบน โรงพยาบาลขอนแก่น โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน จึงต้องการสำรวจสถานการณ์การปฏิบัติงานและสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวทั้งหมดตั้งแต่ปี 2543 เพื่อเป็นข้อมูลในการนำเสนอผู้เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการพัฒนางานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และส่งเสริมให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสามารถปฏิบัติงานอยู่ในระบบบริการได้อย่างเต็มศักยภาพ ได้รับการยอมรับนับถือ ทำงานอย่างมีความสุข และคงอยู่ในระบบบริการอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทราบข้อมูลสถานการณ์การปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ได้รับวุฒิบัตรแล้วในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการให้บริการสุขภาพ ด้านการบริหารจัดการระบบบริการ ด้านวิชาการ และการเรียนการสอนเวชศาสตร์ครอบครัว
2. เพื่อทราบข้อมูลสถานการณ์ชีวิตความเป็นอยู่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ได้รับวุฒิบัตรแล้วเกี่ยวกับภาระงาน รายได้ ชีวิตส่วนตัวและครอบครัว การศึกษาต่อเพิ่มเติม ความก้าวหน้าในอาชีพ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Analytic Study) โดยใช้วิธี Cross-sectional Survey และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในกลุ่มตัวอย่างที่เลือกคือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทั้งหมดที่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยทั่วประเทศ การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติงานตามภาระหน้าที่ในปัจจุบัน

2.1 สัดส่วนภาระงาน

2.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาระงานปัจจุบันของท่าน

2.3 ผลงานด้านต่าง ๆ

ส่วนที่ 3 สถานการณ์ชีวิตความเป็นอยู่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

ซึ่งแบบสอบถามถูกตรวจสอบ ทดสอบ และแก้ไขให้เหมาะสมตามวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา และตอบกลับทางไปรษณีย์ แล้วใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสถิติเชิงพรรณนา คำนวณข้อมูลเชิงปริมาณ ความถี่ ร้อยละ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ช่วยในการวิเคราะห์ หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมมาทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นที่ศึกษาอีกครั้งหนึ่ง พร้อมวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการสำรวจข้อมูลจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พบว่ามีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ได้รับวุฒิบัตรจาก 8 รุ่น ทั้งหมด 274 คน สามารถติดต่อประสานงานและส่งแบบสอบถามไปได้ 197 ชุดของทั้งหมด และได้รับการตอบแบบสอบถามกลับจำนวน 95 ชุด คิดเป็น 48.2% กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในปี 2548 คิดเป็น 23.1% ส่วนใหญ่กำลังปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานคร คิดเป็น 33.7%

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	95
เพศ	
ชาย N (%)	45 (47.4)
หญิง N (%)	50 (52.6)
อายุเฉลี่ย (ปี ± SD)	33.5 (± 4.5)
กลุ่มอายุ N (%)	
20-30	17 (17.9)
31-40	73 (76.8)
40-60	4 (4.2)
>60	1 (0.1)
สถานภาพ N (%)	
โสด	43 (45.2)
สมรส	52 (55.8)
ศาสนา N (%)	
พุทธ	91 (95.8)
คริสต์	4 (4.2)
รายได้รวมต่อเดือนเฉลี่ย (บาท ± SD)	52,590.7 ± 25,575.2
เงินเดือนเฉลี่ย (บาท ± SD)	23,696.9 ± 18,001.2
เงินพิเศษเฉลี่ย (บาท ± SD)	23,658.8 ± 15,026.2
เงินค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลาราชการเฉลี่ย (บาท ± SD)	10,655 ± 12597.7

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่หลักในงานปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง (N = 95)

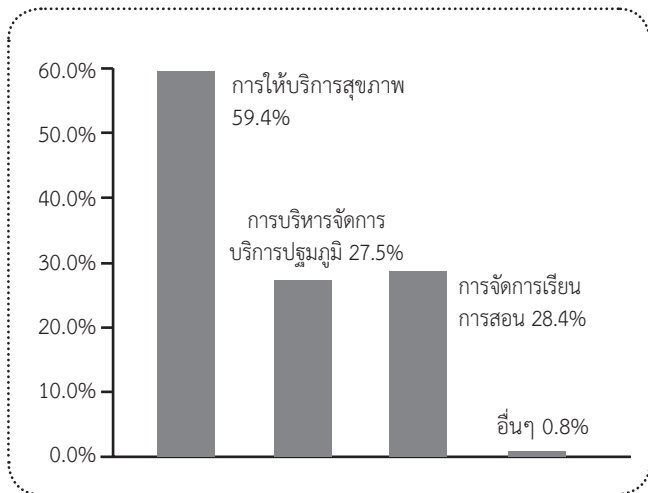
บทบาทหลักในการปฏิบัติงาน	จำนวน (%)
แพทย์ประจำโรงพยาบาลรัฐ	42 (44.1)
อาจารย์แพทย์ในโรงเรียนแพทย์	18 (18.8)
แพทย์ประจำโรงพยาบาลเอกชน	8 (8.4)
หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่ายในโรงพยาบาลรัฐ	5 (5.3)
แพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ	5 (5.3)
อื่น ๆ (ลาศึกษาต่อ, แพทย์แผนจีน)	2 (2.1)

บทบาทหน้าที่ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลของรัฐ 44.1% รองลงมาเป็นอาจารย์ที่โรงเรียนแพทย์จำนวน 18.1% แพทย์ประจำโรงพยาบาลเอกชน 8.4% เป็นหัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่ายในโรงพยาบาล 5.3% และเป็นแพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ 5.3%

ส่วนที่ 2 ผลสำรวจภาระงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

การวิจัยนี้ได้สำรวจภาระงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยแบ่งภาระงานออกเป็น 3 ด้านได้แก่ ภาระงานด้านบริการสุขภาพ ภาระงานด้านการบริหารจัดการบริการปฐมภูมิ และภาระงานด้านวิชาการและการเรียนการสอน ผลการสำรวจในกลุ่มตัวอย่าง 95 ราย ปรากฏดังแผนภูมิด้านล่าง

แผนภูมิที่ 1 สรุปลักษณะเป็นร้อยละของภาระงานเฉลี่ยของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง (N = 95) ต่อเวลาการทำงาน 5 วันทำการ (40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์)



ในเรื่องของสัดส่วนภาระงานพบว่า ส่วนใหญ่ให้บริการด้านสุขภาพคิดเป็น 59.4% ในขณะที่ภาระงานด้านการบริหารจัดการบริการปฐมภูมิ และงานด้านวิชาการและการเรียนการสอน มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือ 27.5% และ 28.4% ตามลำดับ ภาระงานด้านให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นการตรวจผู้ป่วยนอก (29.9%) มีการเยี่ยมบ้าน และบริการส่งเสริมสุขภาพเป็นสัดส่วนที่น้อย (5.6% และ 4.2% ตามลำดับ) ภาระงานด้านการบริหารจัดการบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่เป็นการประชุมภายในหน่วยงาน (12.1%) ภาระงานด้านการเรียนการสอน ส่วนใหญ่เป็นการสอนนักศึกษาแพทย์ (10.4%)

ผลการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวพบว่า ข้อคิดเห็นที่ได้รับการเห็นด้วยเป็นอย่างมาก (mean, median, mode ≥ 3) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างได้มีการนำแนวคิดด้านเวชศาสตร์ครอบครัวไปใช้ในการปฏิบัติงานแต่ละวัน (ข้อคิดเห็นที่ 3) และเห็นว่าทำให้บริการตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีจริง (ข้อคิดเห็นที่ 8) และต้องการได้รับการศึกษาด้านเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างต่อเนื่อง (ข้อคิดเห็นที่ 13) สำหรับข้อคิดเห็นที่

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยน้อย (mean, median, mode ≤ 2.5) ได้แก่ การได้เยี่ยมบ้านตามต้องการ (ข้อคิดเห็นที่ 4) การสามารถทำการเยี่ยมบ้านได้ครอบคลุมประชากรที่รับผิดชอบ (ข้อคิดเห็นที่ 7) การได้รับการสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ในการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างเพียงพอ (ข้อคิดเห็นที่ 9) การมีปัญหาอุปสรรคค่อนข้างมากในการดำเนินงานตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว (ข้อคิดเห็นที่ 12) การที่ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ไม่เข้าใจในแนวคิดของเวชศาสตร์ครอบครัว (ข้อคิดเห็นที่ 17) และการมีโอกาสนในการเข้าร่วมการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างต่อเนื่อง (ข้อคิดเห็นที่ 18)

ส่วนที่ 3 ผลสำรวจผลงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

3.1 รางวัลและการเชิดชูเกียรติ

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในกลุ่มตัวอย่างได้รับรางวัลและการเชิดชูเกียรติต่าง ๆ จำนวน 15 ราย (15.8%)

3.2 งานวิจัยและบทความวิชาการ

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีผู้ที่มีผลงานการวิจัยและบทความวิชาการ จำนวน 35 ราย (36.8%) โดยมีแพทย์ผู้ที่มีผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสารด้านวิชาการจำนวน 11 ราย (11.6%) ในช่วงเวลาที่สำรวจมีกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระหว่างการดำเนินการทำงานวิจัยจำนวน 26 ราย (27.4%)

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง มีผลงานด้านการบรรยายและการสอนเนื้อหาด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและการบริหารจัดการบริการปฐมภูมิ (โดยให้ระบุหัวข้อที่ตนเองมีความเชี่ยวชาญในการสอนเนื้อหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่สามารถสอนได้ดีเป็นพิเศษ หรือได้รับเชิญให้บรรยายหรือสอนหัวข้อนั้น) พบว่ามีผลงานใกล้เคียงกับไม่มีผลงาน คิดเป็น 58.1% และ 41.9% ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ผลสำรวจความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานปัจจุบันในประเด็นต่าง ๆ ผลดังตารางที่ 8

ผลการสำรวจความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานพบว่า ข้อความความคิดเห็นที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยเป็นอย่างมาก (mean, median, mode ≥ 3) ได้แก่ การมีชีวิตส่วนตัวที่มีความสุข (ข้อคิดเห็นที่ 6) สำหรับข้อคิดเห็นที่กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่เห็นด้วยน้อย (mean, median, mode ≤ 2.5) ได้แก่ การมีความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ในการทำงาน (ข้อคิดเห็นที่ 4) ความพึงพอใจในการสนับสนุนของหน่วยงานที่มีบทบาทด้านนโยบายและงบประมาณ (ข้อคิดเห็นที่ 10) และการมีความยากลำบากในการร่วมงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิในความรับผิดชอบ (ข้อคิดเห็นที่ 13)

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะความคิดเห็นต่าง ๆ จากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

สรุปข้อคิดเห็นและเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ได้ทำการสำรวจ พบว่า

ด้านความภาคภูมิใจในการเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว คือ การได้ดูแลผู้ป่วยในทุก ๆ มิติของสุขภาพ และของตัวผู้ป่วย (Holistic approach) ดูแลไม่ใช่เฉพาะร่างกาย และดูแลครอบคลุมถึงจิตใจ ครอบครัว และชุมชนของผู้ป่วย

ด้านอุปสรรคในการดำเนินงานด้านเวชศาสตร์ คือ ปริมาณคนไข้ และปริมาณงานที่มากเกินไป มีเวลาไม่เพียงพอ

ด้านความต้องการการสนับสนุน คือ ต้องการส่งเสริมให้มีการรับรู้ด้านบทบาทที่แท้จริงของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบบริการสุขภาพ ทั้งในกลุ่มผู้บริหาร แพทย์เฉพาะทางอื่น ๆ สหวิชาชีพ และประชาชนทั่วไป เพื่อให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้รับการยอมรับและมีศักดิ์ศรี

วิเคราะห์ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์การทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบบริการปฐมภูมิ โดยการสำรวจข้อมูลจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ได้รับวุฒิบัตรจาก 8 รุ่น ทั้งหมด 274 คน สามารถติดต่อประสานงานและส่งแบบสอบถามไปได้ 197 ชุด ของทั้งหมด และได้รับการตอบแบบสอบถามกลับจำนวน 95 ชุด คิดเป็น 48.2%

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม เป็นผู้หญิงและผู้ชายสัดส่วนพอ ๆ กัน คิดเป็นสัดส่วนหญิงต่อชายคือ 1 ต่อ 0.9 อายุโดยเฉลี่ยอยู่ในช่วง 31-40 ปี คิดเป็น 76.8% สถานภาพโสดและสมรสมีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือ 45.2 และ 55.8 ตามลำดับ เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (95.8%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 52,590.7 \pm 25,575.2 ส่วนใหญ่ได้รับวุฒิบัตรในปี 2548 คิดเป็น 23.1%

สถานที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯ คิดเป็น 33.7% ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เมื่อสำรวจภูมิฐานะและสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในภูมิฐานะของตนเองถึง 68.4% ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

บทบาทหน้าที่ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลของรัฐเป็นจำนวน 44.1% รองลงมาเป็นอาจารย์ที่โรงเรียนแพทย์จำนวน 18.1% และพบว่ามีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ปฏิบัติงานประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิถึง 5.3% ของกลุ่มตัวอย่าง แสดงว่ายังมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวส่วนหนึ่งที่ได้อยู่ในบทบาทที่ใกล้ชิดชุมชนอย่างแท้จริง

ในเรื่องของสัดส่วนภาระงานพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการด้านสุขภาพคิดเป็น 59.4% ในขณะที่ภาระงานด้านการบริหารจัดการบริการปฐมภูมิ และงานด้านวิชาการและการเรียนการสอน มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ 27.5% และ 28.4% ตามลำดับ งานบริการที่เป็นบทบาทสำคัญของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวคือ การเยี่ยมบ้าน และบริการส่งเสริมสุขภาพเป็นมีสัดส่วนที่น้อยกว่ามากเมื่อเทียบกับการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก แสดงให้เห็นว่าบทบาทงานเชิงรุกของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวยังมีสัดส่วนที่น้อย

ผลการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับภาระงานการปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้มีการนำแนวคิดด้านเวชศาสตร์ครอบครัวไปใช้ในการปฏิบัติงานแต่ละวัน และเห็นว่าการให้บริการตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีจริง และต้องการได้รับการศึกษาด้านเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างต่อเนื่อง แต่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการปฏิบัติงานยังไม่สามารถได้เยี่ยมบ้านตามต้องการ และยังไม่ครอบคลุมประชากรที่รับผิดชอบ รวมทั้งไม่ได้ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ในการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างเพียงพอ และการมีโอกาสน้อยในการเข้าร่วมกันฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ด้วยกันส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับความคิดเห็นที่ว่า มีปัญหาอุปสรรคค่อนข้างมากในการดำเนินงานตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว หรือผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ไม่เข้าใจในแนวคิดของเวชศาสตร์ครอบครัว

การสำรวจความพึงพอใจการปฏิบัติงานในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวพบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีชีวิตส่วนตัวที่มีความสุข ไม่ได้มีความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ในการทำงาน และไม่ได้มีความยากลำบากในการร่วมงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิในความรับผิดชอบ แต่ยังไม่พึงพอใจในการสนับสนุนของหน่วยงานที่มีบทบาทด้านนโยบายและงบประมาณ

สรุปผลการวิจัย

บทบาทหน้าที่ในปัจจุบันของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเรื่องการให้บริการสุขภาพ และส่วนใหญ่ยังมีความคิดเห็นว่า ระบบบริการสุขภาพยังไม่เอื้อต่อการพัฒนางานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ประมาณครั้งหนึ่งที่มีความพึงพอใจในสภาพการทำงานและความเป็นอยู่ในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การสนับสนุนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควรมีระบบการบริหารจัดการที่ทำให้ผู้ป่วยมีปริมาณพอเหมาะ ที่จะให้บริการแบบเวชศาสตร์ครอบครัวได้ และสร้างความเข้าใจแก่แพทย์เฉพาะทางอื่น ๆ และสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และแนวคิดของเวชศาสตร์ครอบครัว

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรพัฒนาระบบการให้บริการด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งการกำหนดบทบาทแพทย์ในบริการ ปฐมภูมิปริมาณผู้ป่วย และระบบสนับสนุนบริการ เพื่อให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีโอกาสให้บริการ ด้านเยี่ยมบ้านและการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น
2. เนื่องจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีบทบาทในการปฏิบัติงานหลายด้าน ๆ จึงเอื้ออำนวยให้ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีโอกาสในการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการบริการเวชศาสตร์ครอบครัวใน ทุกด้านในลักษณะของการจัดการความรู้
3. ลักษณะการทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ทำให้แพทย์ผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ ในบทบาทหน้าที่และผลลัพธ์ของการให้บริการ แต่ต้องมีการสนับสนุนในด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน ค่าตอบแทน และความก้าวหน้าในวิชาชีพ เพื่อให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีผลงานด้านวิชาการพอสมควร ควรมีการรวบรวมและนำเสนอ อย่างเป็นระบบ
5. สิ่งที่สำคัญที่สุดในการส่งเสริมการปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบบริการ สุขภาพ คือ กระบวนเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้แก่ ผู้บริหาร แพทย์ และแพทย์เฉพาะทางด้านอื่น ๆ สหวิชาชีพ รวมถึงประชาชนทั่วไป เพื่อให้แพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นที่ยอมรับ มีบทบาทที่เหมาะสมในระบบบริการ และมีศักดิ์ศรีเทียบเท่าแพทย์

บรรณานุกรม

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว. หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบอาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว. ฉบับปรับปรุง; 2547.

Villanueva T. Family Medicine, the specialty of the future: the Portuguese situation within the European context. International archives of medicine 2009; 2 (1):36.

Rodriguez-Gordaliza F, et al. The work situation of specialists in family and community medicine educated in Asturias. Aten Primaria. 1996 May 31; 17 (9):570-3.

ค่าของรอบเอวที่ใช้วินิจฉัยกลุ่มอาการเมตาบอลิก

Waist circumference value used for diagnosis metabolic syndrome

สุวรรณา ถาวรรุ่งโรจน์

คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

บทคัดย่อ

รอบเอวเป็นตัวบ่งชี้ของโรคอ้วนและเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และกลุ่มอาการเมตาบอลิก ค่าของรอบเอวที่บ่งชี้โรคอ้วนมักใช้ค่าที่กำหนดโดยองค์กรต่างประเทศ ผู้วิจัยจึงศึกษาข้อมูลทุติยภูมิของงานวิจัยโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งติดตามประชากรตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 ถึงปี พ.ศ. 2550 ผลการศึกษาพบว่า ค่าจุดค่าตัดของรอบเอวที่ 85 เซนติเมตรในเพศชาย และ 79 เซนติเมตร ในเพศหญิง มีความไวสูงสำหรับวินิจฉัยกลุ่มอาการเมตาบอลิก

คำสำคัญ รอบเอว, กลุ่มอาการเมตาบอลิก

Abstract

Waist circumference is the indicator for obesity and the risk of cardiovascular diseases, diabetes and metabolic syndrome. The value of this circumference that is used to point out obesity is defined by the overseas organizations. So the researcher studied the secondary data from cohort study for cardiovascular disease that followed the population since 1985 to 2007. The result showed the cutoff point of waist circumference: 85 cm. for men and 79 cm. for women that has the high sensitivity for diagnosis metabolic syndrome.

Keywords: waist circumference, metabolic syndrome.

บทนำ

กลุ่มอาการเมตาบอลิกเกิดจากความผิดปกติของกระบวนการเผาผลาญพลังงาน ประกอบด้วยกลุ่มของปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ภาวะดื้อต่อการออกฤทธิ์ของอินซูลิน น้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน มีคอเลสเตอรอลในเลือดสูง มีไขมันชนิดดีต่ำและความดันโลหิตสูง¹ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มอาการเมตาบอลิกเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีกลุ่มของปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นถึง 3 เท่า² และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นถึง 2 เท่า³ กลุ่มอาการนี้เพิ่มโอกาสการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2⁴ และเพิ่มโอกาสการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานด้วย⁵

โรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของกลุ่มอาการเมตาบอลิก และโรคอื่น ๆ อีกหลายโรค จึงเป็นปัญหาสำคัญในวงการสาธารณสุข ผู้ที่เป็นโรคอ้วนจะมีการต้านการทำงานของ leptin (adipocyte-derived hormone) ทำให้มีไขมันสะสมที่เนื้อเยื่อ⁶ ซึ่งไขมันเหล่านี้ทำให้ adiponectin ลดลง ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดเสียหาย เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวาน จึงพบความสัมพันธ์ของไขมันช่วงกลางตัวกับโรคเบาหวานและกลุ่มอาการเมตาบอลิก เราอาจใช้รอบเอว สัดส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพก สัดส่วนรอบเอวต่อความสูง ดัชนีมวลกาย และร้อยละของไขมันในร่างกายในการบ่งชี้โรคอ้วน แต่ตัวบ่งชี้เหล่านี้มีทั้งจุดข้อดีและข้อจำกัดในการใช้งาน⁷

รอบเอวสามารถอ่านค่าจากการวัดได้เลยจึงมีการนำไปใช้มาก เพศและเชื้อชาติที่ต่างกันจะใช้ค่าของรอบเอวสำหรับบ่งชี้โรคอ้วนแตกต่างกัน เนื่องจากเพศชายมีไขมันสะสมที่กลางลำตัว ส่วนเพศหญิงสะสมที่ส่วนปลาย⁸ นอกจากนี้การกระจายของไขมันและองค์ประกอบในร่างกายของประชากรผิวขาวและชาวเอเชียมีความแตกต่างกัน โดยชาวเอเชียมีมวลของกล้ามเนื้อน้อยแต่มีไขมันในร่างกายมาก จึงสอดคล้องกับเกณฑ์ของ American heart association/National heart lung blood institute (AHA/NHLBI) และ International Diabetes Federation (IDF) ซึ่งกำหนดค่ารอบเอวที่ใช้บ่งชี้โรคอ้วนและกลุ่มอาการเมตาบอลิกที่แตกต่างกัน โดยใช้ค่ารอบเอวมมากกว่าหรือเท่ากับ 102 เซนติเมตร ในเพศชาย และมากกว่าหรือเท่ากับ 88 เซนติเมตร ในเพศหญิงสำหรับประชากรในแถบยุโรป ส่วนประชากรแถบเอเชียใช้ค่ารอบเอวมมากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตรในเพศชาย และมากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตรในเพศหญิง แต่การศึกษาในประเทศจีนพบค่าจุดตัดของรอบเอวที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดคือ 96 เซนติเมตรในเพศชาย และ 86 เซนติเมตรในเพศหญิง จึงใช้ค่ารอบเอวนี้นในการบ่งชี้โรคอ้วน⁹ การศึกษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2548 พบว่า ค่ารอบเอวในเพศชาย 93 เซนติเมตรในเพศหญิง 84 เซนติเมตร มีความสัมพันธ์กับค่าร้อยละ 25 ของไขมันในร่างกาย ซึ่งใช้บ่งชี้โรคอ้วน¹⁰ อีกการศึกษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2551 พบรอบเอวที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง คือ 88 เซนติเมตรในเพศชาย และ 78 เซนติเมตร ในเพศหญิง¹¹ แต่การศึกษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2548¹² พบรอบเอวในเพศชาย 82.5 เซนติเมตร และเพศหญิง 79.5 เซนติเมตร มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงในผู้ที่เป็นกลุ่มอาการเมตาบอลิก

ผู้วิจัยจึงสนใจว่า ควรใช้ค่าของรอบเอวใดในการวินิจฉัยกลุ่มอาการเมตาบอลิก เพื่อช่วยให้พบผู้ที่มีความเสี่ยงแต่เนิ่น ๆ และสามารถป้องกันโรคไม่ให้รุนแรงหรือชะลอการดำเนินไปของโรค

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาค่าของรอบเอวที่มีความไวในการวินิจฉัยกลุ่มอาการเมตาบอลิก

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัยเป็นแบบย้อนหลัง โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิของงานวิจัยโรคหัวใจและหลอดเลือดในพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย นนทบุรี ซึ่งเป็น Cohort study ดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2528 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 3,499 คน อายุ 35-54 ปี และติดตามกลุ่มตัวอย่างเดิมในปี พ.ศ. 2540, พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2550 โดยทุกรอบของการติดตามพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตที่เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการซักประวัติ ตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และวัดค่าต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิต รอบเอว ส่วนสูง และชั่งน้ำหนักตัว เป็นต้น

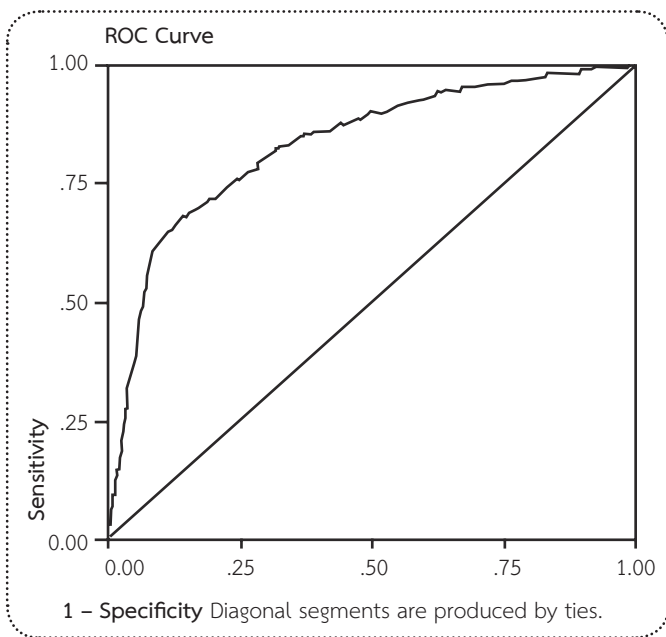
การวินิจฉัยกลุ่มอาการเมตาบอลิก ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของ American heart association/National heart lung blood institute (AHA/NHLBI)

ผลการศึกษา

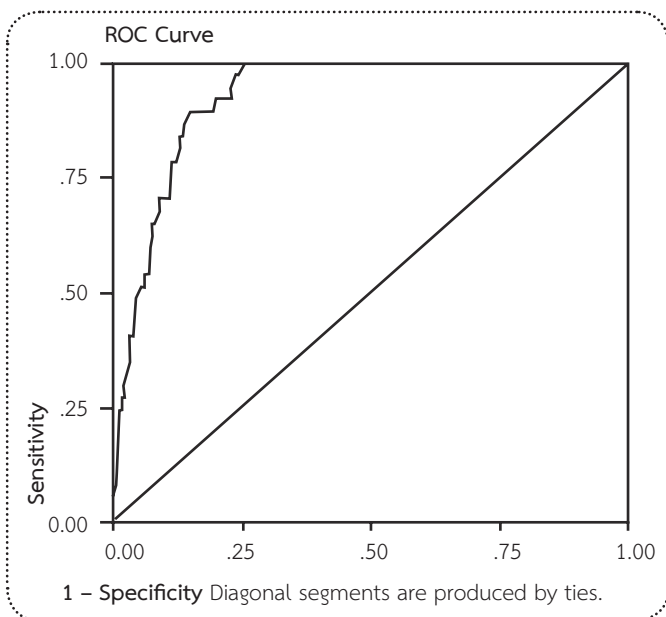
ข้อมูลของพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตที่มีข้อมูลสมบูรณ์ 2,539 คน เมื่อวินิจฉัยด้วยเกณฑ์ของ AHA/NHLBI พบผู้ที่เป็นกลุ่มอาการเมตาบอลิกตั้งแต่ พ.ศ. 2528 ถึง พ.ศ. 2550 จำนวน 581 คน เป็นเพศชาย 483 คน (ร้อยละ 83.1) และเป็นเพศหญิง 98 คน (ร้อยละ 16.9)

ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลของรอบเอวปี พ.ศ. 2528 ในผู้ที่เป็นกลุ่มอาการเมตาบอลิกต่อเนื่อง 22 ปี โดยใช้ Receiver operating characteristic (ROC) curve ซึ่งเป็นข้อมูลของรอบเอวที่เรียงกันเป็นเส้นโค้งแล้วหาจุดตัดค่าของรอบเอวที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการเมตาบอลิก โดยแยกศึกษารอบเอวของเพศชายและเพศหญิง ผลการศึกษาพบค่าของรอบเอวที่มีความไว

และความจำเพาะสูงสำหรับใช้วินิจฉัยกลุ่มอาการเมตาบอลิก คือรอบเอวในเพศชายที่มากกว่าหรือเท่ากับ 85 เซนติเมตร [ความไวร้อยละ 76.2 ความจำเพาะร้อยละ 75.2, positive likelihood ratio 3.07 และค่าของพื้นที่ใต้โค้ง .835 (S.E=.01)] (รูปที่ 1) และค่าของรอบเอวในเพศหญิงที่มากกว่าหรือเท่ากับ 79 เซนติเมตร [ความไวร้อยละ 89.2 ความจำเพาะร้อยละ 80.9, positive likelihood ratio 4.67 และค่าของพื้นที่ใต้โค้ง .924 (S.E=.01)] (รูปที่ 2)



รูปที่ 1 แสดง ROC ค่าของรอบเอวเพศชายที่เป็นกลุ่มอาการเมตาบอลิก



รูปที่ 2 แสดง ROC ค่าของรอบเอวเพศหญิงที่เป็นกลุ่มอาการเมตาบอลิก

ผู้วิจัยทดสอบค่าของรอบเอวดังกล่าวโดยนำไปศึกษาความไวและความจำเพาะ ในข้อมูลของกลุ่มที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) พ.ศ.2540 จำนวน 100 คน ซึ่งเป็นเพศชาย 81 คน เพศหญิง 19 คน พบว่าค่านี้มีค่าความไวร้อยละ 84.5 และร้อยละ 75 และมีความจำเพาะร้อยละ 30 และร้อยละ 20 ในเพศชายและเพศหญิงตามลำดับ รวมทั้งนำไปศึกษาในข้อมูลของกลุ่มที่ป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular events) พ.ศ. 2545 จำนวน 172 คน ซึ่งเป็นเพศชาย 150 คน และเพศหญิง 22 คน พบว่า ค่ารอบเอวนี้อีกมีความไวร้อยละ 74 และร้อยละ 87.5 ความจำเพาะร้อยละ 27 และร้อยละ 27 ในเพศชายและเพศหญิงตามลำดับ

วิจารณ์

ผู้วิจัยใช้รอบเอวของ Cohort study ที่ติดตามผลของปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งค่าของรอบเอว เป็นระยะเวลาานพอที่จะพบผู้ที่ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

ค่าของรอบเอวจากการศึกษานี้มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ที่ใช้วินิจฉัยกลุ่มอาการเมตาบอลิก ขององค์กรในต่างประเทศ แต่ใกล้เคียงกับผลการศึกษาในประเทศไทยก่อนหน้านี้ ระดับค่าที่ต่ำกว่าจะมีความไวในการวินิจฉัยที่ต่ำกว่า จึงช่วยให้ผู้ที่มีความเสี่ยงได้รับคำแนะนำในการสร้างเสริมสุขภาพและการรักษาได้เร็วยิ่งขึ้น ทำให้ลดความรุนแรงของโรค ลดโอกาสหรือชะลอการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

นอกจากค่าของรอบเอวแล้ว การเลือกใช้เกณฑ์การวินิจฉัยกลุ่มอาการเมตาบอลิก วิธีและตำแหน่งการวัดค่าต่าง ๆ ที่แตกต่างกันอาจทำให้ผลที่ได้จากการศึกษามีความแตกต่างกัน เช่น ค่าของรอบเอวที่ได้จากการศึกษาในประเทศไทยนิยมวัดรอบเอวตรงกลางระหว่างซี่โครงซี่สุดท้ายกับขอบบนสุดของกระดูกเชิงกราน แต่บางการศึกษาจะวัดรอบบริเวณสะดือหรือวัดเหนือขอบบนกระดูกเชิงกราน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาก็มีส่วนทำให้ค่าที่ได้แตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ เช่น จำนวนเพศชาย วิถีชีวิต จำนวนคนเป็นโรคอ้วนและความชุกของปัจจัยเสี่ยงซึ่งเป็นองค์ประกอบของกลุ่มอาการเมตาบอลิก เป็นต้น

การกำหนดค่าของรอบเอวที่ต่ำกว่าเกณฑ์ขององค์กรในต่างประเทศ นอกจากช่วยให้คัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงได้แล้ว บุคลากรก็สามารถให้ความรู้ความตระหนักในความเสียหายของโรค และร่วมกันหาวิธีการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะป้องกันไม่ให้โรคดำเนินต่อไปหรือลดความรุนแรงพยาธิสภาพได้

สรุป

ค่าของรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 85 เซนติเมตรในเพศชาย และมากกว่าหรือเท่ากับ 79 เซนติเมตรในเพศหญิง มีความไวในการใช้วินิจฉัยกลุ่มอาการเมตาบอลิก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณที่วิจัยจากคณะแพทยศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาให้ใช้ข้อมูลจากงานวิจัยโรคหัวใจและหลอดเลือด

เอกสารอ้างอิง

1. Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, Niskanen LK, Kumpusalo E, Tuomilehto J, et al. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *JAMA* 2002; 288: 2709–16.
2. Isomaa B, Almgren P, Tuomi T, Forsen G, Lahti K, Nissen M. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 2001; 24: 683–89.
3. Trevisan M, Liu J, Bahsas FB, Menotti A. Syndrome X and mortality: a population-based study. Risk factor and life expectancy research group. *Am J Epidemiol* 1998; 148(10): 958–66.
4. Haffner SM, Valdez A, Hazudah P, Mitchell D, Morales PA, Stern MP, et al. Prospective analysis of the insulin-resistance syndrome (syndrome X). *Diabetes* 1992; 41(6): 715–22.
5. Guzder RN, Gatling W, Mullee MA, Byrne CD. Impact of metabolic syndrome criteria on cardiovascular disease risk in people with newly diagnosed type 2 diabetes. *Diabetologia* 2006; 49(1): 49-55.
6. Bloom ZT. Obesity, hypertension and insulin resistance. *Diabetes Care* 2002; 25: 2088-97.
7. Tawonrungron S. Criteria for indicating obesity. *Vajira Med J* 2010; 54: 387-94.
8. Montague CT, O'Rahilly S. The perils of portliness: causes and consequences of visceral obesity. *Diabetes* 2000; 49: 883-8.
9. Zhu SK, Wang ZM, Heshka S, Heo M, Faith MS, Heymsfield SB. Waist circumference and obesity-associated risk factors among whites in the third National health and nutrition examination survey: clinical action thresholds. *Am J Clin Nutr* 2002; 76(4): 743-9.
10. Pongchaiyakul C, Pongchaiyakul C, Wanothayaroj E, Nguyen TV, Rajatanavin R. Association between waist circumference and percentage body fat among rural Thais. *J Med Assoc Thai* 2006; 89(10): 1592-600.
11. Paniagua L, Lohsoonthorn V, Lertmaharit S, Jiamjarangsib W, Williams MA. Comparison of waist circumference, body mass index, percent body fat and other measure of adiposity in identifying cardiovascular disease risks among Thai adults. *Obes Res Clin Pract* 2008; 2(3): 215-23
12. Limpawattana P, Sawanyawisuth K, Busaracome P, Foocharoen C, Phitsanuwong C, Chumjan S, et al. The best criteria to diagnose metabolic syndrome in hypertensive Thai patients. *J Med Assoc Thai* 2008; 91(4): 485-90.

การวิจัยทดลองทางคลินิก เพื่อประเมินประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยพยาบาลเวชปฏิบัติประจำหน่วยบริการปฐมภูมิเหมือง และหนองข้างคอก อำเภอเมืองชลบุรี

พญ. สายรัตน์ นกน้อย เครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
นางน้ำค้าง จุลนพ หน่วยบริการปฐมภูมิเหมือง
นางสาวสุนันทา เลื่อมนิรันดร์ หน่วยบริการปฐมภูมิหนองข้างคอก

บทคัดย่อ

ที่มา ปัจจุบันประชาชนมีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูงมากขึ้น ซึ่งเป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำรงชีวิตทั้งชนิดของอาหารที่รับประทาน การประกอบอาชีพ พยาบาลเป็นส่วนสำคัญที่สามารถจัดรูปแบบบริการผู้ป่วยเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า พยาบาลมีศักยภาพสูงในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง สามารถส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ดี ผู้ป่วยพึงพอใจ ผู้ป่วยมาติดตามตามนัดอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามยังไม่มีงานวิจัยการทดลองทางคลินิกที่ศึกษาประสิทธิผลของการดูแลโดยพยาบาลเทียบกับแพทย์

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ ซึ่งได้รับการอบรมเพิ่มเพื่อดูแลผู้ป่วยเปรียบเทียบกับแพทย์จากการรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่ซับซ้อนและอาการคงที่แล้ว

วิธีการศึกษา การศึกษาเชิงทดลองโดยทำการคัดกรองผู้มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ 2 หน่วยบริการคือ หน่วยบริการปฐมภูมิเหมืองและหน่วยบริการปฐมภูมิหนองข้างคอก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ทำการคัดกรองอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 127 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่ม เป็นอาสาสมัครในกลุ่มทดลอง 62 คน และกลุ่มควบคุม 65 คน โดยกลุ่มทดลองรับการรักษากับพยาบาลเวชปฏิบัติ และกลุ่มควบคุมรับการรักษากับแพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ติดตามประเมินผลที่ระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือนระหว่างเดือนกรกฎาคม 2552 ถึง 31 มกราคม 2553

ผลการศึกษา พบว่าเมื่อติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือนค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) และค่าความดันโลหิต (Diastolic blood pressure) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน โดย p-value เท่ากับ 0.801 และ 0.381 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน ค่า FBS และ HbA_{1c} ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value เท่ากับ 0.628 และ 0.593 ตามลำดับ)

สรุป พยาบาลเวชปฏิบัติที่ได้รับการอบรมเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ซับซ้อน สามารถดูแลผู้ป่วยที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่แตกต่างจากการดูแลโดยแพทย์ได้จากการติดตามนาน 6 เดือน

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ในปัจจุบันประชาชนมีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูงมากขึ้น ซึ่งเป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำรงชีวิตทั้งชนิดของอาหารที่รับประทาน การประกอบอาชีพ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ทั้งนี้พบว่าในประเทศไทยอายุ มากกว่า 35 ปี ร้อยละ 9.6 ป่วยด้วยโรคเบาหวาน¹ และพบว่าความชุกของโรคเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี² รวมทั้งลักษณะโครงสร้างของประชากรที่ผู้สูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งจากการสำรวจสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปซึ่งทำการสำรวจทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2547 พบว่าร้อยละ 51.1 ของผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14 เป็นโรคเบาหวาน³

พบว่าในปัจจุบัน การจัดบริการทางการแพทย์พบผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในการแก้ไขปัญหาที่ระบบบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นรากฐานของระบบบริการสุขภาพ มีส่วนสำคัญที่จะประกันการเข้าถึงบริการของประชาชน⁴ ซึ่งการแก้ไขปัญหาประกอบด้วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เพื่อลดความต้องการในการพึ่งพิงสถานพยาบาล อย่างไรก็ตามพบว่าในประเทศไทยยังมีปัญหาเรื่องกำลังคนผู้ให้การดูแลสุขภาพในระบบบริการปฐมภูมิ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรซึ่งปฏิบัติงานหน่วยบริการปฐมภูมิมีความสำคัญเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการ^{5,6} พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญซึ่งสามารถจัดรูปแบบบริการผู้ป่วยเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า พยาบาลมีศักยภาพสูงในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง สามารถส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ดี ผู้ป่วยพึงพอใจ ผู้ป่วยมาติดตามตามนัดอย่างสม่ำเสมอ⁷ สำหรับประเทศไทยมีงานวิจัยที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิพบว่า การจัดบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นการศึกษาข้อมูลของการจัดระบบบริการย้อนหลัง (retrospective analytic study) พบว่า การที่โรงพยาบาลมีส่วนร่วมพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิจะทำให้สามารถจัดบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น⁸ รวมทั้งมีการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์

สุขภาพ อย่างไรก็ตามยังไม่มีงานวิจัยการทดลองทางคลินิกที่ศึกษาประสิทธิผลของการดูแลโดยพยาบาลเทียบกับแพทย์⁹ เครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี ประกอบด้วยหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งสิ้น 17 แห่งโดยแต่ละหน่วยบริการมีแพทย์ผู้รับผิดชอบประจำหน่วยบริการปฐมภูมิออกตรวจผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังสัปดาห์ละ 1 ครั้งด้วยจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้แพทย์มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยลง หากสถานการณ์ดำเนินไปเช่นนี้ต่อไป จะเป็นผลทำให้คุณภาพบริการลดลง ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะน้อยลงเรื่อย ๆ แปรผกผันกับจำนวนคนไข้ การพัฒนาที่ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ หากพยาบาลเวชปฏิบัติสามารถได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งไม่ซับซ้อนให้มีประสิทธิภาพได้ไม่แตกต่างกับแพทย์จะสามารถช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งไม่ซับซ้อน ทำให้แพทย์มีเวลามากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความซับซ้อนซึ่งพัฒนาที่นี้เป็นส่วนที่สำคัญในการให้บริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการคงที่แล้ว โดยพยาบาลเวชปฏิบัติเปรียบเทียบกับแพทย์จากการรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

ขอบเขตของโครงการวิจัย

การศึกษาวิจัยในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งควบคุมเบาหวานได้ดีแล้วตามเป้าหมายการดูแล ซึ่งรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิหนองข้างคอก หรือหน่วยบริการปฐมภูมิเหมือง ระยะเวลาระหว่าง 1 มกราคม 2552 - 30 มิถุนายน 2553

คำนิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาการคงที่ หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งสามารถคุมระดับความดันได้ตามเป้าหมายการควบคุมโรคโดยระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ น้อยกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

วัสดุและวิธีการ

แบบการวิจัย (Research Design) การวิจัยเชิงทดลองทางคลินิกในกลุ่ม Randomized Control Trial

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรศึกษา

เกณฑ์คัดร่วมการศึกษา ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงซึ่งผลการรักษาพบว่าสามารถควบคุมระดับความดันได้ตามเกณฑ์ คือน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทและผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย $FBS \leq 130$ มิลลิกรัม/เดซิลิตร ซึ่งมารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเหมือง และหน่วยบริการปฐมภูมินองช้างคอก

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ หรือโรคอื่น เช่น โรคอัมพาต

เป้าหมายจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ทั้งสิ้น 120 คน หน่วยบริการปฐมภูมิเหมือง 70 คน หน่วยบริการปฐมภูมินองช้างคอก 50 คน

ขั้นตอนและวิธีในการวิจัย

ขั้นเตรียมการ

- การประชุมวางแผนร่วมกับบุคลากรประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ
- การอบรมเพื่อทบทวนความรู้ให้แก่พยาบาลในหัวข้อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันและไขมันในเลือดสูง ซึ่งอาการโดยทั่วไปคงที่แล้ว
- การประเมินความรู้หลังการอบรมเพื่อสร้างให้เป็นแบบอย่างที่มีมาตรฐาน
- กระบวนการสุ่มใช้ตารางการสุ่ม (Random Table)¹⁰ รหัสที่ได้จากการสุ่มใส่ในซองเรียงไว้ตามลำดับ ของใส่รหัสปิดมิดชิดและไม่สามารถมองเห็นได้ด้วย การส่องไฟจากภายนอก รหัสที่เรียงไว้สำหรับผู้ป่วยที่เข้าการศึกษาแต่ละคนตามลำดับที่เข้าร่วมการศึกษา

ความรู้ที่ทบทวน

- สาเหตุและพยาธิสรีรวิทยาของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง
- การประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เช่น โรคเบาหวานขึ้นตา
- โรคความดันการวัดความดันอย่างถูกต้อง และการวัดความดันทำนั่งและทำยืน, การตรวจร่างกายเพื่อหาภาวะแทรกซ้อน เช่น การตรวจปลายประสาทที่เท้า

- การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ผลการตรวจระดับไขมันในเลือด Total Cholesterol, Triglyceride, HDL-Cholesterol, LDL-cholesterol, Creatinine, uric acid
- เป้าหมายในการควบคุมโรคสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ระดับความดันเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวาน ระดับน้ำตาล และค่าฮีโมโกลบินเอวันซี และระดับไขมันที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
- การเลือกใช้ยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง
- การประเมินผลข้างเคียงที่พบบ่อยจากการใช้ยาชนิดต่าง ๆ เช่นภาวะกรดยูริกสูงซึ่งอาจเป็นข้างเคียงของการใช้ยาลดความดันกลุ่ม Thiazide, ซีพอร์ต่ำกว่าเกณฑ์ที่จากการใช้ยากกลุ่ม Beta-blocker, อาการชาวมจากการใช้ ยากลุ่ม Calcium Channel Blocker
- ขนาดยาที่เหมาะสมสำหรับการใช้ยาแต่ละตัว และการปรับยา
- อาหารที่เหมาะสมกับโรคแต่ละโรค อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง
- การให้ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่
- การสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ขั้นทดลอง

- การให้การดูแลรักษาโดยแพทย์ในประชากรกลุ่มที่สุ่มเข้าไปอยู่ในกลุ่มควบคุม และการดูแลโดยพยาบาลเวชปฏิบัติในกลุ่มประชากรที่อยู่ในกลุ่มทดลอง
- ติดตามผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการศึกษาวิจัยตามนัด ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- รวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ โดยลงข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

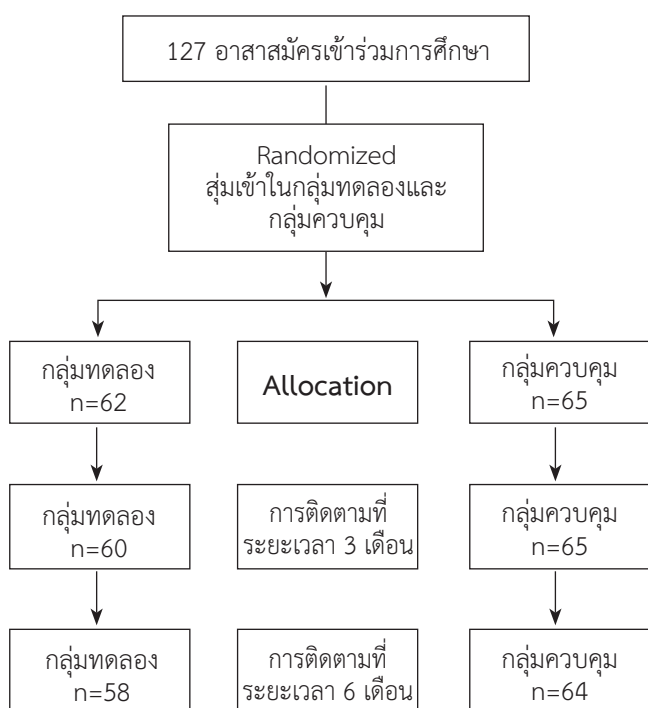
รวบรวมข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS และทำการวิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างระหว่างผลสัมฤทธิ์ของการให้การดูแลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยการใช้โดยใช้สถิติ Chi-squared และ independent t test วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยทุกคนที่เข้าร่วมการศึกษาตั้งแต่เริ่ม (intention to treat analysis)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และเข้าร่วมการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 127 คน รับประทานที่หน่วยบริการปฐมภูมิเมือง 80 คน และหน่วยบริการปฐมภูมิหนองข้างคอก 47 คน เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนทั้งสิ้น 85 คน และผู้ป่วยโรคเบาหวาน 42 คน เพศชาย 32 คน เพศหญิง 95 คน อายุเฉลี่ย 60.53 ± 10.62 ปี ผู้ป่วยถูกสุ่มเข้าอยู่ในกลุ่มทดลองจำนวน 62 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 65 คน ที่ระยะเวลา 6 เดือนมีผู้ป่วยมาติดตามจำนวนทั้งสิ้น 122 คน คิดเป็นร้อยละ 96.06 ทั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มทดลองจำนวน 58 คน และกลุ่มควบคุม 64 คน

แผนภูมิที่ 1 จำนวนอาสาสมัครที่เข้าร่วมและติดตามในแต่ละขั้นตอน



1. การเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ และข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังเบื้องต้น พบความแตกต่างของข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 1 ทั้งสองกลุ่มประชากรศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุโดยเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.857$) อายุโดยเฉลี่ยในกลุ่มทดลองเท่ากับ 60.718 ± 11.74 ปี และในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 60.37 ± 9.51 ปี ช่วงอายุที่มากที่สุดคือช่วงอายุ 60-69 ปี ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย โดยเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่ามีความแตกต่างกันของสถานภาพสมรรถระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยในกลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยซึ่งมีสถานภาพเป็นโสด ในขณะที่ในกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยที่สถานภาพเป็นโสด 6 คน ($p = 0.019$) และสำหรับระดับการศึกษา โดยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นคิดเป็นร้อยละ 77.41 และร้อยละ 81.53 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ซึ่งไม่พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างประชากรศึกษา 2 กลุ่ม ($p = 0.394$)

ในด้านพฤติกรรมทางสุขภาพเรื่องการสูบบุหรี่พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ทั้งนี้ในกลุ่มทดลองผู้ป่วยร้อยละ 96.77 ไม่สูบบุหรี่ และกลุ่มควบคุมผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 93.84 ($p = 0.437$) ไม่พบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพฤติกรรมทางสุขภาพเรื่องการออกกำลังกายไม่พบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($p = 0.807$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัครกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร	กลุ่มทดลอง N = 62	กลุ่มควบคุม N = 65	p-value
เพศ (คน)			
ชาย	13	19	0.284
หญิง	49	46	
อายุโดยเฉลี่ย (ปี)	60.71±11.74	60.37±9.51	0.857
ช่วงอายุ (คน)			
30-39 ปี	1	0	0.584
40-49 ปี	9	12	
50-59 ปี	18	15	
60-69 ปี	19	26	
70-79 ปี	12	11	
80-89 ปี	3	1	
น้ำหนักโดยเฉลี่ย (กิโลกรัม)	63.37±11.91	65.71±9.55	0.224
ส่วนสูงโดยเฉลี่ย (เซนติเมตร)	157.71±5.94	158.86±8.30	0.369
ดัชนีมวลกาย (BMI) โดยเฉลี่ย (กิโลกรัม/เมตร²)	25.39±4.06	26.07±3.55	0.312
สถานะภาพสมรส (คน)			
โสด	0	6	0.019
คู่	39	44	
หม้าย	23	15	
การศึกษา (คน)			
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	3	0.394
ต่ำกว่าประถมศึกษา	10	6	
ประถมศึกษา	48	53	
มัธยมศึกษา	0	1	
อุดมศึกษา	0	2	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1	0	
ประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน (คน)			
สูบ	2	4	0.437
ไม่สูบ	60	61	
ประวัติการออกกำลังกาย			
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	33	36	0.807
ไม่ได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	29	29	

2. การเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรค การควบคุมระดับความดันโลหิตและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ โดยใช้สถิติ Chi-squared ไม่พบว่ามีความแตกต่างของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (p-value = 0.491) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 66.92% ทั้งนี้ในกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวนทั้งสิ้น 39 คน (62.90%) ในกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 46 คน (70.77%) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยส่วนใหญ่มีโรคไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 66.67 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 67.39 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มควบคุม สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจค้นเพิ่มเติมเพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งจากการประเมินพบว่าในกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ 3 คน ในกลุ่มควบคุมพบว่ามี 8 คนซึ่งเป็นกลุ่มซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ทั้งนี้ไม่พบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.184)

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีจำนวนทั้งสิ้น 23 คน และในกลุ่มควบคุมมีจำนวนทั้งสิ้น 19 คน ทั้งนี้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานโดยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง โดยในกลุ่มทดลองมีจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 60.87 ส่วนกลุ่มควบคุมมีจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 64.28

เปรียบเทียบค่าความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure (SBP)) ค่าความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure (DBP)) และชีพจร (Pulse) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าการทำงานของไต (Creatinine (Cr)) ค่าของไขมันโดยรวม (Total cholesterol (T-Chol)) ค่าไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ค่าไขมันที่มีความหนาแน่นสูง (High Density Lipoprotein (HDL)-Cholesterol) ค่าไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (Low Density Lipoprotein (LDL)-Cholesterol) ระดับน้ำตาล (Fasting Blood Sugar (FBS)) และการตรวจค่าฮีโมโกลบินเอวันซี (HemoglobinA1c (HbA1c)) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการวินิจฉัยโรค การควบคุมระดับความดันโลหิตและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร	กลุ่มทดลอง N = 62	กลุ่มควบคุม N = 65	p-value
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย (คน)			
Hypertension	13	15	0.491
Hypertension with Dyslipidimia	26	31	
Diabetes	1	3	
Diabetes with Dyslipidemia	7	4	
Diabetes with Hypertension	1	3	
Diabetes with Hypertension and Dyslipidemia	14	9	
Systolic blood Pressure (mmHg)	126.24±10.08	124.83±8.65	0.398
Diastolic blood Pressure (mmHg)	74.94±9.26	73.95±8.46	0.534
Pulse (beat/min)	73.13±10.78	74.00±10.77	0.651
Cr (mg/dl)	0.95±0.26	0.98±0.24	0.445
Uric (mg/dl)	6.21±1.92	6.15±1.57	0.843
Total Cholesterol (T-Chol) (mg/dl)	195.11±34.59	196.66±44.65	0.828
Triglyceride (TG) (mg/dl)	144.68±64.43	139.55±68.69	0.666
HDL-Chol (mg/dl)	49.30±12.12	53.51±18.62	0.121
LDL-Chol (mg/dl)	114.37±34.90	119.70±34.69	0.389
FBS (mg/dl)	97.19±17.23	97.29±14.08	0.972
HbA1c (%)	6.43±1.62	6.97±0.82	0.206

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน

การศึกษาได้แบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการรักษาโดยพยาบาล และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการรักษาจากแพทย์ ซึ่งทำการตรวจรักษาประจำที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยวัตถุประสงค์หลักเพื่อที่จะประเมินประสิทธิผลการดูแลโดยประเมินจากการควบคุมโรคจากผลการตรวจร่างกายและการตรวจเลือด จากการติดตามที่ระยะเวลา 3 เดือนและ 6 เดือน พบว่าความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกโดยเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

การติดตามเพื่อประเมินผลการประเมินผลข้างเคียงจากการใช้ยาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยการวัดชีพจรพบว่าเมื่อติดตามไปเป็นระยะเวลา 3 เดือนในกลุ่มทดลองมีผู้ป่วย 4 รายที่ค่าชีพจรช้ากว่า 60 ครั้งต่อนาที และในกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วย 6 รายที่ค่าชีพจรช้ากว่า 60 ครั้งต่อนาที ทั้งนี้ไม่พบว่า

มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.58$) และเมื่อติดตามที่ระยะเวลา 6 เดือนพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ค่าชีพจรน้อยกว่า 60 ในกลุ่มทดลองเท่ากับ 6 คน และในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 4 คน ($p\text{-value} = 0.41$)

การควบคุมโรคเบาหวานประเมินโดยติดตามระดับน้ำตาลในเลือดเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ระยะเวลา 3 และที่ระยะเวลา 6 เดือนพบว่า ไม่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในกลุ่มทดลองในการติดตามที่ระยะเวลา 6 เดือนเท่ากับ 122.45 ± 24.92 มิลลิกรัม/เดซิลิตรและในกลุ่มควบคุมมีค่าโดยเฉลี่ยเท่ากับ 129.95 ± 42.36 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ซึ่งไม่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.487$) การประเมินการควบคุมโรคเบาหวาน โดยการติดตามค่าฮีโมโกลบินเอวันซี พบว่ามีค่าเท่ากับ $6.93 \pm 9.24\%$ ในกลุ่มทดลอง และเท่ากับ $7.21 \pm 1.55\%$ ในกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ไม่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.520$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ระยะเวลา 3 และ 6 เดือน

ตัวชี้วัด	กลุ่มทดลอง N = 62	กลุ่มควบคุม N = 66	p-value
Systolic blood Pressure (mmHg)			
3 เดือน	128.35±15.51	127.49±13.11	0.738
6 เดือน	130.24±15.90	129.54±14.87	0.801
Diastolic blood Pressure (mmHg)			
3 เดือน	74.80±13.16	76.94±8.96	0.287
6 เดือน	73.78±8.87	75.11±8.97	0.410
Pulse (beats/minute)			
3 เดือน	73.07±10.16	72.13±9.70	0.598
6 เดือน	70.12±11.95	71.81±8.50	0.366
Body Weight (kg)			
3 เดือน	63.18±12.37	65.98±9.56	0.159
6 เดือน	62.84±11.39	65.97±9.80	0.106
FBS (mg/dl)			
3 เดือน	118.77±26.35	124.37±20.82	0.460
6 เดือน	122.45±24.92	129.95±42.36	0.487
HbA1c (%)			
6 เดือน	6.93±9.24	7.21±1.55	0.520

4. เปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ตามเป้าหมายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ในการติดตามผลการดูแลผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูงจำนวนทั้งสิ้น 85 คน เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการรักษาโดยพยาบาลจำนวนทั้งสิ้น 39 คน กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการรักษาโดยแพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวนทั้งสิ้น 46 คน ทั้งนี้เมื่อติดตามที่ระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน ไม่พบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ที่ระยะเวลา 6 เดือน ในกลุ่มทดลองมีอาสาสมัครมาติดตามตามนัดจำนวนทั้งสิ้น 36 คน และมีผู้ที่สามารถคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 69.44 ส่วนกลุ่มควบคุมมีผู้ที่สามารถควบคุมระดับความดันได้ตามเป้าหมายจำนวนทั้งสิ้น 35 คน คิดเป็นร้อยละ 76.08 ทั้งนี้ ไม่พบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.500) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวชี้วัด (จำนวนคน)	กลุ่มทดลอง N=39	กลุ่มควบคุม N=46	p-value
ที่ระยะเวลา 3 เดือน	n = 38	n = 46	
Achieved target BP	28	37	0.462
Not achieved target BP	10	9	
ที่ระยะเวลา 6 เดือน	n = 36	n = 46	
Achieved target BP	25	35	0.500
Not achieved target BP	11	11	

5. เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคความเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ตามเป้าหมายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากการติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าในการศึกษาทั้งสิ้น 42 คนได้รับการรักษาโดยพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มทดลองจำนวนทั้งสิ้น 23 คน การประเมินข้อมูลเมื่อเริ่มต้นการศึกษาพบว่า มีผู้ที่ควบคุมระดับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีได้ตามเป้าหมาย (HbA1c <7%) จำนวน 12 คน ส่วนกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการรักษาโดยแพทย์ที่ตรวจประจำหน่วยบริการปฐมภูมิมีผู้ป่วยเมื่อเริ่มการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 19 คน พบว่ามีผู้ป่วยที่มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีน้อยกว่าร้อยละ 7 จำนวน 10 คน ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.921)

เมื่อติดตามไปเป็นระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มทดลองมีผู้ป่วยซึ่งสามารถควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีน้อยกว่า 7% จำนวนทั้งสิ้น 10 คน คิดเป็นร้อยละ 47.62% และกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีได้ตามเป้าหมายจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 52.63% ซึ่งไม่พบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.612)

สำหรับผู้ป่วยที่สามารถควบคุมได้ทั้งระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HemoglobinA1c (HbA1c)) ได้น้อยกว่า 7% และควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายสำหรับการคุมระดับความดันโลหิตให้ได้น้อยกว่า 135/80¹¹ ในกลุ่มทดลองพบว่ามีจำนวน 6 คน และในกลุ่มควบคุมมีจำนวน 7 คน ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.496) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ตามเป้าหมายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ระยะเวลา 6 เดือน

ตัวชี้วัด	กลุ่มทดลอง (n=23)	กลุ่มควบคุม (n=19)	p-value
จำนวนผู้ป่วยที่ระยะเวลา 6 เดือน	21	18	
จำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ HbA1c			
< 7%	10	10	0.621
≥ 7%	11	8	
จำนวนผู้ป่วยที่สามารถการควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซี <7% และระดับความโลหิต < 135/80 mmHg (คน)			
ควบคุมได้ตามเป้าหมาย	6	7	0.496
ยังควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย	15	11	

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อดูประสิทธิผลของการให้การดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลเวชปฏิบัติประจำหน่วยบริการปฐมภูมิเปรียบเทียบกับแพทย์ที่ตรวจที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ทำการติดตามประเมินผลที่ระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยซึ่งสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาที่สามารถนำข้อมูลมาประมวลผลได้ทั้งสิ้น 127 คน ซึ่งในการติดตามที่ระยะเวลา 3 เดือนมีผู้ป่วยซึ่งมาติดตามต่อเนื่อง 125 คน และที่ระยะเวลา 6 เดือนมีจำนวน 122 คน ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ไม่ได้มารับการติดตาม

เป็นผู้ป่วยซึ่งมีการย้ายถิ่นฐานไปอาศัยหรือทำงานจังหวัดอื่น ผู้ป่วยที่ไม่มาติดตามตามนัดอยู่ในกลุ่มทดลอง 4 คน กลุ่มควบคุม 1 คน ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มที่ไม่มาตามนัด และการควบคุมระดับความดันโลหิตและน้ำตาลเมื่อเริ่มต้นของกลุ่มที่ไม่มาตามนัด ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่มาติดตามครบตามกำหนดนัด พบว่าอัตราการไม่มาตามนัดค่อนข้างต่ำ (3.9%) ทั้งนี้เพราะเป็นการศึกษาที่ศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งอาสาสมัครโดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่และสามารถทำการติดตามได้ง่าย

ในการศึกษาใช้วิธีการแบ่งกลุ่มด้วยวิธีการสุ่ม (randomization) และดำเนินการตามที่ได้ทำการสุ่มอย่างเคร่งครัด คือ ไม่มีการเปลี่ยนกลุ่มของผู้ป่วยซึ่งเข้าร่วมการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการประเมินข้อมูลพื้นฐานโดยทั่วไปได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ยกเว้นสถานะภาพซึ่งในกลุ่มทดลองไม่มีผู้ที่มีสถานะภาพเป็นโรค ในขณะที่ในกลุ่มควบคุมมีผู้ที่มีสถานะภาพเป็นโรคจำนวน 6 คน ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้ที่มีสถานะภาพเป็นหม้ายเป็นจำนวน 23 คน และกลุ่มทดลองมีผู้ที่มีผู้ที่มีสถานะหม้ายจำนวน 15 คน อย่างไรก็ตามทั้งสองกลุ่มมีผู้ที่มีสถานะภาพคู่จำนวนใกล้เคียงกันคือ 39 คน ในกลุ่มทดลองและ 44 คนในกลุ่มควบคุม จึงไม่น่าจะมีผลต่อประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย

ในการวิจัยครั้งนี้ข้อมูลที่น่ามาทำการวิเคราะห์ผลเชิงปริมาณซึ่งได้ผลจากการตรวจวัดความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วัดได้รับการฝึกอบรมให้สามารถวัดความดันได้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และการตรวจทางห้องปฏิบัติการซึ่งใช้มาตรฐานเดียวกัน ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความเที่ยงสามารถเชื่อถือได้ อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีข้อด้อยที่ผู้ป่วยทราบว่าตนอยู่ในกลุ่มใดเนื่องจากทราบว่าใครเป็นผู้ให้บริการ แต่อย่างไรก็ตาม การประผลการวิจัยไม่ได้ใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นหลัก แต่ใช้ข้อมูลที่ได้จากการตรวจร่างกายและผลทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งทำให้ลดปัญหาจากอคติ (Bias) ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้เข้าร่วมการทดลองทราบว่าตนอยู่ในกลุ่มใดในการศึกษาวิจัย

สำหรับผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์การดูแลโดยประเมินจากระดับความดันซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิก ซีพจร น้ำหนัก ระดับน้ำตาลในเลือด และค่าฮีโมโกลบินเอวันซี ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการประเมินในทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างการดูแลโดยพยาบาลเวชปฏิบัติหรือการดูแลโดยแพทย์ ระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลโดยเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ ทั้งนี้พบว่าระดับน้ำตาลซึ่งวัดจากระดับน้ำตาลในเลือดและค่า

ฮีโมโกลบินเอวันซีเมื่อสิ้นสุดการศึกษาสูงกว่าระดับน้ำตาลเมื่อเริ่มต้นการศึกษา ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่การตรวจวัดระดับน้ำตาลนั้นอยู่ใกล้ช่วงเวลาเฉลิมฉลองของปี แต่อย่างไรก็ตามเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยการใช้สถิติ Independent T-test ไม่พบว่ามีค่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างค่าฮีโมโกลบินเอวันซี ซึ่งวัดเมื่อเริ่มต้นการศึกษาวิจัย และที่ระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือนเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาประเมินผลการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 73.17 สามารถควบคุมระดับความดันให้เหมาะสมคือน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งจากการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานพบว่าร้อยละ 52.63 สามารถควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีได้ตามเกณฑ์ และพบว่าร้อยละ 33.33 สามารถควบคุมทั้งระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานคือ 135/80 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งไม่พบว่ามีค่าแตกต่างกันระหว่างการดูแลผู้ป่วยและกลุ่มทดลอง

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งตีพิมพ์ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2553¹² การศึกษานี้เปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลเวชปฏิบัติเทียบกับแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ศึกษาในผู้ป่วยหลายกลุ่มรวมทั้งผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งขึ้นทะเบียนกับพยาบาลเวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ผลการดูแลโดยรวมไม่แตกต่างกันระหว่างการดูแลโดยพยาบาลและโดยแพทย์ซึ่งค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินเอวันซี ในกลุ่มที่รับบริการโดยแพทย์เวชปฏิบัติเท่ากับ 9.4% และในกลุ่มที่รับบริการโดยแพทย์เท่ากับ 9.5% ซึ่งไม่พบว่ามีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.82) ค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินเอวันซีในการศึกษานี้สูงกว่าค่าเฉลี่ยที่ได้จากการศึกษาที่อำเภอเมืองชลบุรี เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาต่างกัน เพราะในการศึกษานี้รวบรวมผู้ป่วยเบาหวานทั่วไป ส่วนการศึกษาที่อำเภอเมืองชลบุรีคัดเลือกผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการได้คงที่เข้าร่วมการศึกษาส่วนในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า การควบคุมความดันโลหิตซิสโตลิกไม่แตกต่างกัน (p-value=0.28) คือได้ 139 มิลลิเมตรปรอทในกลุ่มที่รับการรักษากับพยาบาลเวชปฏิบัติ ส่วนในกลุ่มที่รับการรักษากับแพทย์ได้ 145 มิลลิเมตรปรอท ส่วนค่าความดันไดแอสโตลิกแตกต่างกันคือได้ 82 มิลลิเมตรปรอทในกลุ่มของพยาบาลเวชปฏิบัติ ส่วนในกลุ่มของแพทย์ได้ 85 มิลลิเมตรปรอท (p-value=0.04) ในการศึกษาครั้งนี้ยังได้คุณภาพชีวิตโดยใช้แบบสอบถาม SF-36 และความพึงพอใจ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่มที่รับการรักษาโดยพยาบาลและโดยแพทย์

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิเปรียบเทียบกับประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลเวชปฏิบัติเทียบกับแพทย์ที่ตรวจที่หน่วยบริการปฐมภูมิโดยใช้การทดลองทางคลินิก ผลการศึกษาพบว่า จากข้อมูลของผู้ป่วยซึ่งเข้าร่วมการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 127 คน ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาคือผู้ป่วยโรคความดันและโรคเบาหวานที่คุมโรคได้อยู่ในเกณฑ์ดีคือ ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และระดับน้ำตาลเมื่อเริ่มเข้าร่วมการศึกษาน้อยกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ผลการศึกษาเมื่อติดตามเป็นระยะเวลา 3 เดือนและ 6 เดือนพบว่า ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลเวชปฏิบัติไม่แตกต่างกับแพทย์ที่ให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้ในการทำวิจัยครั้งถัดไปควรทำการประเมินผลลัพธ์จากคุณภาพชีวิต มิติทางด้านจิตสังคม เพื่อเปรียบเทียบว่ามีความแตกต่างระหว่างการดูแลโดยพยาบาลเวชปฏิบัติและแพทย์ที่ตรวจประจำที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงประสิทธิผลคุ้มค่า และทำการศึกษาเพิ่มในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อประเมินการยอมรับของผู้ป่วยในบริบทของสังคมเมืองกับสังคมชนบท

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีโดยได้รับความกรุณาจาก พญ. สุพัตรา ศรีวณิชชากร คุณผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ และคุณทัศนีย์ ญาณะ สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนพัฒนา ที่ได้สนับสนุนทุนในการดำเนินศึกษาวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลชลบุรี อาสาสมัครทุกท่านที่เข้าร่วมในการศึกษาวิจัย และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการต่าง ๆ ของงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Aekplakorn W, Stolk RP, Neal B, Suriyawongpaisal P, Chongsuvivatwong V, Cheepudomwit S, et al. The prevalence and management of diabetes in Thai adults: the international collaborative study of cardiovascular disease in Asia. *Diabetes Care* 2003; 26(10):2758-63.
2. จันทรเพ็ญ ชูประภารวรรณ. สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์, 2543.
3. Porapakham Y, Pattaraarchachai J, Aekplakorn W. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and diabetes mellitus among the elderly: the 2004 National Health Examination Survey III, Thailand. *Singapore Med J* 2008; 49(11):868-73.
4. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สถานการณ์ระบบข้อมูลเพื่อการติดตามกำกับหน่วยบริการปฐมภูมิ. *วารสารระบบสาธารณสุข* 2550; 1(1):35-45.
5. Rukchanok Koshakri NS, Kobkul Phancharoenoworakul, Chanvit Tharathep, Noel Chrisman. Quality of Diabetes Care in PCUs in Central Thailand. *Thai J Nurs Res* 2009; 13(3):167-80.
6. Wannee Nitiyanant MD TCM, Pensiriwan Sang-A-Kad MD, Chaiyaporn Therakiatkumjorn MD, Kemarasami Kunsuikmengrai, JIng Ping Yeo. A Survey study on Diabetes Management and Complication Status in Primary Care Setting in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2007; 90(1):65-71.
7. Sutherland D, Hayter M. Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. *J Clin Nurs* 2009; 18(21):2978-92.
8. นิมิตร อินปันแก้ว, พรพิมล คุณประดิษฐ์, จันทรเพ็ญ พิมพ์ลา. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของสถานบริการปฐมภูมির่วมกับโรงพยาบาล เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลลำพูน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2551; 17.
9. ชันทอง สุขผ่อง, ดร.สุวรรณา จันทรประเสริฐ, สรรเสริญ ดร. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* 2548; 23 (71-65).
10. Rand, editor. *A Million Random Digits with 100,000 Normal Deviates*. New York: The Free Press, 1955.
11. Vijan S, Hayward RA. Treatment of hypertension in type 2 diabetes mellitus: blood pressure goals, choice of agents, and setting priorities in diabetes care. *Ann Intern Med* 2003; 138(7):593-602
12. Mundinger MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai WY, Cleary PD, et al. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. *JAMA* 2000; 283(1):59-68.

ผลการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (เพื่อนเกลอเบาหวาน) Effect of Social Support by Friends on Health Behaviors and Blood Sugar in Uncontrolled Type 2 Diabetes

นพ.พิพัฒน์ พิพัฒน์รัตนเสรี

จตุมา ชูเผือก, เบญจวัน ขำเกื้อ, วรรณภา เรืองศรี
ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลควนขนุน จังหวัดพัทลุง

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) ก่อนและหลังการใช้กระบวนการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ระเบียบวิธีการ : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experiment research) ศึกษาในกลุ่มเดียววัดสองครั้ง (one group pretest-posttest design) ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนเมษายน 2553 – กันยายน 2553 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือด > 200 mg% หรือระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ > 7.5 % จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน (เพื่อนเกลอเบาหวาน) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ¹ และแบบบันทึกการทำกิจกรรมกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างก่อนหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon signs rank test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย : พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป : โปรแกรมการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง

Abstract

Objective : This Pre-experimental study was initiated in order to determine the effect of group process and social support by friends on health behaviors and blood Sugar in type 2 diabetes with uncontrolled blood sugar.

Method : It was set up from April 2010 to September 2010. One group pre-and post-test design was used. The sample included 20 diabetic patients who had fasting blood sugar equal or greater than 200 mg% or HbA_{1c} > 7.5%.The instruments consisted of 2 parts. First, intervention tools were group process and social support by friends. Second, assessment/evaluation tools included a demographic data form, health behavior form¹ and group activity records. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. Wilcoxon signs rank test was used to examine the difference between pre-and post-test scores.

Result : After attending the effect of group process and social support by friends, the mean total score on health behaviors was improved ($p < 0.01$) and the mean total HbA_{1c} level was lower than baseline ($p < 0.05$).

Conclusion : Group process and social support by friends could be used to change behaviors in diabetic patients with uncontrolled.

Key words : Group Process, Social Support by Friend (buddy Diabetes), Health Behaviors, People with Type 2 Diabetes, Uncontrolled Blood Sugar

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และเป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2552)² พบมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานในปี 2552 ประมาณ 7,019 คน สาเหตุส่วนใหญ่ในการเสียชีวิต เนื่องมาจากเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะต่างได้แก่ ตา ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือดสมอง แม้ว่าโรคเบาหวานจะเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดแต่ถ้าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ให้ใกล้เคียงกับระดับปกติก็จะสามารถชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้ช้าลง ซึ่งการประเมินผู้ป่วยเบาหวานว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ปัจจุบันใช้การตรวจหาระดับน้ำตาลที่เกาะเม็ดเลือดแดงหรือระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) น้อยกว่า 7 เปอร์เซ็นต์ จึงจะถือว่าควบคุมระดับน้ำตาลได้⁷

หลายรายงานการศึกษาที่ใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ากิจกรรมดังกล่าวสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมโรคดีขึ้น มีระดับน้ำตาลในเลือดและระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) ลดลง^{3,4} และกิจกรรมดังกล่าวต้องใช้ระยะเวลาตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป^{5,6}

การสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในทางบวก จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ คลินิกเบาหวานความดัน ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลควนขนุน การได้ออกจากบ้านมาพบแพทย์เดือนละครั้งทำให้มีโอกาสได้พบเพื่อน ได้ถามไถ่ทุกข์สุขซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะเพื่อนเบาหวานด้วยกันได้เปรียบเทียบระดับน้ำตาล เล่าสู่กันฟังถึงแนวทางการปฏิบัติตัวที่ผ่านมาทำให้รู้สึกมีความสุข ผู้วิจัยจึงมีความคิดว่าเมื่อผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มรวมทั้งได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนเกลอเบาหวาน จะทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experiment research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (one group pretest-posttest design) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจำนวน 20 รายที่มารับการรักษาในคลินิกเบาหวาน ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลควนขนุน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ 2553 ถึง เดือน เมษายน 2553 การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง(purposive sampling)

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และมีอายุ 35 ปี ขึ้นไป
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ไตวาย โรคหัวใจล้มเหลว ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

3. ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Glucose) ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาอยู่ในระดับ 200 mg% ขึ้นไป หรือ มีระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะสูงกว่า 7.5%

4. สามารถสื่อความหมายโดยอ่านและเขียนได้และยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมด้วยความสมัครใจและต่อเนื่องตามนัด ยกเว้นกรณีมีเหตุจำเป็นที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำไปปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าครั้งสุดท้ายที่มารักษา และค่าดัชนีมวลกาย ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาตามแผนการรักษา และการจัดการกับความเครียด สร้างโดย จีรันท์ โปธิพฤกษ์และคณะ¹ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 13 ข้อ ถ้าปฏิบัติถูกต้องได้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วยแบบบันทึกกิจกรรมกลุ่มและแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาตามกรอบแนวคิดของมาแรม 8 และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แผนการใช้กระบวนการกลุ่มประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมการใช้กระบวนการกลุ่มที่มีผู้วิจัยและคณะเป็นผู้นำกลุ่ม โดยมีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 20 คน เป็นสมาชิกกลุ่ม ดำเนินกิจกรรมกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง โดยแต่ละครั้งห่างกัน 4 สัปดาห์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และตรวจหาระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการใช้กระบวนการกลุ่มครั้งที่ 1 และหลังแจ้งยุติสิ้นสุดโปรแกรมการใช้กระบวนการกลุ่มในเดือนที่ 6 และเก็บข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดจากสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวานทุก 3 เดือนก่อนเข้าร่วมกิจกรรมหลังจากนั้นเก็บข้อมูลทุกเดือนจนสิ้นสุดกิจกรรม ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกต จดบันทึกขณะทำกิจกรรมกลุ่มและติดตามเยี่ยมบ้าน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 85 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 65 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60 มีอาชีพค้าขายร้อยละ 45 มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 4,000 บาท ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 75 สิทธิในการรักษาพยาบาลร้อยละ 50 ใช้บัตรประกันสุขภาพ

ตาราง 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกข้อมูลส่วนบุคคล (n=20)

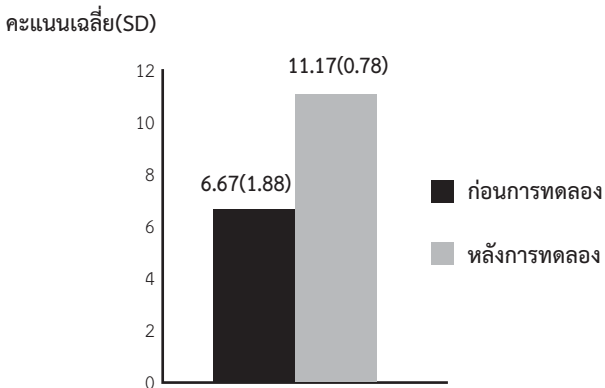
ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	30
หญิง	14	70
อายุ (ปี)*		
≤50	3	15
≥51	17	85
สถานภาพสมรส		
คู่	13	65
ม่าย แยกกันอยู่	7	35
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	12	60
มัธยม/อนุปริญญา	8	40
อาชีพ		
เกษตรกร	8	40
ค้าขาย	9	45
รับจ้าง	2	10
งานบ้าน	1	5
รายได้เฉลี่ย/เดือน**		
≤4000 บาท	5	25
>4000 บาท	15	75
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
1 – 5 ปี	15	75
6 – 10 ปี	5	25
สิทธิรักษาพยาบาล		
เบิกได้	10	50
บัตรประกันสุขภาพ	10	50

* (ต่ำสุด=36 ปี, สูงสุด=75 ปี) ** (ต่ำสุด=1500บาท, สูงสุด=20000 บาท)

2. พฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลองเท่ากับ 6.67 (S.D 1.88) และหลังการทดลองเท่ากับ 11.17 (S.D 0.78) $P < 0.001$ (กราฟ 1)

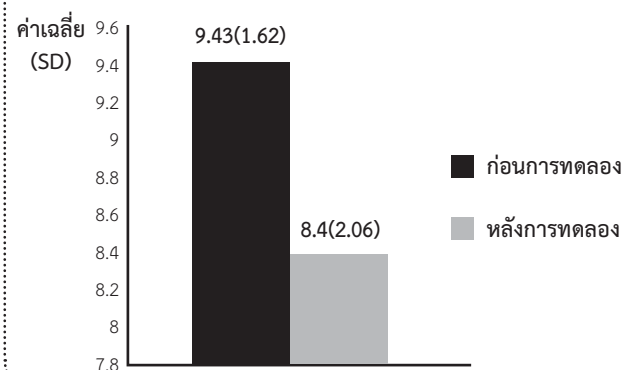
กราฟ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง (n=20)



3. ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c})

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) ลดลงโดยมีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) ก่อนการทดลองเท่ากับ 9.43% (S.D.=1.62) และหลังการทดลองเท่ากับ 8.40% (S.D.=2.06) $P < 0.007$ (กราฟ 2)

กราฟ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) ก่อนและหลังการทดลอง (n=20)



อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะยังคงเป็นค่าที่สูงกว่าเกณฑ์ปกติ ทั้งนี้เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างบางรายไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง บางครั้งมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 200 mg% ทั้งนี้เป็นผลจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความเชื่อ ฐานะทางเศรษฐกิจ การขาดความรู้ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปรับเปลี่ยนได้ยากที่สุดได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเทศกาลต่าง ๆ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้อยู่ในช่วงเดือนเมษายน - กันยายน มี 2 เทศกาลคือ งานรวมญาติในช่วงสงกรานต์ที่เป็นวัฒนธรรมของจังหวัดพัทลุงที่จะต้องมีการเลี้ยงสังสรรค์ในการพบปะกันของญาติมิตรในช่วงเดือนดังกล่าว และในเดือนกันยายนเป็นเทศกาลงานบุญเดือนสิบ เป็นประเพณีที่ลูกหลานจะต้องนำขนมเดือนสิบไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งทำให้เมื่อประเมินระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะก็จะสูงขึ้น นอกจากนี้ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างบางรายต้องตื่นแต่เช้าเพื่อไปทำงานเป็นพ่อค้าแม่ค้าขายของในตลาดทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย และบางรายคิดว่าการทำงานบ้าน การทำสวน เป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอแล้ว

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นและค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง ($p < 0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตและคณะ³ ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้พบว่าหลังจากใช้กระบวนการกลุ่มสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและควบคุมโรคได้ดีขึ้นในการศึกษาของชูชีพ⁴ ที่ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลจังหวัดลำพูน พบว่าผู้ป่วยได้รับความรู้ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาอุปสรรค ได้รับการสนับสนุนและได้วิธีการแก้ปัญหาที่สามารถนำมาปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากการ

ร่วมถอดบทเรียนหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการใช้กระบวนการกลุ่มที่พบว่ากระบวนการกลุ่มเป็นเวทีที่เปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และนำความรู้ที่ได้มาปรับใช้กับตนเองตามความเหมาะสม ส่วนในด้านการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนพบว่ากลุ่มตัวอย่างประทับใจและดีใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ได้มีเพื่อนเกลอที่ได้ดูแลซึ่งกันและกันในขณะทำกิจกรรมกลุ่ม และคอยเตือนวันนัดหมายครั้งต่อไป คอยรับส่งเพื่อนเกลอที่ไม่สะดวกในการเดินทางเข้าร่วมกิจกรรม นอกจากนี้ยังห่วงใยถึงสุขภาพของเพื่อนเกลอ นำเคล็ดลับต่าง ๆ ที่ตนเองเคยใช้ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมาแนะนำให้เพื่อนเกลอลองปฏิบัติ ตลอดจนมีอาหารสุขภาพมาแบ่งปันกันทุกครั้งเวลามีกิจกรรมการใช้กระบวนการกลุ่ม ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นและค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง ($p < 0.05$)

ข้อจำกัดในการศึกษา เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันคือ กลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ไม่ได้มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งน่าจะได้มีการศึกษาต่อไปจากการทดลองนี้

สรุปผล

จากการดำเนินกิจกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน การได้เป็นเพื่อนเกลอเบาหวาน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจแก่กัน เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เกิดความต่อเนื่อง ยั่งยืน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. จิรันทธี โพธิ์พฤกษ์, วศิน โพธิ์พฤกษ์, นฤมล เกตุกรรม, และ สุดารัตน์ กมลมาลย์. (2551). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. โรงพยาบาลทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี
2. สถิติสาธารณสุข ปี 2552. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2552
3. สมจิต หนูเจริญกุล, สุรเกียรติ อาษานุภาพ, อภิรติ ปลอดภัย และ ประมัญญกุล. ประสิทธิภาพของโครงการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อปรับปรุงการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง และภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวาน ประเภทที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้. วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 (ม.ค. - เม.ย. 2544) 36-53
4. ชูชีพ โพชะจา. (2550). ผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
5. อรอนงค์ นารอด. (2544). ผลการใช้รูปแบบการสอนต่อความสามารถในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา
6. ปรียาภรณ์ ต่อมพุดชา (2547). ผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมควบคู่กับการออกกำลังกายแบบไทเก๊ก ที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน. การศึกษาค้นคว้าอิสระ (กศ.ม. จิตวิทยาการให้คำปรึกษา) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
7. American Diabetes Association. (2007). Standard of medical care for patient with diabetes mellitus. Diabetes Care, 30, S4-S40.
8. Marram, G. D. (1978). The group approach in nursing practice (2nd ed.). St. Louis: Mosby.

การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง Patient-Centred Care

นพ.กฤษณะ สุวรรณภูมิ

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นเครื่องมือหนึ่งของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย วิธีการนี้มีการสืบค้นทั้งในมุมมองของแพทย์ (Physician's agenda) และมุมมองของผู้ป่วย (patient's agenda) ในมุมมองของแพทย์นั้น ทำได้โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค สำหรับมุมมองของผู้ป่วย แพทย์ต้องค้นหาความรู้สึกรู้สึกความคิด ผลกระทบจากความเจ็บป่วย และความคาดหวังของผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย การบูรณาการทั้งสองมุมมองเข้าด้วยกันในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้แพทย์สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้

บทนำ

เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นวิชาเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีข้อจำกัดของอายุ เพศ วัย และโรค¹ สิ่งที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้ความสำคัญ ไม่ใช่เพียงการวินิจฉัยโรคเท่านั้น แต่ต้องสามารถเข้าใจความเจ็บป่วยซึ่งเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน ที่มีมุมมองต่อโรคและการตอบสนองเมื่อป่วยแตกต่างกัน เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม รวมถึงสามารถให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง²

การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centred care) เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเข้าใจความเจ็บป่วยของผู้รับบริการแต่ละราย ในปัจจุบันไม่เฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ให้ความสนใจในการดูแลรูปแบบนี้ บุคลากรทางการแพทย์ในสาขาอื่นต่างให้ความสนใจและให้ความสำคัญเห็นได้จากการบรรจุเรื่องการดูแลโดยยึดผู้ป่วยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเข้าไว้ในการฝึกอบรม³

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอวิธีการการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centred clinical method) โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความเป็นมาของการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประโยชน์ของการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และองค์ประกอบของการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ความเป็นมาของการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (History of patient-centred care)

Client-centred therapy⁴ (1951)

Client-centred therapy (CCT) เป็นรูปแบบการรักษาที่พัฒนาโดย Carl Rogers การรักษาลักษณะนี้มีลักษณะไม่ชี้แนะ (non-directive) ซึ่งหากเป็นการชี้แนะ (directive) เป็นการที่ผู้ให้การรักษาตั้งใจชี้แนะผู้รับการรักษาไม่ว่าโดยวิธีการใด ตัวอย่างของการชี้แนะ ได้แก่ การถามคำถามนำ การเสนอแนวทางการรักษา การแปลผลการตรวจ และการบอกการวินิจฉัย

วิธีการ CCT ซึ่งมีลักษณะไม่ชี้แนะ มีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

- ฟังและพยายามทำความเข้าใจในมุมมองของผู้รับการรักษา (listen and try to understand how things are from the client's point of view)
- ตรวจสอบความเข้าใจของผู้รับการรักษาเป็นระยะ (check that understanding)
- ดูแลโดยยอมรับและเคารพในตัวตนของผู้รับการรักษา (treat the client with the utmost respect and regard)
- แสดงให้เห็นว่า มีความสอดคล้องหรือโปร่งใส (a mandate for the therapist to be "congruent", or "transparent") ซึ่งทำได้โดยการตระหนักรู้ในตนเอง (self-aware) การยอมรับ (self-accepting) และการไม่สวมหน้ากากกับผู้รับบริการ (no mask between oneself and the client)

Patient-centred medicine with illness-centered care⁵ (1957)

Michael Balint ซึ่งเป็นแพทย์และนักจิตวิเคราะห์ ได้เสนอการแพทย์แนวใหม่เรียกว่า patient-centred medicine with illness-centered care ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการแพทย์รูปแบบเดิมที่แพทย์มีบทบาทหลัก (medical paternalism) ในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา เปลี่ยนมาเป็นผู้ป่วยมีบทบาทหลักในการเลือกแนวทางการรักษาของตนเอง

Total person approach⁶ (1972)

Neuman และ Young ได้นำเสนอรูปแบบการสอนการพยาบาลแบบใหม่ ซึ่งมองบุคคลเป็นระบบใหญ่ โดยมีองค์ประกอบย่อยที่มีความสัมพันธ์กันได้แก่ ร่างกาย (physiological) จิตใจ (psychological) สังคมวัฒนธรรม (sociocultural) จิตวิญญาณ (spiritual) รวมไปถึงพัฒนาการและการปรับตัว (developmental)

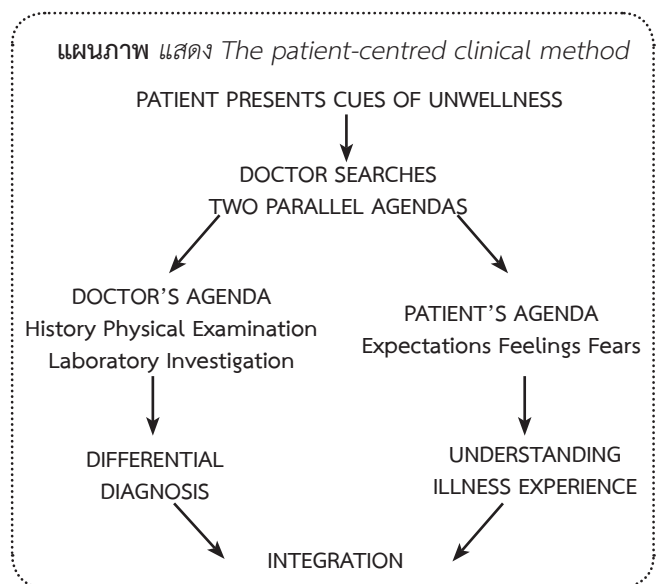
The primary care consultation⁷ (1976)

Byrne และ Long ได้มีการวิเคราะห์รูปแบบการสนทนาระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจำนวนมากกว่า 2,000 ครั้ง แล้วสรุปออกมาเป็น 6 ระยะของการสนทนา ดังนี้

1. สร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (the doctor establishes a relationship with the patient)
2. ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ (the doctor attempts to discover or actually discovers the reasons for the patient's attendance)
3. ซักประวัติและตรวจร่างกาย (the doctor conducts a verbal or physical examination or both)
4. การระบุปัญหา (the doctor and/or patient consider the condition)
5. การกำหนดข้อตกลง แนวทางในการรักษา และการส่งตรวจเพิ่มเติมหากจำเป็น (the doctor and patient agree and detail further treatment or investigation if necessary)
6. สิ้นสุดการรักษา (the consultation is terminated)

The patient-centred clinical method: a model for the doctor-patient interaction in family medicine⁸ (1984)

Levenstein และคณะ ได้แสดงวิธีการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีการผนวกเอามุมมองของแพทย์ (doctor's agenda) และมุมมองของผู้ป่วย (patient's agenda) เข้าไว้ด้วยกัน ดังแสดงใน แผนภาพ 1 โดยในมุมมองของแพทย์นั้นสนใจในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค สำหรับในมุมมองของผู้ป่วยนั้น ต้องค้นหาความคิด ความรู้สึก และความคาดหวังของผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย เมื่อบูรณาการทั้งสองมุมมองเข้าไว้ในการดูแลและให้คำปรึกษาผู้ป่วย จะทำให้แพทย์สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้



ความหมายของการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Definition of patient-centred care)

การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หมายถึง การที่ผู้ป่วยและแพทย์ต่างก็มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลความเจ็บป่วย⁹

ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน¹⁰

เนื่องจากแรงกดดันเกี่ยวกับคุณภาพและต้นทุนค่าบริการของบริการทางการแพทย์ ทำให้เกิดปัญหาตามมามากมาย ตัวอย่างเช่น

- ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการลดลง เนื่องจากมีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก
- เทคโนโลยีในการรักษาก้าวหน้าขึ้น ทำให้การสื่อสารข้อมูลทางการแพทย์มีความยากและซับซ้อนมากขึ้น ยากแก่การเข้าใจของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยไม่สามารถถามคำถามที่จำเพาะ เพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบของความต้องการ หรือไม่สามารถสื่อสารให้แพทย์เข้าใจในความวิตกกังวล ที่เป็นสาเหตุให้มาพบแพทย์
- ผู้ป่วยบางรายมีการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาจากอินเทอร์เน็ต แต่ข้อมูลอาจคลาดเคลื่อน ไม่น่าเชื่อถือ ซึ่งบางครั้งอาจกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

มีการศึกษาพบว่า หนึ่งในสามของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ กลับไปโดยที่ยังไม่ได้ซักถามในประเด็นคำถามที่ต้องการ มีเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับการซักถามเกี่ยวกับความคิด ความเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการวางแผนการรักษา จากการศึกษา



ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการมารับบริการไม่เต็มที่ หากข้อมูลทางการแพทย์ไม่ถูกถ่ายทอดไปยังผู้ป่วยอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และเป็นไปในรูปแบบที่เหมาะสม นอกจากนี้การสื่อสารที่คลาดเคลื่อน อาจทำให้เกิดการเข้าใจผิด เสียเวลา การลดลงคุณภาพการบริการ และส่งผลให้ความพึงพอใจลดลงทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

4 เหตุผลสำคัญที่ควรนำการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมาใช้ในเวชปฏิบัติ

The Institute of Medicine (IOM)¹¹ ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ระบุว่า การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพการบริการทางการแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงคุณภาพของการบริการทางการแพทย์ มีการวางแนวทางเพื่อให้มีการบูรณาการการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้นในเวชปฏิบัติ เช่น มีการกำหนดเกณฑ์ของประเทศในการประเมินการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และใช้ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรับบริการทางการแพทย์เป็นเครื่องมือในการประเมินผู้ให้บริการทางการแพทย์

จากหลายการศึกษาพบว่า การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสามารถลดการฟ้องร้องทางการแพทย์ได้ ดังตัวอย่าง

- องค์การที่ดูแลเรื่องการฟ้องร้องต่อแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ร้อยละ 35 ของการเจรจาค่าสินไหมทดแทนจากการทำเวชปฏิบัติ (malpractice claims) เกิดจากความล้มเหลวในการสื่อสารกับผู้ป่วย¹⁰
- การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จะช่วยประหยัดเวลาและช่วยลดการฟ้องร้อง¹²
- เมื่อแพทย์ให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ความเสี่ยงในการถูกฟ้องร้องเกี่ยวกับการทำเวชปฏิบัติลดลง¹³
- มีสองปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสในการถูกรับผิดจากการฟ้องร้อง และช่วยเพิ่มผลประโยชน์ด้านการเงินให้กับแพทย์ได้แก่ การทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาให้มากที่สุด¹⁴

การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นของผู้ป่วยต่อสถานบริการ โดยจากการศึกษาของ The Mile Institute of Health Care Communication¹⁵ พบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วย ขอย้ายสถานบริการ เนื่องมาจากปัญหาของการสื่อสารที่ไม่ดี และการไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา

องค์ประกอบของการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Components of Patient-centred care)

การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มี 6 องค์ประกอบ¹⁶ ดังนี้

1. วิเคราะห์โรคและความเจ็บป่วย (exploring both disease and illness)
2. เข้าใจความเป็นคน (understanding the whole person)
3. หาแนวทางร่วมในการรักษา (finding common ground)
4. ป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ (incorporating prevention and health promotion)
5. ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (enhancing the patient-doctor relationship)
6. ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง (being realistic)

1. วิเคราะห์โรคและความเจ็บป่วย (exploring both disease and illness)

การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องบูรณาการเอาตัวตน ประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต และสถานะสุขภาพในปัจจุบันของผู้ป่วยเข้ามาด้วย ไม่ควรมุ่งเน้นแต่ตัวโรคเพียงอย่างเดียว ในการวิเคราะห์ตัวโรคนั้น แพทย์ต้องรวบรวมประวัติ การตรวจร่างกาย และผลการส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อนำไปสู่การสรุปประเด็นปัญหา แล้วให้การวินิจฉัยแยกโรคตามประเด็นปัญหาที่พบ สำหรับการดูแลการเจ็บป่วยนั้นสามารถทำได้โดยใช้ FIFE questions¹⁷ ซึ่งประกอบไปด้วย

- **ความรู้สึก (Feeling)** โดยเฉพาะเรื่องความวิตกกังวลของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะเรื้อรัง รู้สึกกลัวว่าจะมีเนื้องอกในสมอง และกลัวตาย

ตัวอย่างคำถาม

- อะไรที่ทำให้คุณวิตกกังวลมากที่สุดขณะนี้
- ตอนนี้คุณกลัวหรือกังวลกับสิ่งใดหรือไม่
- คนเรามักมีความรู้สึกต่าง ๆ เข้ามามากมายเวลาว่ามีการเจ็บป่วย แล้วคุณล่ะ
- คนบางคนอาจมีความกลัวอะไรบางอย่างอยู่ แต่ไม่พูดออกมา คุณมีและอยากจะทำอะไรหรือไม่

- **ความคิด (Idea)** ว่าผู้ป่วยคิดอย่างไรอยู่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีอะไรที่มักถูกต้องอยู่ในความคิดนั้นหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะมา 3 เดือน อาการไม่ดีขึ้น คิดว่าต้องมีอะไรอยู่ในศีรษะที่เป็นสาเหตุของอาการปวด

ตัวอย่างคำถาม

- คุณคิดว่ามีอะไรเกิดขึ้นกับคุณในขณะนี้
- อาการปวดในความคิดของคุณหมายถึงอะไร
- คุณคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยนี้

- **ผลกระทบจากความเจ็บป่วย (Function)** ทั้งที่เกี่ยวกับการดำรงชีวิตประจำวัน การเรียน และการทำงาน เช่น นักเรียนที่มีอาการปวดศีรษะ ทำให้ไม่มีสมาธิในการเรียนหนังสือ

ตัวอย่างคำถาม

- การเจ็บป่วยมีผลอะไรกับการใช้ชีวิตประจำวันของคุณหรือไม่
- คุณต้องหยุดทำอะไรไปเพราะความเจ็บป่วยนี้หรือไม่
- การเจ็บป่วยของคุณมีผลกระทบกับคนสำคัญในชีวิตของคุณหรือไม่

- **ความคาดหวังของผู้ป่วย (Expectation)** ต่อการรักษาจากแพทย์ เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะเรื้อรัง ต้องการตรวจเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าของสมองเพื่อดูว่ามีเนื้องอกหรือไม่

ตัวอย่างคำถาม

- คุณคาดหวังอะไรในการมาปรึกษาครั้งนี้
- อยากให้หมอช่วยเหลืออะไรบ้าง
- คุณคาดหวังว่าการรักษาจะช่วยให้คุณดีขึ้นแค่ไหน
- คุณคาดหวังว่าหลังจากนี้ความเจ็บป่วยของคุณจะเป็นอย่างไร

ในสหราชอาณาจักร แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีรูปแบบการค้นหาความเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกัน โดยใช้ ICE questions ซึ่งประกอบไปด้วย ความคิด (Idea) ความกังวล (Concern) และความคาดหวังของผู้ป่วย (Expectation)

2. เข้าใจความเป็นคน (understanding the whole person)

เพื่อที่จะเข้าใจโรคและความเจ็บป่วยนั้น แพทย์ต้องเข้าใจบุคคลและบริบทของบุคคลนั้น ในการทำความเข้าใจกับบุคคล แพทย์ต้องทราบบุคลิกภาพของผู้ป่วย ประวัติชีวิตที่ผ่านมา วงจรการใช้ชีวิตประจำวัน จิตวิญญาณ รวมไปถึงการตอบสนองของผู้ป่วยต่อสถานะการเจ็บป่วยในปัจจุบัน สำหรับบริบทของบุคคลนั้น แพทย์ควรทราบประวัติครอบครัว การเปลี่ยนแปลงของครอบครัว วัฒนธรรมและความเชื่อของชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่

ในเวชปฏิบัติเพื่อให้เข้าใจถึงความเป็นคนของผู้ป่วย ก่อนการซักประวัติและตรวจร่างกาย ควรซักถามข้อมูลทั่วไป (patient profile) เช่น อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และภูมิฐานะ ซึ่งอาจช่วยให้แพทย์เข้าใจและรู้จักผู้ป่วยมากขึ้น

3. หาแนวทางร่วมรักษา (finding common ground)

แพทย์ต้องร่วมมือกับผู้ป่วยในการระบุปัญหา (define the problems) ตั้งเป้าหมายและแผนการรักษา (establish goals of treatment and/or management) และแสดงให้เห็นถึงบทบาทของผู้ป่วยและแพทย์ในการดูแลรักษา (identify roles to be assumed by the patient and clinician) โดยต้องมีการพูดคุยกันอย่างสม่ำเสมอระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้ดูแลเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา ผลดีและผลเสียของการรักษาแต่ละวิธี คำถามหรือสิ่งที่ผู้ป่วยตระหนัก ต้องได้รับการตอบสนองอย่างเข้าอกเข้าใจจากแพทย์ผู้ดูแล

4. ป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ (incorporating prevention and health promotion)

การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) หมายถึง กระบวนการที่ทำให้คนเราควบคุมตนเองและมีสุขภาพที่ดีขึ้น¹⁸

การป้องกันโรค (Disease prevention) มีเป้าหมายเพื่อลดโอกาสในการเกิดโรค โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ¹⁹

การป้องกันปฐมภูมิ (Primary prevention) เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรค พบกับความเสียหายในการเกิดโรค เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่ วิธีการที่ใช้ เช่น การให้สุขศึกษา (health education) การฉีดวัคซีน (vaccination)

การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary prevention) เป็นการค้นหาโรคในกลุ่มเสี่ยงให้พบตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ทั้งนี้เพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษาให้หายขาดมากยิ่งขึ้น วิธีการที่ใช้ เช่น การคัดกรองเบาหวาน โดยการวัดระดับน้ำตาลในเลือด การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการทำ Pap smear

การป้องกันตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่เกิดโรคหรือมีอาการแล้ว วิธีการที่ใช้ เช่น การทำ passive range of motion ในผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันภาวะข้อติด

5. การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (enhancing the patient-doctor relationship)

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เป็นพื้นฐานสำคัญในการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สิ่งสำคัญในการสร้างความสัมพันธ์ประกอบด้วย ความห่วงใยและมีเมตตา (caring and compassion) การตระหนักถึงระดับของการควบคุมระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (an awareness of the potential for a power dynamic) การมุ่งเยียวยารักษามากกว่าจะมุ่งรักษาเฉพาะตัวโรค (a focus on healing) การรู้เท่าทันอารมณ์ความรู้สึกทั้งของตัวเองและของผู้ป่วย (self-awareness) และความน่าเชื่อถือ (reliability)

ความห่วงใยและมีเมตตา (Caring and compassion)²⁰

การที่แพทย์ผู้ดูแลมีความห่วงใย (caring) ให้ความสำคัญกับความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วย และมีเมตตา (compassion) เห็นอกเห็นใจในความทุกข์ของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยสัมผัสได้และทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นไปในทางที่ดีขึ้น

การตระหนักถึงระดับของการควบคุมระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (an awareness of the potential for a power dynamic)

เพื่อให้เข้าใจในประเด็นนี้ แพทย์ควรรู้จักลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งมี 4 ประเภทดังนี้²¹

Paternalistic : หากมีความสัมพันธ์ในลักษณะนี้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นแบบยึดแพทย์เป็นศูนย์กลาง (doctor-centred care) เห็นได้จากรูปแบบการให้คำปรึกษาที่แพทย์มักใช้คำถามปลายปิดเป็นส่วนใหญ่ แพทย์มักมองหาตัวโรคมกกว่าความเจ็บป่วย (disease-centred approach)

Consumeristic : ผู้ป่วยรู้ความต้องการของตนเองชัดเจน และพยายามให้แพทย์ทำในสิ่งที่ตนต้องการ ความสัมพันธ์ลักษณะนี้จะทำให้แพทย์ต้องใช้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้มากขึ้น

Default : เป็นลักษณะความสัมพันธ์ที่เกิดภายหลังแพทย์พยายามใช้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแล้วแต่ไม่ได้ผล ผู้ป่วยยังไม่ยอมรับ

Mutuality : แพทย์มีการใช้คำถามปลายเปิดมากขึ้น เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกเล่าถึงอาการเจ็บป่วย และมีการฟังอย่างตั้งใจ เป็นรูปแบบการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centred care)

จากลักษณะความสัมพันธ์ทั้งสี่แบบ สามารถแบ่งระดับของการควบคุมได้ดังตาราง จะเห็นได้ว่าการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางซึ่งพบในความสัมพันธ์แบบ Mutuality ทั้งแพทย์และผู้ป่วยมีระดับของการควบคุมที่สูงทั้งสองฝ่าย ไม่มีฝ่ายใดที่มีอำนาจเหนือกว่าหรือควบคุมอีกฝ่าย

ตาราง แสดงระดับของการควบคุมระหว่างแพทย์และผู้ป่วย จำแนกตามประเภทความสัมพันธ์

ลักษณะของความสัมพันธ์	ผู้ป่วยควบคุม		แพทย์ควบคุม	
	ควบคุมสูง	ควบคุมต่ำ	ควบคุมสูง	ควบคุมต่ำ
Paternalistic		X	X	
Consumeristic	X			X
Default		X		X
Mutuality	X		X	

การมุ่งเยียวยารักษามากกว่าจะมุ่งรักษาเฉพาะตัวโรค (a focus on healing)²²

ในทางการแพทย์พบว่า ในการรักษาหลายวิธี เราเป็นเพียงผู้ช่วยให้ธรรมชาติรักษาตนเอง ตัวอย่างเช่น การเย็บให้แผลติดกันเพื่อรอให้ร่างกายสมานแผลเป็นปกติ การใส่ฝือกเพื่อให้กระดูกมีการสร้างใหม่เพื่อเชื่อมติดกัน ด้วยพลังของการเยียวยารักษาตามธรรมชาติ ไม่ได้จำกัดเฉพาะการรักษาบาดแผลด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังช่วยรักษาบาดแผลด้านจิตใจด้วย ตัวอย่างเช่นในผู้ที่มีอาการโศกเศร้าจากการสูญเสียคนรัก (bereavement) ตามปกติจะมีการตอบสนองและเยียวยาตนเองอย่างเป็นขั้นตอน ทำให้ความโศกเศร้าลดลงโดยลำดับ ที่สุดแล้วบางรายอาจหลงเหลือบาดแผลในจิตใจได้

เพื่อช่วยลดอุปสรรคในการเยียวยาตามธรรมชาติ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำเป็นต้องมีเครื่องมือและเทคนิคในการดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับการเยียวยาด้านร่างกาย เครื่องมือสำคัญคือ ยา วัสดุและเครื่องมือทางการแพทย์ และทักษะการทำหัตถการเพื่อรักษา สำหรับการเยียวยาจิตใจ เครื่องมือที่สำคัญคือ ทักษะการสื่อสาร แพทย์ต้องมีทักษะในการฟัง (Attentive listening) ทักษะในการนำพุดคุย (facilitation) และทักษะการยืนยันให้เกิดความมั่นใจ (provision of reassurance)

การรู้เท่าทันอารมณ์ความรู้สึกทั้งของตัวเองและของผู้ป่วย (Self-awareness)

Transference²³ เป็นความรู้สึกในจิตไร้สำนึก (unconscious feeling) ที่คนคนหนึ่งมีต่ออีกคน ในทางการแพทย์หมายถึงความรู้สึกที่ผู้รับบริการ (client) มีต่อผู้ให้การรักษา (therapist) โดยความรู้สึกที่เกิดขึ้นมักสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตของผู้รับบริการ หรืออาจเป็นลักษณะความสัมพันธ์ที่ผู้รับบริการต้องการให้เกิดกับผู้ให้การรักษา ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่กลัวว่าตนเองป่วยรุนแรง อาจแสดงความรู้สึกเหมือนเด็กที่ต้องการความช่วยเหลือ (child-like role) และรู้สึกว่าแพทย์นั้นเหมือนกับพ่อแม่ (parent-like role) ที่มีอำนาจในการตัดสินใจหรือช่วยเหลือ

Counter transference²³ หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้ให้การรักษาที่มีต่อผู้รับบริการ โดยเป็นทั้งความคิด (idea) และความรู้สึก (feeling) ประกอบอยู่ด้วยกัน โดยความรู้สึกที่เกิดขึ้นมักสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคลิกภาพของผู้รับบริการกับประสบการณ์ในอดีตของผู้ให้บริการ ตัวอย่างเช่น เมื่อแพทย์คิดว่าผู้ป่วยที่ให้การดูแลนั้นมีท่าทีเหมือนเด็กที่ต้องการความช่วยเหลือ ก็เกิดความรู้สึกสงสาร โดยแพทย์เคยมีประสบการณ์ว่าผู้ป่วยลักษณะเดียวกันนี้มีอายุสั้น

ความน่าเชื่อถือ (Reliability)²³

การสร้างความสัมพันธ์โดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่ติดแพทย์ (Dependent patient) จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องวิเคราะห์ว่า transference ของผู้ป่วยเป็นอย่างไร และเตรียมตัวรับมือกับความรู้สึกนั้น หากแพทย์มีลักษณะที่ไม่น่าเชื่อถือ อาจไม่ได้มีผลต่อการเกิด transference แต่ทำให้ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น เนื่องจากความไม่น่าเชื่อถือของแพทย์ มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล และหากผู้ป่วยรู้สึกว่าแพทย์ไม่สุภาพหรือไร้มารยาท อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจ รู้สึกไม่เป็นมิตร ทำให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษาลดลง

6. การตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง (being realistic)

ในการดูแลผู้ป่วย ไม่จำเป็นต้องดูแลให้ครบทั้งห้าองค์ประกอบข้างต้นในการดูแลรักษาเพียงครั้งเดียว แพทย์อาจนัดหมายผู้ป่วยที่สถานบริการเพื่อติดตามการรักษาและค้นหาองค์ประกอบอื่นเพิ่มเติม หรืออาจได้ข้อมูลประกอบจากการติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ป่วย จากงานวิจัยพบว่า การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในสถานบริการนั้น ไม่ได้ทำให้เวลาในการมาพบแพทย์ยาวนานขึ้น²⁴ และแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการมีสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้สามารถดูแลปัญหาได้ครอบคลุมมากขึ้นในทุกมิติของการรักษา

สรุป

การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นเครื่องมือสำคัญหนึ่งของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย วิธีการนี้มีการสืบค้นทั้งในมุมมองของแพทย์ (Physician's agenda) และมุมมองของผู้ป่วย (patient's agenda) โดยในมุมมองของแพทย์นั้นทำได้โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรคสำหรับมุมมองของผู้ป่วย แพทย์ต้องค้นหาความรู้สึก ความคิด ผลกระทบจากความเจ็บป่วย และความคาดหวังของผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย การบูรณาการทั้งสองมุมมองเข้าด้วยกันในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้แพทย์สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. McWhinney IR. A Textbook of family medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1997.
2. สายพิน หัตถิรัตน์. คู่มือหมอครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน; 2545.
3. Kinmonth A, Spiegel N, Woodcock A. Developing a training programme in patient-centred consulting for evaluation in a randomised controlled trial; diabetes care from diagnosis in British primary care. *Patient Educ Couns*. 1996; 29:75-86.
4. Rogers C. Client-centred Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory. London: Constable; 1951.
5. Balint M. The Doctor, the Patient and His Illness. London: Tavistock; 1957.
6. Neuman B., Young RJ. A model for teaching total person approach to patient problems. *Nursing Research* 1972; 21, 264-269.
7. Byrne PS, Long BEL. Doctors talking to Patients. London: Royal College of General Practitioners; 1984. (reprinted of 1976 edition)
8. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract* 1986, 3 (1):24-30.
9. Bauman AE, Fardy HJ, Harris PG. Getting it right: Why bother with patient-centred care? *MJA* 2003; 179(5):253-256.
10. Benefits of Patient-Centered Care [homepage on the internet]. Eaker Epidemiology Enterprises [cited 2011, July 02]. Available from: <http://www.talktoyourdoc.com/advbenefits.html>
11. Hurtado MP, Swift EK, Corrigan JM. Envisioning A National Health Care Quality Report [monograph from the internet]. Washington D.C: Committee on the National Quality Report on Health Care Delivery, Board on Health Care Services, Institute of Medicine; 2001 [cited 2011, July 02]. Available from: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10073&page=40
12. Eastaugh SR. Reducing litigation costs through better patient communication. *Physician Exec* 2004; 30(3):36-38.
13. Forster HP, Schwartz J, DeRenzo E. Reducing legal risk by practicing patient-centred medicine. *Arch Intern Med* 2002; 162(11):1217-1219.
14. Saxton JW. How to increase economic returns and reduce liability exposure: Part 1-Patient satisfaction as an economic tool. *J Med Pract Manage* 2001; 17(3):142-144.
15. Terry K. Telling patients more will save you time. *Med Econ* 1994; 71(14): 40, 43, 46.
16. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centred Medicine: Transforming the Clinical Method (Patient-Centred Care Series). 2nd ed. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2003.
17. Weissman, D. Fast Fact and Concepts #17: Patient-Centred Interviewing: Understanding the Illness Experience [homepage on the internet]. End-of-Life Physician Education Resource Center [cited 2011, July 02]. Available from: <http://cancer-research.umaryland.edu/FIFE.htm>
18. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: The First Global Conference on Health Promotion; 1986.
19. Tones K, Green J. Health and its Determinants – issues of Assessment. In Tones K, Green J. Health Promotion: Planning and Strategies. London: Sage; 2004.
20. Sarason SB. Caring and Compassion in Clinical Practice. San Francisco: Jossey-Bass; 1986.
21. Doctor/patient relations [homepage on the internet]. Maguire K [cited 2011, July 02]. Available from: <http://www.ucel.ac.uk/shield/>
22. McWhinney IR. Chapter 6. McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1997.
23. Racker H. Transference and Counter-Transference. New York: International Universities Press; 2001.
24. Brown J. Patient-Centred Collaborative Practice. Ottawa: Health Canada; 2004.

การดูแลแบบประคับประคองอาการเหนื่อย Dyspnea palliation: The review

นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ
แผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแม่สอด

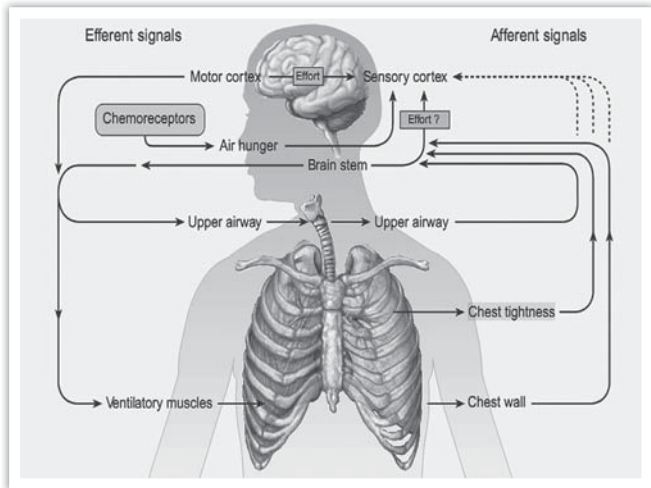
นิยามและการวินิจฉัย

อาการเหนื่อย (Dyspnea) คือ อาการรับรู้ถึงความไม่สบายในการหายใจ ซึ่งเป็นความรู้สึกเฉพาะตัว โดยที่ไม่จำเป็นต้องสังเกตอาการทางกายหรือมีภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด^{1,2} ในปี ค.ศ. 1999 American Thoracic Society นิยามอาการเหนื่อยว่า “ความไม่สบายของการหายใจ ซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคลที่จะบรรยายอาการเหนื่อยของแต่ละคนที่แตกต่างกันหลากหลายทั้งเชิงคุณภาพและความรุนแรง”³ ซึ่งอาการนี้เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสรีรวิทยา จิตสังคม สภาวะแวดล้อมและมีผลต่อพฤติกรรมในที่สุดเช่นเดียวกับอาการปวด⁴ ดังนั้นการวินิจฉัยจึงถือเอาความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นสำคัญ⁵

ความสำคัญของปัญหา

ความชุกของอาการเหนื่อยในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีความแตกต่างไปตามโรค ความรุนแรงและระยะของโรค อุบัติการณ์ของการอาการเหนื่อยมีตั้งแต่ 10-95%¹⁻⁶ ในรายงานวิจัยหนึ่งพบว่า อาการเหนื่อยพบมากเป็นอันดับสามรองจากอาการปวดและอาการอ่อนเพลีย ในโรคระยะสุดท้ายห้าชนิด⁶ โรคระบบหัวใจจะพบอาการเหนื่อยเป็นอาการสำคัญถึง 90-95% โรคถุงลมโป่งพองระยะสุดท้าย 60-88% ในขณะที่โรคมะเร็ง (10-70%) โรคเอดส์ (11-62%) และโรคไต (11-62%) อาจพบอาการเหนื่อยได้น้อยกว่า⁶ ในโรคมะเร็งที่เข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต (last hours of life) จะพบอาการเหนื่อยเป็นอาการสำคัญมากกว่า ในช่วงเริ่มวินิจฉัย (18-79% vs 15-55%)⁷ นอกจากนี้อาการเหนื่อยเป็นตัวพยากรณ์โรคซึ่งเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการเหนื่อยแล้ว จะมีพยากรณ์โรคที่ไม่ดีและมีโอกาสเสียชีวิตสูง^{8,9,44-46}

ในโครงการกัลยาณมิตร โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ซึ่งเป็นโครงการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลแบบต่อเนื่อง มีการเชื่อมโยงทั้งผู้ป่วยที่บ้านและโรงพยาบาลโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นแกนนำ พบว่าผู้ป่วยที่ร่วมโครงการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2554 จากผู้ป่วยทั้งหมด 275 รายมีอาการเหนื่อยทั้งหมดในช่วงแรกที่เข้าร่วมโครงการ 102 ราย คิดเป็น 37.1% และเพิ่มขึ้นเป็น 109 ราย คิดเป็น 39.6% เมื่อที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยรองจากอาการปวด



รูปแสดงกลไกการเกิดอาการเหนื่อย นำมาจาก Manning และ Schwartzstein¹⁰

พยาธิกำเนิด (Pathogenesis)

กลไกการเกิดอาการเหนื่อย เกิดจากปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนและยังไม่เป็นที่เข้าใจอย่างชัดเจน ความรู้ส่วนใหญ่ได้จากการทดลองทางห้องปฏิบัติการ⁸⁻¹¹

1. Chemical drive hypoxia และ hypercapnia ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง pH ในเลือดและกระตุ้น chemoreceptors ที่ carotid bodies ซึ่งไวต่อ hypoxia ในขณะที่สมองส่วน medulla จะไวต่อภาวะ hypercapnia มากกว่า^{2,10} ในคนปกติพบว่า hypercapnia มีผลมากกว่า hypoxia ดังจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยหลายรายที่มีอาการเหนื่อยมีค่า oxygen saturation ที่ปกติ แต่ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีภาวะ chronic hypercapnia เช่น chronic lung disease และ neuromuscular disease จะ hypercapnia อาจมีบทบาทน้อยลง

2. Peripheral neurological drive เมื่อ mechanoreceptors ที่กล้ามเนื้อหายใจบริเวณหน้าอก กระบังลม และ J-receptor ในเนื้อปอดซึ่งไวต่อการเพิ่มความดันในช่องปอด และการยืดขยาย receptor เหล่านี้ในโรคถุงลมโป่งพองโรคหัวใจวาย น้ำในช่องปอด หรือ pulmonary embolism เมื่อกระแสประสาทถูกส่งมายังสมองส่วนรับรู้ความรู้สึก (sensory cortex) ส่วน receptor บริเวณใบหน้าหากถูกกระตุ้นจะสามารถลดอาการเหนื่อยลงได้ ยกตัวอย่าง เช่น ลมเย็นที่เป่าบริเวณใบหน้าสามารถลดอาการเหนื่อยได้¹⁰

ในบางทฤษฎี (Sense of respiratory effort) สมองส่วนที่สั่งการหายใจ (motor cortex) ส่งกระแสประสาทไปยังกล้ามเนื้อช่วยหายใจ ในขณะที่เดียวกัน motor cortex จะส่งสัญญาณไปยังส่วน sensory cortex เรียกว่า corollary

discharge ซึ่งหากว่า motor cortex ต้องกระตุ้นกล้ามเนื้อหายใจให้ใช้แรงมาก จะส่งสัญญาณมาที่ sensory cortex แปลผลว่ากำลังเหนื่อย¹⁰

อีกทฤษฎีอธิบายอาการเหนื่อยว่า เกิดจากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการของสมองกับสัญญาณที่ส่งกลับมาที่สมอง (Afferent mismatch) ยกตัวอย่าง เช่น การที่คนไข้ใส่ท่อช่วยหายใจแต่รู้สึกเหนื่อยทั้ง ๆ ที่ไม่ได้มี acidosis, hypoxia หรือ hypercapnia แต่อย่างใด^{1,9,10}

สาเหตุของอาการเหนื่อย

อาการเหนื่อยเกิดได้จากหลายสาเหตุ ในบางครั้งสาเหตุของอาการเหนื่อยอาจเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน โดยแบ่งง่าย ๆ เป็น 4 สาเหตุ คือ^{5,9}

- 1. สาเหตุจากมะเร็งโดยตรง** เช่น lung cancer, lung metastasis, airway obstruction, pleural effusion, SVC syndrome, tumor pulmonary embolism, lymphangitis carcinomatosa, chest wall infiltration, phrenic nerve paralysis
- 2. สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งโดยอ้อม** เช่น cachexia, infection, anemia, ascites, paraneoplastic syndrome เป็นต้น
- 3. ผลพวงจากการรักษา** เช่น steroid induced myopathy, cardiopulmonary toxicity จาก chemotherapy, radiation induced acute pneumonitis, pulmonary fibrosis, ภาวะหลังทำ lobectomy หรือ pneumonectomy
- 4. สาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับมะเร็ง** หรือเกิดจาก comorbid disease เช่น COPD, heart failure, obesity, anxiety and panic attack เป็นต้น

ผลกระทบของอาการเหนื่อยต่อผู้ป่วยและครอบครัว (Burden and Coping)

อาการเหนื่อยมีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัวในหลายมิติมากกว่าแค่เพียงความทุกข์ทรมานทางกายเท่านั้น⁹ อาการเหนื่อยเป็นอาการที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วมีผลต่อความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นอาการที่ทนได้ยาก และทำให้คนไข้เกิดอาการกลัวและกังวล⁹ ในโครงการกัลยาณมิตรโรงพยาบาลแม่สอด พบว่าอาการเหนื่อยยังเป็นสาเหตุของการนอนโรงพยาบาลซ้ำเป็นอันดับที่ 1 จำนวน 46 ราย เมื่อเทียบกับอาการปวดที่นอนโรงพยาบาลซ้ำเป็นลำดับ 2 จำนวน 42 ราย เป็นนัยว่า การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่บ้านมีความยากลำบากและญาติส่วนใหญ่ทนเห็นผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยที่บ้านไม่ได้

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านมีผลกระทบต่อทั้งทางลบและทางบวกต่อผู้ดูแล จากการศึกษาของ Lau และคณะได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ดูแล (caregiver) ที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้านเองพบว่าผู้ดูแลได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกของการที่ไม่สามารถจัดการกับอาการที่ไม่แน่นอนได้ หรือความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล อีกทั้งญาติผู้ป่วยเองต้องประสบกับความรู้สึกสูญเสีย (anticipatory grief) หากไม่สามารถจัดการกับอาการเหนื่อยในขณะที่มี exacerbation ได้ ในขณะที่ข้อดีของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านคือญาติของคนที่ไม่มีโอกาสพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาปรับตัว ยอมรับและทำใจต่อสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ดีขึ้น¹² Gysels และคณะ พบว่าเหตุปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีคือ ความมั่นใจของผู้ดูแลและประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เคยดูแลผู้ป่วยมาก่อน ในขณะที่ปัจจัยที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยที่บ้านเป็นไปได้ไม่ดีคือการมีเครื่องที่ซับซ้อนที่บ้านและผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด กังวลหรือซึมเศร้า¹³ ดังนั้นทีมสุขภาพจึงควรทำความเข้าใจและให้ความสำคัญต่อผลกระทบของการดูแลผู้ป่วยที่อาจมีต่อครอบครัว โดยเฉพาะในกรณีที่จะต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน¹³

การประเมินอาการเหนื่อย (Dyspnea assessment)

การวัดการประเมิน เป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยทั้งในแง่การประเมินความรุนแรง และผลการรักษาที่ใช้ในการบรรเทาอาการว่า มีประสิทธิภาพแค่ไหน หรือวัดผลกระทบของอาการเหนื่อยในมิติต่าง ๆ เพื่อการวิจัย มีเครื่องมือหลากหลายชนิดที่สามารถเลือกใช้เพื่อการประเมินและติดตามอาการเหนื่อย แต่ยังไม่มีความชัดเจนที่เป็นมาตรฐานในการวัดอาการเหนื่อย การเลือกเครื่องมือที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการวัด ลักษณะผู้ป่วยและภาระงานจึงเป็นสิ่งสำคัญ เครื่องมือวัดมีทั้งชนิดที่ประเมินเพียงมิติความรุนแรงเพียงด้านเดียว (unidimensional type) ได้แก่ visual analogue scales (VAS) numerical rating scales (NRS) และ Modified Borg Scale ซึ่งมีข้อดีคือ เป็นวิธีวัดที่ใช้เวลาน้อย สะดวกในการใช้ ในขณะที่เครื่องมือแบบวัดที่ใช้มิติอื่น ๆ รวมด้วย (multidimensional type) จะวัดผลกระทบทางด้านสังคมและครอบครัวด้วย ซึ่งเหมาะสมกับการทำวิจัย แต่มีข้อจำกัดคือใช้เวลามาก^{14,15} ส่วนการวัด spirometer จะไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงของความรู้สึกเหนื่อยที่ผู้ป่วยรู้สึกจริง¹⁶

การจัดการอาการเหนื่อย (Dyspnea management)

1. การจัดการบรรเทาอาการเหนื่อยควรเริ่มจากแก้ไขสาเหตุของอาการเหนื่อยก่อน ยกตัวอย่างเช่น หากมีอาการเหนื่อยจาก pleural effusion อาจใช้วิธีเจาะระบายน้ำในปอด หรือ pleurodesis, lymphangitis carcinomatosa อาจใช้ steroids, หรือ SVC syndrome การใช้ steroid หรือ radiation
2. ควรเริ่มจากการดูแลในแบบไม่ใช้ยา ก่อน เมื่ออาการเพิ่มขึ้นการใช้ ออกซิเจนหรือยา ก็จะมีบทบาทมากขึ้นตามความรุนแรงของโรค

วิธีการใช้ยาเพื่อการบำบัด (pharmacologic management)

Strong opioids

มีหลักฐานทางการแพทย์ยืนยันถึงประโยชน์ของการใช้ morphine เพื่อการบำบัดอาการเหนื่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้ผลดีในขณะที่ strong opioids ชนิดอื่นยังไม่มีหลักฐานไม่เพียงพอ⁹

Jennings และคณะ ได้ทำ meta-analyses 2 งานวิจัย^{17,18} ที่เปรียบเทียบการใช้ morphine ใน route ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นชนิดกิน ชนิดฉีด (IV, SC) หรือ nebulised opioids ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายชนิดต่าง ๆ COPD, chronic lung disease, cardiac failure และ มะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า morphine ชนิดกิน และฉีด (IV, SC) ได้ผลในขณะที่ nebulised opioids ได้ผลน้อยกว่าหรือไม่ได้ผลในผู้ป่วยกลุ่มนี้^{17,18}

ในแง่ความปลอดภัยในการใช้ยา morphine ในคนไข้กลุ่มนี้พบว่า ยาฉีด morphine ได้ผลดีกว่าการลดอาการเหนื่อยได้ดีโดยไม่ผลต่อ oxygen saturation ภาวะความเป็นกรดต่างในเลือด หรือเกิดการหายใจแต่อย่างใด^{19,20} และมีงานวิจัยยืนยันว่าการใช้ morphine ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อการบำบัดอาการเหนื่อยมิได้ลด survival แต่อย่างใด²¹ ผลข้างเคียงของ morphine อาจมีอาการง่วงซึมในช่วง 48 ชั่วโมงแรกหลังจากเริ่มยา²² ผลข้างเคียงอื่น ๆ ที่พบบ่อยได้แก่ ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน^{23,24} แต่ก็ไม่พบว่ามีการหายใจแต่อย่างใด เมื่อไม่นานมานี้มีงานวิจัยการใช้ morphine ในผู้ป่วย COPD ระยะสุดท้ายพบว่า การใช้ morphine ชนิดออกฤทธิ์เนิ่น (morphine sustained release) ในผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้ morphine มาก่อนมีอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งทำให้สามารถนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น²⁵

มีเพียง 2 รายจาก 42 ราย มีอาการอาเจียนและง่วงมากจนต้องออกจากงานวิจัย²⁵ ผลข้างเคียงที่พบบ่อยที่คืออาการท้องผูก²⁵ ดังนั้นการใช้ยา morphine ควรมีการติดตามผลข้างเคียงและแก้ไขโดยเฉพาะช่วงแรกของการเริ่มยา ขนาดยา morphine ที่ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้ morphine มาก่อนอาจเริ่มที่มอร์ฟีนออกฤทธิ์ชนิดกิน 2.5-5 mg prn ทุก 4 ชั่วโมง หากผู้ป่วยต้องการมอร์ฟีนมากกว่า 2-3 ครั้ง/วัน อาจจัดให้ morphine เป็นแบบ regular dose⁹ ในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยได้ morphine อยู่แล้วก็สามารถปรับขนาด morphine เพิ่มจากเดิมอีก 25%-50% ของ dose ทุก 4 ชั่วโมง^{4,5,8,9,22}

ยาคลายกังวล (Anxiolytics)

ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งมักมีภาวะความกังวลร่วมอยู่ด้วย^{9,22,26} แต่อย่างไรก็ตามการใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepine เพื่อบำบัดอาการเหนื่อยยังมีหลักฐานทางวิชาการที่ไม่ชัดเจนเมื่อเทียบกับ morphine

Benzodiazepines สามารถลดอาการกังวลผ่านกลไกการจับ GABA pathway²⁷ Diazepam ไม่เหมาะกับการบำบัดอาการเหนื่อยเนื่องจากออกฤทธิ์ยาวและ เริ่มออกฤทธิ์ช้าที่ออกฤทธิ์สั้นกว่าเช่น lorazepam 0.5 mg (orally หรือ sublingual) จะได้ผลดีในกรณีที่มีภาวะกังวลร่วมด้วยเช่น panic attack²⁷ ในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายและมีอาการเหนื่อยพบว่า การฉีด midazolam ได้ผิวหนังทั้งแบบ bolus subcutaneous injection หรือ continuous subcutaneous infusion สามารถช่วยลดอาการเหนื่อยที่รุนแรงในผู้ป่วยที่ตอบสนองไม่ดีต่อมอร์ฟีนหรือมีความกังวลร่วมด้วย²⁷ ขนาดเริ่มต้นอาจใช้ 2.5 mg และเพิ่มขนาดอย่างช้าๆ จนควบคุมอาการเหนื่อยได้²⁷ การใช้ midazolam ร่วมกับ morphine สามารถควบคุมอาการเหนื่อยได้ดีกว่าการใช้ morphine เพียงอย่างเดียว²⁸ แต่มีงานวิจัย RCT บางฉบับพบว่า midazolam ชนิดกินให้ผลดีกว่ามอร์ฟีนในช่วงแรกของการเหนื่อยโดยเฉพาะในช่วงที่กำลังหาสาเหตุ²⁹ แต่งานวิจัยดังกล่าวเป็นงานวิจัยขนาดเล็ก (32 ราย), อีกทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้ morphine อยู่แล้วเพื่อควบคุมอาการปวด²⁹ เมื่อไม่นานมานี้ meta-analysis พบว่า anxiolytics มีหลักฐานทางวิชาการไม่เพียงพอที่จะยืนยันประโยชน์ของยากลุ่มนี้ในการบำบัดอาการเหนื่อย³⁰ จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงแนะนำให้ใช้ยาคลายกังวลในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและตอบสนองต่อ morphine ไม่ดี

Oxygen therapy

ออกซิเจนเป็นการรักษาที่ใช้บ่อยในผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยโดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง บุคลากรทางการแพทย์มักแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ออกซิเจนแต่ก็พบว่าหลายรายมีข้อบ่งชี้ในการใช้ออกซิเจนไม่ชัดเจน ถึงแม้ว่าจะมีงานวิจัยว่าการให้ long term oxygen therapy ในผู้ป่วย COPD สามารถเพิ่ม survival แต่ไม่ได้ทำการศึกษาว່ายลดอาการเหนื่อยหรือเพิ่มคุณภาพชีวิตหรือไม่³¹ การให้ออกซิเจนมีผลเสียคือ เป็นภาระทั้งค่าใช้จ่าย การเปลี่ยนออกซิเจนเมื่อออกซิเจนหมด และลดความมั่นใจผู้ป่วยในการที่จะเดินทางไปนอกบ้านเมื่อไม่มีออกซิเจน³¹ ปัจจุบันพบว่าการให้ออกซิเจนจะให้ประโยชน์เฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะ hypoxemia^{32,33} Uronis และคณะพบว่า oxygen therapy ไม่ช่วยลดอาการเหนื่อยในผู้ป่วยที่ไม่มี hypoxemia รวมถึงไม่ได้เพิ่มความสามารถในการเดินใน 6 minute walk test³² Cranston และคณะ ทำ meta-analysis ใน 8 การศึกษามีผู้ป่วยรวม 144 ราย พบว่าไม่สามารถบรรเทาอาการเหนื่อยในผู้ป่วยมะเร็งหรือโรคหัวใจวายที่มีอาการคงที่ได้³³ งานวิจัยล่าสุดในปี 2010 multi-centered double blinded RCT ขนาดใหญ่ (239 ราย) ทำในผู้ป่วย COPD (59% vs 68%) และ primary lung cancer (15% vs 13%) ที่ไม่มีภาวะ hypoxemia แบ่งออกเป็นกลุ่มที่ใช้ oxygen และกลุ่มที่ใช้ air พบว่าการให้ oxygen และ ภาวะธรรมชาติให้ผลลดอาการเหนื่อยได้ไม่แตกต่างกัน³⁴ ดังนั้นการพิจารณาว่าผู้ป่วยรายใดควรได้รับออกซิเจนควรคิดให้รอบด้านถึงผลดี ผลเสียของการให้ออกซิเจนและความเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล โดยเป้าหมายที่สำคัญที่สุดคือ การบรรเทาอาการ Bruera และคณะ ได้กล่าวถึงหลักการ “N of 1” ในปี 1992 ว่าตัวผู้ป่วยเป็นคนที่จะบอกได้ดีที่สุดว่าอะไรบรรเทาอาการได้ดีที่สุด³⁵ การรักษาอาการเหนื่อยนั้นต้องมีการวัดผลไม่ว่าจะเป็น VAS หรือ functional improvement เช่น 6 minute walk test โดยให้ตัวผู้ป่วยเองเปรียบเทียบว่าวิธีการใดลดอาการเหนื่อยได้ดีกว่ากัน^{31,36} อาจลองเปรียบเทียบโดยใช้อากาศเปล่า ๆ เปรียบเทียบกับออกซิเจนหรือ อาจใช้พัดลมเป่าบริเวณใบหน้าเปรียบเทียบกับการให้ oxygen ก็ได้ ตามประสบการณ์ของผู้เขียนพบว่าผู้ป่วยหลายรายที่รำคาญการให้ออกซิเจนแต่การใช้พัดลมเป่าช่วยลดอาการเหนื่อยได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ว่า พัดลมสามารถลดอาการเหนื่อยได้³⁷ โดยกลไกเกิดจากกระแสลมที่กระทบบริเวณใบหน้าและลำคอ จะกระตุ้น cold receptors ส่งผ่าน trigeminal nerve จะเห็นได้ว่าเป็นการดูแลที่ค่าใช้จ่ายไม่แพง สะดวกสบายและไม่มีผลข้างเคียง³⁷

วิธีการดูแลที่ไม่ใช้ยา (non-pharmacologic management)

การดูแลแบบไม่ใช้ยาเป็นการรักษาที่มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีอาการเหนื่อยเนื่องจากเมื่อเกิดอาการเหนื่อยตัวผู้ป่วยเองอาจสูญเสียความมั่นใจในการดูแลตัวเองในขณะที่เดียวกันตัวผู้ดูแลเองก็ตกอยู่ในความกังวลอย่างมาก วิธีการเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนร่วมในการดูแลตัวเองและช่วยเพิ่มความมั่นใจ เช่น การจัดท่าทาง (posture and positioning), pursed-lip breathing, relaxation technique, exercise training, energy conservation technique และปรับเปลี่ยนสภาพบ้านเป็นต้น⁹

มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าการดูแลแบบไม่ใช้ยาสามารถบำบัดอาการเหนื่อยได้ พบว่า Walking aids และ breathing training การฝึกวิธีหายใจช่วยลดอาการเหนื่อยได้ดี³⁸ ส่วนการฝังเข็มมีหลักฐานทางวิชาการไม่เพียงพอว่าสามารถช่วยลดอาการเหนื่อยได้^{39,40} ส่วน Anxiety reducing techniques เช่น relaxation technique และ cognitive behavior therapy (CBT) ไม่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนมากนัก⁴ การผสมผสานวิธีการไม่ใช้ยาหลายวิธีจะช่วยให้การดูแลได้ผลดีขึ้น ยกตัวอย่างงานวิจัยที่นำวิธี breathing control, activity pacing, relaxation techniques, และ psychosocial support 4 วิธีดูแลผู้ป่วยพบว่าอาการเหนื่อยลดลง อีกทั้งอารมณ์และ performance status ดีขึ้น^{1,41} การทำ pulmonary rehabilitation ที่บ้านสามารถที่จะช่วยลดอาการเหนื่อยในผู้ป่วย COPD ได้ไม่แตกต่างจากทำที่โรงพยาบาล⁴² ซึ่งการทำ pulmonary rehabilitation ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการปัญหาด้วยตัวเองและพัฒนาทักษะการดูแลตัวเองได้ดีขึ้น⁴³

ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

วิเคราะห์จากบทเรียนที่ผ่านมาในอดีตของโครงการกัลยาณมิตรพบว่า pitfalls ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยมีดังนี้

1. ขาดการประเมินอย่างจริงจัง เมื่อเทียบกันอาการปวดซึ่งถูกให้ความสำคัญมากกว่า ทำให้การบำบัดอาการเหนื่อยอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ไม่ได้นำวิธี non-pharmacologic treatment มาใช้

3. การใช้ออกซิเจนที่บ้านในผู้ป่วย ที่ผ่านมาเมื่อเห็นว่ามีอาการเหนื่อยก็มักจะแนะนำให้ใช้โดยที่ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือในผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถจะมีออกซิเจนไว้ที่บ้านได้ จะรู้สึกขาดความมั่นใจว่าจำเป็นต้องมีออกซิเจนจึงต้องกลับมาที่โรงพยาบาล ทีมเยี่ยมบ้านยังขาดอุปกรณ์วัด oxygen saturation จึงทำให้ยากต่อการตัดสินใจเลือกว่ารายใดควรใช้ออกซิเจน

4. การใช้ morphine ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ในโครงการมีเพียงแค่ 6 ราย เท่านั้น ทั้ง ๆ ที่เป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการเหนื่อยที่รุนแรง สาเหตุเนื่องจากขาดองค์ความรู้

ดังนั้นการให้ความสำคัญกับการประเมินและการบำบัดอาการเหนื่อยจึงมีความสำคัญ อีกทั้งการประยุกต์วิธีการไม่ใช้ยาที่เหมาะสมกับเมืองไทย เช่น การฝึกการหายใจในแบบไทย เช่น การทำสมาธิ เป็นต้น การให้ออกซิเจนนั้นคือในรายที่มีอาการพร่องออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation < 90%)³⁴ อีกทั้งให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงวิธีการอื่น เช่น การใช้พัดลมเป่า ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าช่วยลดอาการเหนื่อยได้เช่นกัน³⁷

บทสรุป

อาการเหนื่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอาการที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาอนโรงพยาบาล นอกจากนี้อาการเหนื่อยเป็นตัวพยากรณ์โรคซึ่งเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการเหนื่อยแล้วจะมีพยากรณ์โรคที่ไม่ดีและมีโอกาสเสียชีวิตสูง อาการเหนื่อยเกิดจากพยาธิกำเนิดที่ซับซ้อน การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องมีการประเมินอย่างองค์รวม ทั้งสาเหตุของอาการเหนื่อย ผลกระทบของอาการเหนื่อยต่อผู้ป่วยและญาติ ทั้งทางด้านจิตใจและสังคม การดูแลอาการเหนื่อยมีทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยวิธีไม่ใช้ยาเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยญาติสามารถจะแก้ปัญหาอาการเหนื่อยได้ด้วยตนเองและมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น การใช้ออกซิเจนมีหลักฐานว่าได้ผลดีเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนและมีข้อเสียคือ เป็นภาระทั้งค่าใช้จ่าย การเปลี่ยนออกซิเจนเมื่อออกซิเจนหมด และ ลดความมั่นใจผู้ป่วยในการที่จะเดินทางไปนอกบ้านเมื่อไม่มีออกซิเจน³¹ เมื่ออาการเหนื่อยมากขึ้นการใช้ยาซึ่งยาที่ได้ผลดีจะเป็นยากกลุ่ม strong opioid โดยเฉพาะ morphine ซึ่งมีผลงานวิชาการรองรับยาในกลุ่ม benzodiazepine มีหลักฐานทางวิชาการไม่เพียงพอที่จะใช้เป็นยาหลักในการบำบัดอาการเหนื่อยจึงควรเลือกเป็นยาที่ใช้เสริมในกรณีที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและตอบสนองไม่ดีต่อ morphine

Reference

1. Del Fabbro E, Dalal S, Bruera E. Symptom control in palliative care-Part III: dyspnea and delirium. *J Palliat Med.* 2006; 9(2):422-36.
2. Cachia C, Ahmedzai SH. Breathlessness in cancer patients. *Eur J Cancer* 2008; 44:1116 – 1123
3. American Thoracic Society. Dyspnea: mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159:321–340.
4. DiSalvo WM, Joyce MM, Tyson LB, Culkin AB, Mackay K. Putting Evidence Into Practice®: Evidence-Based Interventions for Cancer-Related Dyspnea. *Clin J Oncol Nurs* 2008; 12(2):241-352
5. Thomas JR, von Gunten CF. Clinical management in dyspnea. *The Lancet Oncol* 2002; 3: 223-228
6. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31(1): 58-69
7. Ripamonti C, Fusco F. Respiratory problems in advanced cancer. *Supportive Care in Cancer* 2002; 10(3): 204–216
8. Booth S and Dudgoen D. *Dyspnoea in advanced disease: a guide to clinical management.* Oxford university press, New York, 2006
9. Chan KS, Tse D, Sham M, Thorsen A. 11.1 Palliative Medicine in Malignant Respiratory Diseases. In: Hanks, Geoffrey, Cherny, Nathan I., Christakis, Nicholas A., Fallon, Marie, Kaasa, Stein, Portenoy, Russell K. editors. *Oxford textbook of palliative medicine 4th ed.* New York: Oxford university press; 2010.p. 1107- 1143
10. Manning HL, Schwartzstein RM. Pathophysiology of dyspnea. *N Engl J Med* 1995, Dec 7; 333:1547–1553
11. Ripamonti C, Bruera E. Dyspnea: Pathophysiology and assessment. *J Pain Symptom Manage* 1997; 13(4):220- 232
12. Lau DT, Berman R, Halpern L, Pickard S, Schrauf R, Witt W. Exploring Factors that Influence Informal Caregiving In Medication Management for Home Hospice Patients. *JPM* 2010; 13(9):1085-1090
13. Gysels M, Higginson IJ. Caring for a person in advanced illness and suffering from breathlessness at home: Threats and resources. *Palliative and Supportive Care* 2009; 7:153–162.
14. Bausewein C, Farquhar M, Booth S, Gysels M, Higginson IJ. Measurement of breathlessness in advanced disease: A systematic review. *Respiratory Medicine* 2007; 101:399–410
15. Farncombe M. Dyspnea: assessment and treatment. *Support Care Cancer* 1997; 5:94-99
16. Heyse-Moore L. Does spirometry predict dyspnoea in advanced cancer? *Palliative Medicine* 2000; 14:189–195
17. Jennings AL, Davies AN, Higgins JPT, Gibbs JSR, Broadley KE. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea [Electronic version]. *Thorax* 2002; 57:939–944.
18. JenningsAL, DaviesAN, Higgins JPT, Anzures-Cabrera J, Broadley KE. Opioids for the palliation of breathlessness in terminal illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue3.
19. Mazzocato C, Buclin T, Rapin CH. The effects of morphine on dyspnea and ventilatory function in elderly patients with advanced cancer: A randomized double-blind controlled trial. *Annals of Oncology* 1999; 10:1511-1514
20. Clemens KE, Klaschik E. Symptomatic therapy of dyspnea with strong opioids and its effect on ventilation in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33(4):473- 481
21. Bengoechea I, Gutierrez SG, Vrotsou K, Onaindia MJ, Lopez MQ. Opioid use at the end of life and survival in a hospital at home unit. *JPM* 2010; 13(9): 079-1083
22. Dalal S, Palat G, Bruera E .Chapter 25 management of dyspnea. In Berger AM, Shuster JL, Von Roenn JH editors. *Principles and practice of palliative care and supportive oncology [electronic resource] 3rded.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007
23. Boyd KJ, Kelly M. Oral morphine as symptomatic treatment of dyspnea in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine* 1997; 11(4):277–281.
24. Poole PJ, Veale AG, Black PN. The effect of sustained-release morphine on breathlessness and quality of life in severe chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 157:1877–1880

25. Abernethy AP, Currow DC, Frith P, Fazekas BS, McHugh A, Bui C. Randomised, double blind, placebo controlled crossover trial of sustained release morphine for the management of refractory dyspnea. *BMJ* 2003; 327:523
26. Thomas S, Bausewein C, Higginson I, Booth S. Breathlessness in cancer patients -Implications, management and challenges. *European Journal of Oncology Nursing* 2010 article in press, doi:10.1016/j.ejon.2010.11.013
27. Cachia E, Ahmedzai SH. Breathlessness in cancer patients. *EJC* 2008; 44:1116 – 1123
28. Navigante AH, Castro MA, Cerchietti L. Midazolam as adjunct therapy to morphine in the alleviation of severe dyspnea perception in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31:38-47
29. Navigante AH, Cerchietti L, Castro MA, Lutteral MA, Cabalar ME . Morphine versus midazolam as up front therapy to control dyspnea perception in cancer patients while its underlying cause is sought or treated. *J Pain Symptom Manage* 2010; 39:820-830.
30. Simon ST, Higginson IJ, Booth S, Harding R, Bausewein C. Benzodiazepines for there life of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue1.
31. Uronis HE, Currow DC, Abernethy AP. Palliative management of refractory dyspnea in COPD. *International Journal of COPD* 2006; 1(3):289–304
32. Uronis HE, Currow DC, McCrory DC, Samsa GP, Abernethy AP. Oxygen for relief of dyspnoea in mildly- or non-hypoxemic patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Cancer* 2008; 98:294–299
33. Cranston JM, Crockett A, Currow D. Oxygen therapy for dyspnoea in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; Issue3
34. Abernethy AP, McDonald CF, Frith PA, Clark K, Herndon II JE, Marcello J et al. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2010; 376:784–93
35. Bruera E, Schoeller T, MacEachern T. Symptomatic benefit of supplemental oxygen in hypoxemic patients with terminal cancer. The use of the N of 1 randomised controlled trial. *J Pain Symptom Management* 1992; 7(6): 365–8
36. Booth S, Wade S. Oxygen or air for palliation of breathlessness in advanced cancer. *J R Soc Med* 2003; 96: 215–218
37. Galbraith S, Fagan P, Perkins P, Lynch A, Booth S. Does the use of a handheld fan improve chronic dyspnea? A randomized, controlled, crossover trial. *J Pain Symptom Management* 2010; 39:831-838.
38. Bausewein C, Booth S, Gysels M, Higginson IJ. Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue2.
39. Vickers AJ, Feinstein MB, Deng GE, Cassileth BR. Acupuncture for dyspnea in advanced cancer: a randomized, placebo-controlled pilot trial. *BMC Palliative Care* 2005, 4:5doi:10.1186/1472-684X-4-5
40. Ngai S, Jones A, Hui-Chan C, Ko F, Hui D. Effect of 4 weeks of Acu-TENS on functional capacity and β -endorphin level in subjects with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial. *Respiratory Physiology & Neurobiology* 2010; 173:29–36
41. Bredin M, Corner J, Krishnasamy M, Plant H, Bailey C, A’Hern R: Multicentre randomised controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung cancer. *BMJ* 1999; 318:901–904
42. Maltais F, Bourbeau J, Shapiro S et al.Effects of home-based pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2008; 149:869–878
43. Gysels MH, Higginson IJ. Self-management for breathlessness in COPD: The role of pulmonary rehabilitation. *Chronic Respiratory Disease* 2009; 6:133–140
44. Gripp S, Moeller S, Bölke E, Schmitt G, Matuschek C, Asgari S et al. Survival Prediction in Terminally Ill Cancer Patients by Clinical Estimates, Laboratory Tests, and Self-Rated Anxiety and Depression. *Journal of Clinical Oncology* 2007; 25(22):3313-3320
45. Glarea P, Sinclair C, Downing M, Stoneg P, Maltoni M, Viganoi A. Predicting survival in patients with advanced disease. *EJC* 2008; 44:1146- 1156
46. Ripamonti CI, Farina G, Garassino MC. Predictive models in palliative care. *Cancer* 2009; 115(S13):3128-3134

The Metabolic syndrome กับเวชศาสตร์ครอบครัว

ศ.นพ.เทพ หิมะทองคำ
นพ.เอกลักษณ์ วโนทยาโรจน์

อายุรแพทย์โรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม ศูนย์โรคเบาหวานและไทรอยด์ โรงพยาบาลเทพธารินทร์

โรคอ้วนลงพุงหรือ Metabolic syndrome เป็นกลุ่มความผิดปกติของปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่สำคัญในการเกิดโรคเบาหวานและโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ได้แก่ ความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์และเอชดีแอล คอเลสเตอรอล (HDL-C) และภาวะอ้วนลงพุงซึ่งวัดโดยใช้เกณฑ์เส้นรอบเอว เนื่องจากผู้ที่มี Metabolic syndrome จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งในปัจจุบันเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทั่วโลก และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ดังนั้นการวินิจฉัยโรค Metabolic syndrome และให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้ จึงเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดีให้แก่ผู้ป่วยได้

ประวัติความเป็นมา

ในอดีตข้อมูลทางการแพทย์พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของโรคหัวใจและหลอดเลือดมานาน แต่ยังไม่มีการอธิบายที่แน่ชัด จนกระทั่งปีพ.ศ. 2531 นายแพทย์ Gerald Reaven¹ ได้เป็นผู้ตั้งสมมติฐานว่ากลุ่มความผิดปกติของปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกันโดยมีสาเหตุร่วมกันจากภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance) และตั้งชื่อกลุ่มอาการนี้ว่า Syndrome X ต่อมา ในภายหลังมีองค์กรต่าง ๆ ได้ศึกษาข้อมูลกลุ่มปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้และมีชื่อเรียกพ้องที่แตกต่างกัน เช่น Deadly Quartet, Insulin resistance syndrome ต่อมาจึงเป็นที่ยอมรับให้เรียกกลุ่มอาการนี้ว่า Metabolic syndrome ในที่สุด ส่วนในประเทศไทย ให้เรียกกลุ่มอาการนี้ว่า โรคอ้วนลงพุง เพื่อให้เข้าใจง่ายและสามารถอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจได้อย่างสะดวก

คำจำกัดความและเกณฑ์ในการวินิจฉัย

เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรค Metabolic syndrome ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงทั้ง 5 ข้อ ได้แก่ ความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์และเอชดีแอลคอเลสเตอรอล (HDL-C) และภาวะอ้วนลงพุง โรค Metabolic syndrome นี้หลังจากเริ่มมีการศึกษาก็มีเกณฑ์ในการวินิจฉัยจากองค์กรและสมาคมวิชาชีพต่าง ๆ ซึ่งแตกต่างกันมากมาย เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี พ.ศ. 2542², European Group for the Study of Insulin Resistance (EGIR) ในปี พ.ศ. 2542, National Cholesterol Educational Program for Adult Treatment Panel III (NCEP ATPIII) ในปี พ.ศ. 2544³⁻⁴ และ American College of Endocrinology (ACE) ในปี พ.ศ. 2545 เป็นต้น ทำให้ในอดีตเกิดความสับสนในการวินิจฉัยโรคนี้ไม่น้อย อย่างไรก็ตามเกณฑ์ที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดคือ NCEP ATPIII

โดยเกณฑ์ในการวินิจฉัย Metabolic syndrome ของ NCEP ATPIII จะต้องมีความผิดปกติอย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อต่อไปนี้ ได้แก่

1. อ้วนลงพุงโดยเส้นรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 102 ซม. หรือ 40 นิ้วในผู้ชายหรือมากกว่าหรือเท่ากับ 88 ซม.หรือ 35 นิ้วในผู้หญิง
2. ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ≥ 150 มก./ดล.
3. ระดับไขมันเอชดีแอล คอเลสเตอรอลในเลือด ≤ 40 มก./ดล.ในผู้ชาย หรือ ≤ 50 มก./ดล.ในผู้หญิง
4. ความดันโลหิต $\geq 130/85$ มม.ปรอท หรือกำลังรับประทานยาลดความดันโลหิตอยู่
5. ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ≤ 110 มก./ดล.

ปัญหาของเกณฑ์จาก NCEP ATPIII คือเกณฑ์ของเส้นรอบเอวที่ใช้ตามข้อมูลของคนเชื้อชาติตะวันตกซึ่งข้อมูลของคนเอเชียพบว่า ขนาดเส้นรอบเอวที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนนั้นต่ำกว่าคนเชื้อชาติตะวันตก นอกจากนั้นลักษณะความอ้วนของคนเอเชียก็แตกต่างจากคนเชื้อชาติตะวันตก โดยคนเอเชียมีอ้วนลงพุง มีการสะสมไขมันที่หน้าท้องมากกว่าที่ได้ผิวหนัง ส่วนคนเชื้อชาติตะวันตกจะอ้วนทั้งตัว ไขมันกระจายทั่วร่างกาย ซึ่งไขมันที่พุงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนมากกว่าไขมันที่ได้ผิวหนัง สำหรับเกณฑ์ของเส้นรอบเอวในคนไทยใช้เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 90 ซม.หรือ 36 นิ้วในผู้ชาย และมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ซม.หรือ 32 นิ้วในผู้หญิง

ต่อมาในปี พ.ศ. 2548 จึงได้มีเกณฑ์ในการวินิจฉัย Metabolic syndrome เพิ่มขึ้นใหม่อีก 2 เกณฑ์คือ เกณฑ์ของ International Diabetes Federation (IDF)⁵⁻⁶ และ เกณฑ์ของ American Heart Association (AHA) ร่วมกับ National Heart Lung and Blood Institutes (NHLBI)⁷ ของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเกณฑ์ของ IDF กำหนดให้ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทุกรายต้องมีภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งใช้เกณฑ์ที่ต่างกันตามแต่ละเชื้อชาติ โดยในประเทศไทยใช้เกณฑ์เส้นรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 ซม. หรือ 36 นิ้วในผู้ชายหรือมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ซม.หรือ 32 นิ้วในผู้หญิง ร่วมกับพบมีปัจจัยเสี่ยงอื่นอีกอย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ≥ 150 มก./ดล.
2. ระดับไขมันเอชดีแอล คอเลสเตอรอลในเลือด ≤ 40 มก./ดล.ในผู้ชาย หรือ ≤ 50 มก./ดล.ในผู้หญิง
3. ความดันโลหิต $\geq 130/85$ มม.ปรอท หรือกำลังรับประทานยาลดความดันโลหิตอยู่
4. ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ≥ 100 มก./ดล.

ข้อแตกต่างจากเกณฑ์ของ NCEP ATPIII ที่สำคัญอีกประการคือ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ซึ่งปรับลดลงเหลือ ≥ 100 มก./ดล.ตามเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะ impaired fasting glucose (IFG) เกณฑ์ของ IDF ได้รับความนิยมนำมาใช้เนื่องจากใช้ค่าเส้นรอบเอวตามแต่ละเชื้อชาติและเป็นที่มาของการเรียกกลุ่มโรคนี้ในภาษาไทยว่าโรคอ้วนลงพุงอีกด้วย

จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2552 องค์กรต่าง ๆ ได้มีมติร่วมกันให้ใช้เกณฑ์วินิจฉัยเดียวกัน เพื่อใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลกโดยเรียกว่า “Harmonizing the Metabolic syndrome” โดยความร่วมมือระหว่าง International Diabetes Federation (IDF), National Heart Lung and Blood Institutes (NHLBI), American Heart Association (AHA), World Heart Federation, International Atherosclerosis Society และ International Association for the Study of Obesity⁸ ซึ่งเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคจะต้องมีความผิดปกติอย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อต่อไปนี้ ได้แก่

1. อ้วนลงพุงโดยเส้นรอบเอวซึ่งแตกต่างกันตามข้อมูลของแต่ละเชื้อชาติหรือประเทศ ในประเทศไทยใช้เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 90 ซม. หรือ 36 นิ้วในผู้ชายหรือมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ซม.หรือ 32 นิ้วในผู้หญิง
2. ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ≥ 150 มก./ดล.*
3. ระดับไขมันเอชดีแอล คอเลสเตอรอลในเลือด ≤ 40 มก./ดล.ในผู้ชาย หรือ ≤ 50 มก./ดล.ในผู้หญิง*
4. ความดันโลหิต $\geq 130/85$ มม.ปรอท*
5. ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ≥ 100 มก./ดล.*

* หากผู้ป่วยได้รับยาที่รักษาความผิดปกตินั้นอยู่แล้วสามารถนับเข้าเกณฑ์ได้

ระบาดวิทยาของโรค

ความชุกของโรคนี้แตกต่างกันไปตามอายุ เพศ และเชื้อชาติ ข้อมูลความชุกของกลุ่มโรคนี้ในประเทศไทยจากการศึกษา Interasia โดยศึกษาในประชากรไทยทั่วประเทศที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปจำนวน 5,091 ราย พบความชุกร้อยละ 21.9 จากเกณฑ์ของ NCEP ATPIII แต่ถ้าใช้เกณฑ์เส้นรอบเอวของคนเอเชียแทนใน NCEP ATPIII จะพบความชุกเพิ่มเป็นร้อยละ 29.3 เนื่องจากพบความชุกของเส้นรอบเอวของประชากรไทย

มากกว่าเกณฑ์ของ NCEP เพียงร้อยละ 14.2 แต่จะเพิ่มเป็นร้อยละ 35.8 ถ้าใช้เกณฑ์ของเส้นรอบเอวในคนเอเชีย และพบความชุกของโรคในเพศหญิงมากกว่าเพศชายโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

แนวทางการตรวจคัดกรองเพื่อวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยกลุ่มโรคนี้มีวัตถุประสงค์หลักคือ การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคนี้ส่วนใหญ่เป็นประชากรทั่วไปที่มีสุขภาพดี ยังไม่มีอาการเจ็บป่วยแต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและโรคหัวใจและหลอดเลือด แนวทางการดูแลรักษาโรคนี้จึงเริ่มตั้งแต่การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงโดยวิธีที่ง่ายและสะดวกที่สุดคือการวัดเส้นรอบเอวโดยการวัดรอบเอวที่ถูกต้องมีวิธีวัดดังต่อไปนี้

- ใช้สายวัดมาตรฐาน
- วัดในท่ายืน
- วัดที่ตำแหน่งจุดกึ่งกลางระหว่างชายโครงกับกระดูกเชิงกรานส่วนบน
- วัดขณะที่หายใจออกเต็มที
- อย่าให้สายรัดแน่นเกินไป

เมื่อตรวจคัดกรองแล้วพบว่าเส้นรอบเอวเกิน ควรตรวจวัดระดับความดันโลหิตและตรวจเลือดวัดระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดเพิ่มเติม และประเมินตามเกณฑ์หากพบความผิดปกติอย่างน้อย 3 ข้อขึ้นไป ก็สามารถให้การวินิจฉัยโรคนี้ได้ การตรวจคัดกรองให้มีการตรวจวัดเส้นรอบเอวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยง ปัจจุบันจึงแนะนำให้วัดเส้นรอบเอวผู้ป่วยทุกรายเช่นเดียวกับการวัดน้ำหนัก ส่วนสูงและสัญญาณชีพ นอกจากนั้นในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานหรือโรคแทรกซ้อนควรแนะนำให้ญาติมาตรวจสุขภาพด้วยเนื่องจากมีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน

ในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงหรือไขมันในเลือดผิดปกติแล้ว จำเป็นต้องตรวจวัดเส้นรอบเอวและระดับน้ำตาลในเลือดด้วย เพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานและโรคหัวใจและหลอดเลือด หากผู้ป่วยยังมีปัจจัยเสี่ยงที่มีผิดปกติหลายข้อ จะยิ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นด้วย

โรค Metabolic syndrome สามารถใช้เพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เป็นอย่างดี แต่สำหรับการตรวจคัดกรองประชากรทั่วไปเพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานโดยเฉพาะนั้น ในปัจจุบันนอกจากการวินิจฉัยโรค Metabolic syndrome แล้ว ยังสามารถตรวจคัดกรองด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพได้อีกหลายวิธี เช่น การประเมินความเสี่ยงโดยใช้แบบประเมิน Diabetes Risk Score ซึ่งเป็นการศึกษาจากข้อมูลของประชากรไทยโดย รศ.นพ.วิชัย เอกพลกร และคณะ ซึ่งสามารถประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานได้โดยไม่ต้องตรวจเลือด สำหรับการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพสูงคือการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร (postprandial plasma glucose, PPG) เนื่องจากกลไกการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากภาวะดื้ออินซูลิน ซึ่งในระยะแรกมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเฉพาะในช่วงหลังอาหารก่อน ระยะเวลาต่อมาเกิดภาวะดื้ออินซูลินอยู่นานจนระดับอินซูลินในเลือดไม่เพียงพอ จึงเริ่มเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงขณะอดอาหารสูงขึ้นในภายหลัง ดังนั้นหากต้องการวินิจฉัยโรคเบาหวานตั้งแต่ในระยะแรก ควรตรวจคัดกรองผู้ป่วยด้วยการวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร ซึ่งทำได้หลายวิธี การตรวจ Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) เป็นการตรวจมาตรฐานสำหรับวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร แต่เป็นการตรวจที่มีหลายขั้นตอนและต้องใช้เวลาานาน จึงไม่เหมาะสำหรับนำมาใช้ในการตรวจคัดกรองเบื้องต้นในประชากรทั่วไป ปัจจุบันวิธีตรวจเลือดเพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน จึงแนะนำให้ตรวจเลือดผู้ป่วยแบบสุ่มโดยไม่ต้องอดอาหาร (random plasma glucose, RPG) ซึ่งเป็นการตรวจที่ทำได้สะดวก สามารถทำได้ทุกเวลาโดยผู้ป่วยไม่ต้องอดอาหาร และเป็นการตรวจที่มีความไวและความจำเพาะสูงดังแสดงในตารางที่ 1 โดยหากใช้เกณฑ์ตั้งแต่ 140 มก./ดล.ขึ้นไปพบว่า มีความไวร้อยละ 55 และมีความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 92 หากการตรวจคัดกรองได้ผลบวกจึงค่อยแนะนำให้ผู้ป่วยตรวจเพิ่มเติมด้วยการทำ OGTT ต่อไป ด้วยวิธีการเช่นนี้ทำให้สามารถตรวจคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างแพร่หลาย เพราะเริ่มจากการคัดกรองที่ทำได้ง่าย ได้แก่ การตรวจวัดเส้นรอบเอว ความดันโลหิตและประเมินความเสี่ยงด้วย Diabetes risk score ซึ่งทำได้ทันทีโดยไม่ต้องเจาะเลือด จากนั้นให้พิจารณาตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยไม่ต้องอดอาหาร (RPG) ในรายที่มีความเสี่ยง หากผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสูงตั้งแต่ 140 มก./ดล.ขึ้นไปก็ให้ส่งตรวจยืนยันด้วยการตรวจ OGTT ต่อไป สรุปลักษณะในการคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

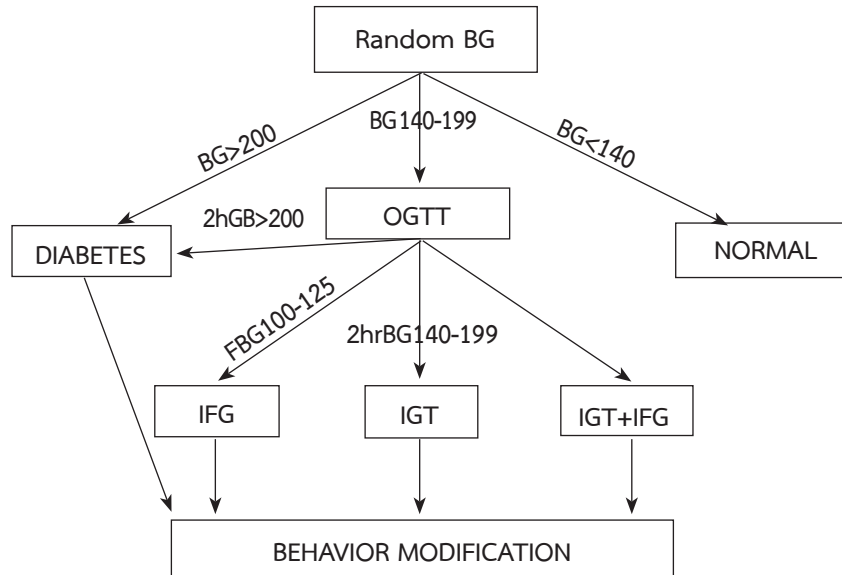
ตารางที่ 1 แสดงความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ของการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานด้วยการตรวจน้ำตาลโดยไม่ต้องอดอาหาร (random plasma glucose)

Random Plasma glucose as a Screening test

Random Plasma glucose (mg/dl)	Sensitivity (%)	Specificity (%)
≥ 110	84	65
≥ 120	76	77
≥ 130	63	87
≥ 140	55	92
≥ 150	50	95
≥ 160	44	96
≥ 170	42	97
≥ 180	39	98

แผนภูมิ 1 แนวทางการตรวจคัดกรองผู้ป่วยสำหรับการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

แผนภูมิการคัดกรองเบาหวานโดย Random Blood Glucose



แนวทางการดูแลรักษาโรค

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค Metabolic syndrome มีหัวใจสำคัญคือการรักษาปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในแต่ละข้อ ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคเบาหวานและโรคหัวใจและหลอดเลือด การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต (lifestyle modification) เป็นแก่นของการรักษา ซึ่งสามารถลดภาวะดื้ออินซูลินและสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้ การรักษาที่สำคัญ ได้แก่ การให้โภชนบำบัดเพื่อควบคุมอาหารและลดน้ำหนัก การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ซึ่งต้องใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแลผู้ป่วย เช่น นักกำหนดอาหาร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เป็นต้น การรักษายังต้องมีการวางแผน กำหนดเป้าหมายและประเมินผลเป็นระยะ ๆ การควบคุมอาหารแนะนำให้ผู้ป่วยจัดบันทึกการรับประทานอาหารร่วมด้วย การลดอาหารเพื่อลดน้ำหนักที่ได้ผลดีในระยะยาวคือการลดพลังงานจากอาหารที่ควรได้รับประมาณวันละ 500-1,000 แคลอรี โดยเป้าหมายที่เหมาะสมในการลดน้ำหนักคือการลดน้ำหนักลงร้อยละ 5-10 ภายในเวลา 6-12 เดือน ซึ่งมีข้อมูลการศึกษาพบว่า ทำให้ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลง และระดับเอชดีแอล

คอเลสเตอรอลเพิ่มขึ้นได้ สำหรับการออกกำลังกายนอกจากจะมีผลดีต่อการลดน้ำหนักตัวแล้ว ยังพบว่าทำให้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้นด้วย การออกกำลังกายควรทำทุกวันอย่างน้อยวันละ 30 นาทีด้วยความแรงของการออกกำลังกายที่เหมาะสม (moderate intensity) เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำ โยคะ เป็นต้น โดยเลือกตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Metabolic syndrome ยังไม่มีความผิดปกติที่ถึงเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรค เช่น ความดันโลหิตสูง หรือไขมันในเลือดผิดปกติ ดังนั้นการรักษาด้วยยาจึงไม่จำเป็นในผู้ป่วยทุกราย โดยแนะนำให้แพทย์ประเมินและรักษาปัจจัยเสี่ยงในแต่ละข้อตามความเหมาะสม โดยพิจารณาตามปัจจัยเสี่ยงแต่ละโรค หากผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงหลังจากปรับวิถีชีวิตแล้ว ยังไม่ได้ผล แนะนำให้ใช้ยา metformin ก่อน เนื่องจากยาออกฤทธิ์ลดการดูดซึมของอินซูลิน สำหรับโรคความดันโลหิตสูงแนะนำให้ใช้ยาในกลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI) หรือ Angiotensin Receptor Blockade (ARB) ก่อนเนื่องจากยาในกลุ่มนี้มีผลลดการกระตุ้นระบบเรนินและแองจิโอเทนซิน และเมื่อเปรียบเทียบกับยาลดความดันโลหิตกลุ่มอื่นพบว่า ยาในกลุ่มนี้สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานได้ สำหรับผู้ป่วยที่

มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติแนะนำให้ปฏิบัติตามแนวทางของ NCEP ATPIII ซึ่งประเมินความเสี่ยงตามโอกาสในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ยาที่สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้คือยาในกลุ่ม statin ยกเว้นในรายที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงมากตั้งแต่ 400 มก./ดล.ขึ้นไปให้พิจารณาใช้ยาในกลุ่ม fibrates เพื่อป้องกันการเกิดโรคตับอ่อนอักเสบจากระดับไตรกลีเซอไรด์ที่สูงมาก

บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต่อการดูแลรักษาโรค Metabolic syndrome

Metabolic Syndrome เป็นเหมือนสภาวะซึ่งชี้บ่งความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือด ยังไม่มีอาการ จึงเป็นสภาวะของร่างกายที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการกินและการออกกำลังกาย เป็นสภาวะ

ที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องเป็นด่านแรกในการค้นหาความเสี่ยงนี้และเป็นผู้ที่แนะนำการปฏิบัติตนร่วมกับกับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักกำหนดอาหาร และผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน หน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว คือป้องกันการเกิดเบาหวานในคนกลุ่มนี้

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลผู้ป่วยและญาติเสมือนคนในครอบครัว โดยเป็นเหมือนแพทย์ประจำตัวของทุกคนในครอบครัว ดังนั้นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจึงเป็นแกนหลักในการดูแลรักษาทั้งผู้ป่วยและญาติในทุกขั้นตอนตั้งแต่เริ่มตรวจคัดกรองเพื่อประเมินความเสี่ยง และส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อยืนยันการวินิจฉัย รวมทั้งให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งการได้รับความร่วมมือ ความเข้าใจและกำลังใจจากครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสุข ไม่เครียด และสามารถถามคำถามหรือปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งเป็นแพทย์ประจำตัวได้ตลอดเวลา

เอกสารอ้างอิง

1. Reaven GM. Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes*. 1988; 37:1595-607.
2. Alberti KG, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med*. 1998; 15:539-553.
3. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001; 285:2486-97.
4. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation*. 2002; 106:3143-421.
5. International Diabetes Federation. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. Available at: http://www.idf.org/webdata/docs/IDF_Metasyndrome_definition.pdf Accessed October 4, 2005.
6. Alberti KGMM, Zimmet P, Shaw J. The metabolic syndrome -- a new worldwide definition. *Lancet*. 2005; 366: 1059-1062.
7. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, et al. Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome. An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. Executive Summary. *Circulation*. 2005; [Epub ahead of print].
8. Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet P, et al. Harmonizing the Metabolic Syndrome. A Joint Interim Statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*. 2009; 120:1640-1645.

การติดตามเยี่ยมบ้าน หลังจากออกจากโรงพยาบาล 14 วัน

พญ. รุณิดา สมทน
แพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลหาดใหญ่

หญิงไทยคู่ อายุ 35 ปี ไม่ประกอบอาชีพ ศาสนาอิสลาม สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
อาการสำคัญ : เหนื่อยและมีเสมหะมากหลังเจาะคอ (ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล 14 วัน)

ประวัติปัจจุบัน

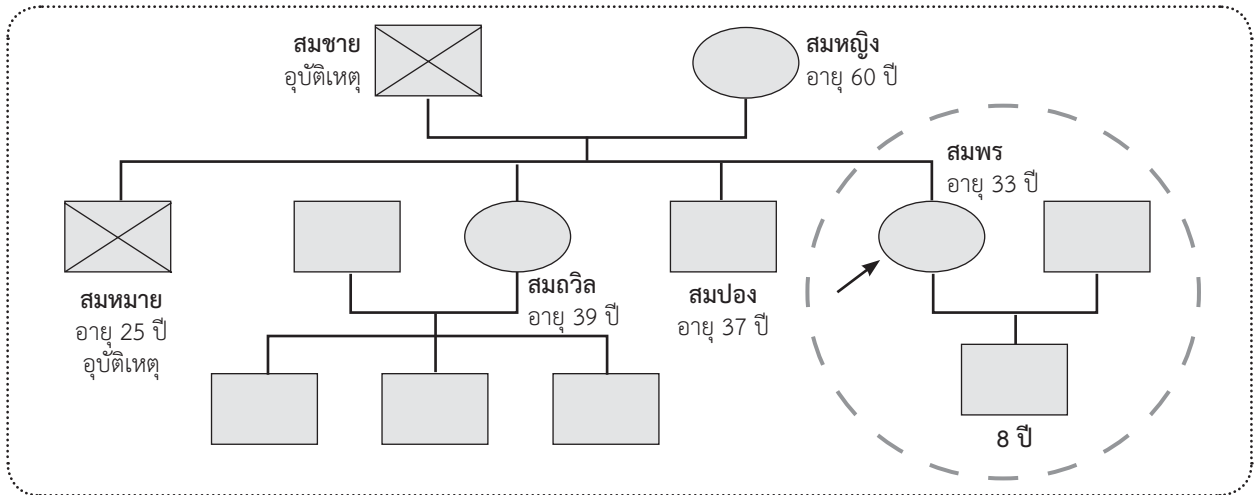
ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV เมื่อ 9 ปีก่อนมาโรงพยาบาลทราบผลเมื่อไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลและเคยได้รับประทานยาต้านไวรัสตั้งแต่ฝากครรภ์จนคลอด หลังคลอดได้รับการทำหมันแต่ยังปกปิดสามีเรื่องความเจ็บป่วยและมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัย หลังคลอดบุตรไม่ได้รักษาต่อเนื่อง

9 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเดิมด้วยปอดอักเสบแพทย์วินิจฉัยเป็น pneumocystis carinii pneumonia (PCP) หลังออกจากโรงพยาบาลอาการเหนื่อยหอบแต่ไม่ได้รักษาต่อเนื่อง

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เสียงแหบ พูดไม่ค่อยได้ยินเสียง ไอและเหนื่อยมากขึ้น เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง แพทย์วินิจฉัยเป็น supraglottitis with upper airway obstruction, pneumonia, TB lymph node with hilar lymphadenopathy ตรวจระดับ CD4 ได้ 195 เซลล์/ลบ.มม. แพทย์รักษาโดยการเจาะคอ (tracheotomy) และเริ่มให้ยาต้านวัณโรค IRZE และยาต้านไวรัส Lastavir 1 เม็ดทุก 12 ชั่วโมงร่วมกับ Efavirenze (600) 1 เม็ดก่อนนอน หลังออกจากโรงพยาบาลอาการเหนื่อยลดลงแต่ยังมีเสมหะมาก ผู้ป่วยยืมเครื่องดูดเสมหะจากโรงพยาบาลกลับไปใช้ที่บ้าน หอผู้ป่วยอายุรกรรมจึงประสานงานทีมเวชปฏิบัติครอบครัวติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ประวัติส่วนตัว

ภูมิลำเนาเดิมอยู่จังหวัดอุบลราชธานี เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีพี่น้อง 4 คน เป็นบุตรคนสุดท้อง นับถือศาสนาพุทธ ตอนอายุ 17 ปีมาทำงานเป็นพนักงานเสิร์ฟร้านอาหารเบตง แต่งงานตอนอายุ 19 ปี หลังแต่งงานได้เปลี่ยนมานับถือศาสนาอิสลามตามสามี และย้ายมาหาดใหญ่ช่วยสามีขายโรตี่ ตอนตั้งครรภ์ได้ตรวจพบว่าติดเชื้อ HIV ปกปิดไม่บอกสามี กลัวสามีจะทราบไม่ต้องการรู้ฟ้นกลัวว่าจะมีการกล่าวโทษกันว่าใครเป็นสาเหตุ ไม่อยากให้ครอบครัวแตกแยก จึงเก็บงำไว้เพียงคนเดียว หลังทราบว่าตั้งครรภ์และติดเชื้อ HIV จึงกินยาต้านไวรัสจนกระทั่งคลอดและพาบุตรไปตรวจตามนัดและเจาะเลือดต่อเนื่องหลังคลอดเพราะไม่ต้องการให้บุตรติดเชื้อ HIV จากตน เครียดกังวลว่าสมาชิกในครอบครัวจะรู้ความจริง เวลาผู้ป่วยไม่สบายมักไปซื้อยารับประทานเอง หรือไปพบแพทย์ที่คลินิก



ภาพที่ 1 Genogram แสดงครอบครัวของผู้ป่วยกรณีศึกษา (ชื่อที่ใช้เป็นนามสมมติเพื่อรักษาสิทธิของผู้ป่วย)

ประวัติครอบครัว

สามีนับถือศาสนาอิสลาม เป็นคนต่างด้าวอาศัยบริเวณชายแดนไทยพม่าใกล้จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ย้ายตามบิดามารดามาอยู่ จ.ประจวบฯ ตั้งแต่อายุ 10 ปี แต่งงานกับผู้ป่วยมา 15 ปี รักภรรยาและบุตรมาก ไม่เคยนอกใจภรรยา เพิ่งทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ HIV จากแพทย์ ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ครั้งล่าสุด ไม่โกรธภรรยาที่ปกปิดข้อมูล ไม่คิดว่าตนเองจะติดเชื้อ HIV จากภรรยา คิดว่าตัวเองไม่เป็นโรคเอดส์ เพราะสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่เคยเจ็บป่วย หลังทราบว่าภรรยาติดเชื้อมีเพศสัมพันธ์กับภรรยา ปัจจุบันประกอบอาชีพขายโรตี่ รายได้ดี เฉลี่ยขายได้วันละ 1,000 บาท ภรรยาจะคอยช่วยเหลือหาซื้อและจัดของเตรียมให้สามี ครอบครัวมีความสุข

บุตรชายอายุ 9 ขวบ คลอดปกติแข็งแรงดี เคยตรวจหลังคลอดไม่พบการติดเชื้อ HIV บิดาส่งบุตรชายให้เรียนที่โรงเรียนสอนศาสนาซึ่งต้องเดินทางด้วยรถรับส่งนักเรียนหลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มไม่สบายเข้าโรงพยาบาล บุตรชายเริ่มเกเร ไม่ทำการบ้าน ไม่ส่งงาน ชอบไปเล่นเกมที่ร้าน ผลสอบปลายภาคที่ผ่านมาสอบตกซ้ำชั้น

มารดาผู้ป่วยเดินทางจากอุบลราชธานีมาเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยช่วงที่ผู้ป่วยไม่สบาย กังวลเรื่องความเจ็บป่วยของบุตรสาว ไม่ทราบว่าบุตรสาวเป็นอะไร

ตรวจร่างกาย

A Thai woman, cachexia, good consciousness, weight 35 Kg

Vital signs: BP 104/77 mmHg, PR 109/min, RR 25/min

HEENT: not pale, no icteric sclera, oral thrush positive, on tracheostomy

Lymph node: right supraclavicular LN was palpated

Heart: regular rhythm, normal s1s2, no murmur

Lung: crepitation both LLL and RLL, equal breath sound in both lung, trachea in midline

Abdomen: normal bowel sound, soft, no point of tenderness, no mass, no hepatosplenomegaly

Extremities: pruritic papular eruption both legs, no pitting edema

Understand disease and illness

Disease

- การติดเชื้อของผู้ป่วยอยู่ใน advanced-stage จำนวน CD4+lymphocyte 50-200 เซลล์/ลบ.มม. มีระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องทำให้ติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อน ได้แก่ PCP และ Tuberculosis และโรคของผู้ป่วยเป็นโรคติดต่อที่อันตรายต่อสมาชิกในครอบครัว
- การมี Tracheostomy tube กลับบ้านทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีทักษะในการดูแลทางเดินหายใจด้วย
- แพทย์ละเมิดสิทธิ Autonomy ของผู้ป่วย โดยการแจ้งผลการติดเชื้อ HIV แก่สามีเพราะต้องการให้สามีมาตรวจคัดกรองการติดเชื้อ HIV และต้องการให้สามีหาวิธีป้องกันการติดเชื้อ การแจ้งข่าวร้ายโดยผู้ป่วยไม่ยินยอมและขาดทักษะย่อมมีผลกระทบในด้านความสัมพันธ์และความเครียดเกิดขึ้นในครอบครัว สามีมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อโดยไม่ได้สื่อสารกันในครอบครัว

Illness

- Idea : คิดว่าตนเองเป็นโรคที่สามีหรือสังคมน่าจะรังเกียจไม่อยากให้ใครทราบ
- Feeling : เครียดแต่ทำใจยอมรับ เนื่องจากรู้ตัวว่าเป็นมานานถึง 10 ปี และไม่ได้รับการต่อเนือง
- Function : ช่วงที่ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
- Expectation : อยากให้สามีเข้าใจและไม่รังเกียจ อยากให้อาการดีขึ้น อยากอยู่กับบุตร

Family assessment

Family life cycle : ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยของโรคเอดส์ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และยังมีบุตรในวัยเรียน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ควรมีร่างกายแข็งแรง ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่มารดาได้สมบูรณ์จึงพยายามตามใจบุตร เครียดว่าบุตรเกรงและสออตกเพราะไม่ได้ดูแลบุตรเต็มที่ กังวลอนาคตของบุตรชายหากตนเองเสียชีวิต

Family role selection : สามีมีหน้าที่หลายบทบาทในขณะเดียวกัน ได้แก่ เป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วย (care giver) เป็นผู้ต้องหาเลี้ยงครอบครัว (breadwinner) รวมทั้งต้องทำหน้าที่ของสามีที่จะมอบความรักและความไว้วางใจให้กับภรรยา (husband role) ในขณะเดียวกันก็ต้องทำหน้าที่ในบทบาทของบิดาที่ต้องเลี้ยงดูบุตรในระยวัยเด็กเล็ก การมีบทบาทหลาย ๆ ด้านพร้อมกันหากไม่สามารถจัดการให้เกิดความสมดุลกันได้จะทำให้บทบาทบางด้านนั้นทำได้ไม่สมบูรณ์ เช่น การที่สามีต้องใช้เวลาส่วนใหญ่มอบให้กับภรรยา จะทำให้ไม่มีเวลาให้กับบุตร ทำให้การเรียนตกต่ำลงและหันไปติดเกมส์

Family process : หลังจากผู้ป่วยทราบข่าวร้ายว่าติดเชื้อเอดส์ รู้สึกเครียดและมีความกังวลมากกว่าบุคคลในครอบครัวจะรู้ โดยเฉพาะสามี กลัวการกล่าวโทษ กลัวความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่เหมือนเดิม จึงพยายามเก็บงำความลับกับตัวเองทำให้ขาดการรักษาต่อเนื่องและสามีเกิดความเสีงต่อการติดเชื้อเอดส์เพราะผู้ป่วยยังคงมีเพศสัมพันธ์กับสามีโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย เนื่องจากต้องการทำหน้าที่ภรรยาให้สมบูรณ์และไม่ต้องการให้สามีรู้ว่าตัวเองติดเชื้อ

Family risk of disease : สมาชิกในครอบครัวมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคและเอชไอวี อุปสรรคที่จะทำการตรวจคัดกรองการติดเชื้อในครอบครัวในระยะเวลาสั้น เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่ต้องการให้คนอื่นรู้หรือสงสัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร นอกจากนี้สามีมีบัตรผู้ประกันตนต่างตัวที่โรงพยาบาลชุมชนในต่างจังหวัดทำให้มีปัญหาเรื่องภาระค่าใช้จ่ายในอนาคตหากคัดกรองแล้วต้องมีการรักษาต่อเนื่อง

สรุปปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม

Individual problems:	Family problems:	Community problems:
1. AIDS	1. Family of childhood	1. No health coverage for husband and son.
2. TB Hilar lymphadenopathy with Supraglottitis induce upper airway obstruction s/p tracheostomy	2. Family stress of an incurable disease and child's school problems.	2. Having a nasty social disease
3. Poor adherence to an appointment	3. Family risk of HIV and TB infection	

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยการดูแลสุขภาพที่บ้าน

แนะนำตัว ประเมินความเข้าใจและเสริมกำลังใจ : อธิบายเรื่องแผนการเยี่ยมบ้านของทีมเพื่อมาตรวจติดตามการรักษา และประเมินเรื่องการรับประทานยา ไม่ได้มาแจ้งเรื่องความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแก่มารดาหรือคนอื่นในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยลดความกังวลและให้ความไว้วางใจแก่ทีม พุดคุยสอบถามเรื่องความกังวลใจของผู้ป่วย สามี เป็นที่ปรึกษาและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

แนะนำพยากรณ์โรค : ชี้ให้เห็นว่าการติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบัน สังคมยอมรับมากขึ้น มีการรักษาที่ดีขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีชีวิตได้ยืนยาวแต่จำเป็นต้องรับประทานยาต้านไวรัสและยาวัณโรคต่อเนื่อง ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ค้นหาอุปสรรคที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา

ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค : สอบถามความเข้าใจของสามีเรื่องการติดเชื้อ ความต้องการเรื่องการเจาะเลือด ใ้มน้ำมาให้ตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาการติดเชื้อ ให้ความรู้แก่สามีและผู้ป่วยเพื่อหาวิธีป้องกันการติดต่อ การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัย และทีมเยี่ยมบ้านประสานงานเพื่อให้สามีได้ใช้สิทธิในการรักษาในโรงพยาบาลได้ เรื่องวัณโรคแนะนำให้ดูตมทะเลบริเวณที่มีอากาศถ่ายและเป็นส่วนตัวจัดบ้านให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก ให้แสงแดดส่องถึง สุขอนามัยทั่วไปแนะนำเรื่องการล้างมือ การล้างทำความสะอาดขวดบรรจุเสมหะ และการใช้ช้อนกลางในการตักกับข้าวรับประทานอาหาร

ผลการติดตามการเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสและยาต้านวัณโรคต่อเนื่อง หลังรับประทานยาประมาณ 2 เดือนอาการเหนื่อยหอบลดลง เริ่มมีเพศสัมพันธ์อาทิตย์ละ 2-3 ครั้ง โดยสามีสวมถุงยางอนามัย ผู้ป่วยได้ถอดท่อ Jackson tube ในที่สุดและรู้สึกโล่งใจหลังสามีทราบว่าตัวเองติดเชื้อและไม่รังเกียจและยังคงดูแลอย่างดี เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจหรือปัญหาความเจ็บป่วยของตนก็จะปรึกษามีสามียินยอมไปเจาะเลือดโดยสามีจะนำบุตรไปตรวจคัดกรองวัณโรคด้วย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังไม่พร้อมจะบอกมารดา

ครอบครัวตัดสินใจย้ายบุตรชายมาเรียนโรงเรียนแห่งใหม่ใกล้บ้านสามารถเดินไปรับส่งได้ สามีซื้อคอมพิวเตอร์ติดตั้งบ้านเพื่อให้บุตรชายเล่นและไม่ต้องไปร้านเกมส์

ผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของผู้ป่วยจากสูติรีแพथพบ Low grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) HPV change, CIN I ขณะนี้รอรับการรักษาต่อเนื่อง

บทสรุป

เอดส์ยังคงเป็นโรคที่ทำนาย แพทย์จำเป็นต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว แม้ว่าสังคมจะเปิดใจยอมรับกับโรคที่เป็นมากขึ้น แต่ผู้ป่วยหลายคนไม่ได้คิดเช่นนั้นและยังคิดว่าเป็นโรคร้ายแรง ยอมรับไม่ได้ จึงเป็นความยากสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการรักษา แพทย์อาจคิดว่าผู้ป่วยเป็นคนไข้ที่ดูแลยาก เป็นภัยต่อสังคม และมีอคติที่จะรักษาผู้ป่วย และอาจจะละเมิดสิทธิของผู้ป่วยโดยการแจ้งข้อมูลความเจ็บป่วยกับญาติโดยผู้ป่วยไม่ยินยอม ซึ่งการแจ้งข้อมูลกับญาติโดยเฉพาะเรื่องการติดเชื้อเอดส์แก่คู่ครองโดยผู้ป่วยไม่ยินยอมยังเป็นประเด็นที่โต้แย้งกันอยู่ เนื่องจากหากไม่บอกความจริงคู่ครองก็มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ แต่หากบอกความจริงก็ละเมิดสิทธิของผู้ป่วย และละเมิดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 7 การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจึงน่าจะเป็นทางออกที่ดีที่จะทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจและยินยอมให้แจ้งข้อมูลกับญาติ

การดูแลระยะกึ่งเฉียบพลัน ด้วยสหวิชาชีพ

นพ.สิริชัย นามทรศนีย์

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

การดูแลระยะกึ่งเฉียบพลัน (intermediate care) เป็นที่เข้าใจกันโดยทั่วไปว่า หมายถึงการดูแลระหว่าง (in between) การดูแลระยะเฉียบพลัน (acute care)¹ และการดูแลระยะยาว (long-term care) แม้นิยามที่แน่ชัดยังไม่มีข้อตกลง แต่ Federation of Medical Royal Colleges แห่งประเทศอังกฤษ ได้ใช้ความหมายที่ไว้ไว้โดย Anglia and Oxford คือ บริการที่ไม่ต้องการทรัพยากรในระดับโรงพยาบาล แต่ต้องการบริการเหนือกว่าระดับที่หน่วยปฐมภูมิทั่วไปจัดหาให้ได้ (Those services that do not require the resources of a general hospital, but which are beyond the scope of the traditional primary care team.)²

เป้าหมายของการดูแลระยะกึ่งเฉียบพลันคือ “จัดหาบริการองค์รวมเพื่อส่งเสริมการฟื้นสภาพจากความเจ็บป่วย ป้องกันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น สนับสนุนให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น และอยู่อย่างพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด” (provide integrated services to promote faster recovery from illness, prevent unnecessary acute hospital admissions, support timely discharge and maximise independent living)³

ประเทศที่พัฒนาแล้วให้ความสำคัญกับการบริการผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันมาเป็นระยะเวลากว่า 20 ปีแล้ว ทั้งนี้เป็นผลจากปัจจัยหลายอย่างคือ การเพิ่มขึ้นของจำนวนคนพิการทั่วโลก ปัญหาความพิการมีแนวโน้มขยายตัว อีกทั้งโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ รวมถึงการเพิ่มขึ้นของกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่มีผลพวงเป็นความพิการ ซึ่งต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายหลังการรักษา เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด จำนวนอุบัติเหตุจราจรที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในปัจจุบันก็เป็นสาเหตุสำคัญของความพิการ

ปัญหาหนึ่งของประเทศไทยคือ จำนวนผู้ป่วยจำนวนมากในโรงพยาบาลของรัฐโดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เมื่อผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันแล้ว จึงถูกส่งกลับบ้านในสภาพที่ยังไม่พร้อม ทำให้ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ขาดโอกาสฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับมาใกล้เคียงเหมือนเดิม ไม่สามารถเตรียมความพร้อมให้กับญาติเพื่อการดูแลผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องตกอยู่ในภาวะพิการ หรือต้องกลับเข้ามาเข้าโรงพยาบาลใหม่

การบริการผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันนี้ จึงเป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นคืนความสามารถด้านร่างกาย และจิตใจ แม้จะยังมีความผิดปกติของการทำงานของร่างกายบางส่วนอยู่ โดยกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องหลังจากอาการของโรคผ่านพ้นภาวะวิกฤติในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตและอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยใช้แนวทางการทำงานเชิงรุก ภายใต้ความร่วมมือของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะดังกล่าว

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 18 ปี ซ้อนรถจักรยานยนต์แล้วประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้ม ศีรษะกระแทกพื้น แรกรับที่ห้องฉุกเฉินผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว แพทย์วินิจฉัย Head Injury ใส่ท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube) และส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลขอนแก่นตามลำดับ การวินิจฉัยสุดท้ายคือ MCA with Traumatic brain injury with right hemiparesis ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่นนานประมาณ 1 เดือนครึ่ง ภายหลังจากทรงตัวจึงได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยกลับมาถึงบ้าน เครือข่าย อสม. ได้แจ้งแก่ศูนย์สุขภาพชุมชนบัวขาว ทีมสหวิชาชีพจึงได้เยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

ผู้ป่วย : มีสภาพผอมมาก นอนติดเตียงไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ต้องให้พ่อและแม่ช่วยเหลือทุกอย่าง ต้องให้อาหารทางสาย NG-tube สามารถรับอาหารได้ดี หายใจผ่านทาง tracheotomy เมื่อพูดคุยนั้นผู้ป่วยรับรู้ได้ แต่โต้ตอบค่อนข้างช้า ที่ก้นมีแผลกดทับเล็กน้อย

ครอบครัว : พ่อแม่มีสีหน้าเศร้าและเรียวเฉย พ่อบอกว่าหมดหวังแล้ว

สิ่งแวดล้อม : ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในบ้านชั้นเดียว นอนกับพื้นบ้าน ด้านหน้ามีบริเวณกว้างขวาง

ประวัติครอบครัว

ผู้ป่วยเป็นลูกคนที่สอง มีความผูกพันกับพ่อแม่มาก ลูกคนโตอายุ 19 ปี ปัจจุบันทำงานที่กรุงเทพฯ พ่อมีอาชีพขับรถสามล้อ แม่เป็นลูกจ้างร้านอาหาร

การตรวจร่างกาย

BP : 120/85 mmHg, P 90/min, R 20/min

General appearance : chechexia, pale, no jaundice

Heart & lungs : normal S1, S2, no murmur, secretion in both lungs

Abdomen : soft, not tender, no hepatomegaly

Musculoskeletal : spasticity of right upper and lower extremities

Reflex: normal all

Function : poor ADL and ambulation



สรุปปัญหาองค์รวม

Family of adolescent ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นครอบครัวที่มีลูกวัยรุ่น ซึ่งเป็นความหวังของพ่อแม่ เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝันทำให้พ่อแม่เสียใจ และท้อแท้มาก

Severe head injury เป็นปัญหาแรกของผู้ป่วย แต่ไม่พบพยาธิสภาพที่เสียหายถาวร จึงประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นตัวได้มาก

spasticity of right upper and lower extremities จากการนอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลบำบัด จึงทำให้ข้อติดยึด และกล้ามเนื้อส่วนใหญ่ลีบจากการไม่ได้ใช้งาน

Bed ridden patients with totally dependent ผู้ป่วยต้องนอนติดเตียงตลอด ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ทำให้เป็นภาระแก่ผู้ดูแลมาก

Caregiver burden เนื่องจากทั้งพ่อและแม่ต่างก็เป็นห่วงลูก ทำให้ตั้งใจดูแลลูกจนไม่ได้พักผ่อน ซึ่งอาจมีผลต่อสุขภาพได้ จึงต้องชี้แจงและช่วยจัดกิจวัตรประจำวันให้พ่อและแม่ ได้มีส่วนดูแลลูก และมีเวลาพักผ่อนอย่างเพียงพอ

แผนการดูแลรักษา

ประเมินปัญหาฉุกเฉินทางการแพทย์ จากการประเมินสัญญาณชีพ และการตรวจร่างกาย ไม่พบปัญหาฉุกเฉินใด ๆ และเมื่อสอบถามแล้วผู้ป่วยและญาติต้องการจะให้การดูแลที่บ้านมากกว่าเนื่องจากอยู่โรงพยาบาลมาเป็นเวลานานแล้ว ทีมดูแลจึงวางแผนการดูแลฟื้นฟูที่บ้าน

Psychosupportive แก่ caregiver เนื่องจากการเจ็บป่วยครั้งนี้นับว่าหนักมาก จนพ่อกับแม่คิดว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ที่โรงพยาบาลแล้ว ประกอบกับสภาพร่างกายเมื่อออกจากโรงพยาบาลก็ยังหนักมาก ทำให้พ่อแม่ไม่มีความหวัง อยากให้ผู้ป่วยอยู่สบาย ๆ มากกว่าต้องออกแรงฟื้นฟู ทีมจึงต้องรับฟังเรื่องที่ผ่านมาจากพ่อแม่ ปรับความเข้าใจ และวางแผนร่วมกัน

วางแผน nursing care ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องการการดูแลมาก จึงต้องทบทวนเรื่องการดูแล เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การให้อาหารทาง NG-tube, การป้องกันแผลกดทับ, การดูแลความสะอาดทั่วไป

วางแผนการฟื้นฟู เริ่มต้นด้วยการทำ passive stretching และ chest PT เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยยังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย และให้ผู้ป่วยฝึกนั่ง เนื่องจากทีมวางแผนจะเยี่ยมสัปดาห์ละครั้ง จึงนัดหมายให้ อสม.ช่วยติดตามทุกวัน และช่วยประสานงานหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงแยกลง



การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

ผู้ป่วยเริ่มนั่งได้ดีขึ้น พ่อและแม่มีความมั่นใจในการฟื้นฟูผู้ป่วยมากขึ้น ประเมินการฟื้นฟูพบว่า ผู้ป่วยนั่งทรงตัวได้ดีขึ้น จึงเริ่มฝึกยืน แต่เนื่องจากญาติไม่สะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมารับการฝึกด้วย tilt table ที่โรงพยาบาล ทีมสหวิชาชีพจึงประยุกต์การฝึกยืนด้วยการผูกกับเสาบ้าน ซึ่งสะดวกในการฝึกเอง เพราะป้องกันการล้มได้ดี ญาติไม่เหนื่อยที่ต้องประคองเป็นเวลานาน แต่เนื่องจากยังมีปัญหา joint stiffness จึงแนะนำญาติให้ช่วยทำ passive exercise ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับคนอื่นได้ดีขึ้น ถามตอบได้มากขึ้น เจ้าหน้าที่แนะนำเทคนิคกายภาพ โดยให้นำของมาไว้ข้างซ้าย เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ข้างซ้ายมากขึ้น ทีมได้ประสานโภชนาการเพื่อปรับเปลี่ยนสูตรอาหารของผู้ป่วยให้เหมาะสมมากขึ้น

ด้านการแพทย์ ได้ตรวจร่างกาย พบว่ายังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเช่นการติดเชื้อ จากการ NG-tube และ tracheostomy และประเมินความพร้อมในการทำกายภาพบำบัดขั้นต่อไป

ด้านการพยาบาล ได้ติดตามการดูแลสาย NG-tube และการดูแล tracheostomy มีแผล pressure sore grade 1 แนะนำการดูแล และให้ฝึกนั่ง และยืนบ่อย ๆ

อสม.เข้ามามีส่วนเรียนรู้ในการฝึกและดูแล ระหว่างสัปดาห์ขอให้ อสม.มาติดตามทุกวัน เพื่อกระตุ้นและช่วยเหลือการทำกายภาพบำบัด และแจ้งทีมหากมีเหตุการณ์ไม่คาดคิดเกิดขึ้น



การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

ระหว่างสัปดาห์ NG-tube หลุด ผู้ป่วยจึงไปที่ห้องฉุกเฉินแพทย์ตรวจพบว่า กลืนได้ดี มี gag reflex จึงแนะนำให้กินอาหารเองได้ และส่งต่อไปเพื่อปิด tracheostomy เมื่อทีมเยี่ยมบ้านไปถึง พบว่าผู้ป่วยเริ่มยืนได้ดีขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น กินข้าวได้ดี ไม่มีปัญหาการสำลัก ตรวจร่างกายพบว่า มีข้อติดที่เข่าทั้งสองข้าง ผลกดทับแห้งดี จึงแนะนำให้ญาติช่วยตัดขา ฝึกการเดินด้วย walker ทางด้านพ่อและแม่มีความมั่นใจเรื่องการรักษาและฟื้นฟูมากขึ้น ทางทีมแนะนำให้พ่อแม่เริ่มทำงานปกติได้ เนื่องจากต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลลูกทั้งสองคนจึงเริ่มมีปัญหาด้านการเงินแล้ว ทีมสหวิชาชีพทราบว่าผู้ป่วยยังขาดความมั่นใจในการอยู่คนเดียว ยังไม่ยอมให้พ่อแม่ไปไหน ต้องการให้อยู่ใกล้ๆ ตลอดเวลา จึงได้ความพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจความจำเป็นของพ่อแม่

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4

ครั้งนี้ทีมสหวิชาชีพพบว่า ผู้ป่วยอาการดีขึ้นมาก ทั้งผู้ป่วยและพ่อแม่มีกำลังใจในการฟื้นฟูมากยิ่งขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เป็นส่วนใหญ่ นั่งได้เอง ยืน เดินได้เอง แม้อยังไม่แข็งแรงดีนัก ตรวจร่างกายพบว่าแขนขาข้างขวายังอ่อนแรง ขาขวายังเหยียดได้ไม่เต็มที่ จึงแนะนำการรักษา ด้วย stretching hamstring และ ROM exercise for right knee, ฝึกการยืดข้อมือ, เอามือจับหู โหนราว (บาร์เดี่ยว) ประสานมือยกขึ้นเหนือศีรษะ โดยการฝึกนี้พยายามทำให้ดูแลได้โดยพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว เพื่อให้อีกคนสามารถไปทำงานได้ นอกจากนั้นยังฝึกการใช้ walker เพิ่มเติม ไม่พบปัญหาการกลืนสำลัก ผล tracheostomy ปิดดีแล้ว ผลกดทับหายดี การหายใจเป็นปกติ



มีผู้รับผิดชอบเฉพาะ และถือเป็นภารกิจหลักอย่างหนึ่ง ซึ่งอาจรวมภารกิจอื่นที่มีลักษณะคล้ายกันไว้ด้วยก็ได้

ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่อง โดยเฉพาะระยะ golden period ทั้งนี้ต้องอาศัยระบบส่งต่อ หรือระบบข้อมูลที่ดี

ดูแลองค์รวมโดยสหวิชาชีพ อย่างน้อยควรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ในพื้นที่รับผิดชอบ

การดูแลติดตามถึงที่บ้านของผู้ป่วย

มีกระบวนการดูแลที่ยืดหยุ่นตามปัญหาและความจำเป็น ของผู้ป่วย และครอบครัว

การเยี่ยมบ้านต่อมา

หลังจากนั้นทีมสหวิชาชีพไปเยี่ยมอีก 3 ครั้ง เพื่อ ดูแลปัญหา hand function และการพูดให้ชัด แนะนำให้ฝึก กำลังแขนขาต่อ แนะนำเรื่องอุบัติเหตุ เริ่มแนะนำการทำงานบ้าน การเรียนฝึกอาชีพ เพื่อดำเนินชีวิตตามปกติ

สรุป

การดูแลระยะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate care) เป็น ความต่อเนื่องจากการดูแลภาวะเฉียบพลัน (acute care) ใน โรงพยาบาล ยังเป็นช่องว่างของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย ในปัจจุบัน ทั้งที่มีส่วนสำคัญในการช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยให้กลับมา มีสมรรถทางกายเต็มตามศักยภาพที่มีได้ มีความพิการเหลือน้อย ที่สุด ทำให้ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ไม่เป็นภาระแก่ญาติ และ ระบบสาธารณสุขในระยะยาว

การจัดบริการระยะกึ่งเฉียบพลันการจัดการดูแลระยะ กึ่งเฉียบพลันที่ดีไม่อาจเกิดขึ้นได้โดยบังเอิญ หากแต่ต้องการ ความร่วมมือจากหน่วยบริการปฐมภูมิ และทุติยภูมิ โดยเฉพาะ สถานีนอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน เพื่อพัฒนากระบวนการ ดูแลที่เหมาะสมเฉพาะแต่ละพื้นที่ ภายใต้เงื่อนไขที่มีความจำกัด ของทรัพยากรในระบบสาธารณสุขไทย โดยที่มีปัจจัยสำคัญ ที่ต้องคำนึงถึงดังนี้

เอกสารอ้างอิง

1. What is intermediate care? René J F Melis, Stuart G Parker, Monique I J van Eijken. *BMJ* 2004; 329: 360- 361 (14 August), doi:10.1136/bmj.329.7462.360
2. Department of Health. Opportunities in intermediate care. Anglia and Oxford Project 1998. Milton Keynes: NHS, 1997.
3. Department of Health. National service framework for older people. Modern standards and service models. London: DH, 2001. www.doh.gov.uk/nsf/olderpeople.htm

ก้าวต่อไปของชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว

พญ.อรรวรรณ ตะเวทิพงษ์

กว่าวารสารฉบับนี้จะอยู่ในมือสมาชิก ก็คงเป็นเวลาที่งานมหกรรมสุขภาพชุมชนครั้งที่ 2 ได้เริ่มขึ้นแล้ว งานประชุมวิชาการสำหรับคนปฐมภูมิที่ยิ่งใหญ่ระดับนี้ นับเป็นโอกาสอันดีที่กลุ่มคนทำงานสุขภาพชุมชนจะได้มารวมตัวกันเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน พบปะสังสรรค์ และเรียนรู้จากบุคคลหลากหลายสาขาวิชาชีพ เพื่อนำกลับไปปรับใช้กับงานประจำให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

สำหรับชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่ห่างหายจากสมาชิกไปเป็นเวลา 1 ปี หลังจากประชุมวิชาการ 12 ปี กับการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย ที่ชมรมฯ และภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันจัดขึ้น ทางชมรมฯ มีการวางแผนดำเนินการเพื่อให้เกิดผลสืบเนื่องจากการพบปะสังสรรค์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในครั้งนั้น ทั้งในแง่กิจกรรมวิชาการ และกิจกรรมเครือข่าย

กิจกรรมวิชาการที่ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวได้มีโอกาสเป็นภาคีเครือข่ายร่วมในปีนี้คือการเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของงานมหกรรมสุขภาพชุมชนครั้งที่ 2 ซึ่งจัดขึ้นระหว่างวันที่ 12-14 ต.ค. 2554 นี้ ณ เมืองทองธานี โดยชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวรับหน้าที่ดำเนินการห้องย่อยเรื่อง Tools and Tips in Family Medicine ในวันที่ 13 ต.ค. 2554 เวลา 13.30-17.00 น. ซึ่งเป็นการรวบรวมเครื่องมือทางด้านเวชปฏิบัติครอบครัวที่ใช้งานได้อย่างเหมาะสมกับบริบทงานปฐมภูมิ และมีตัวอย่างประกอบที่เป็นรูปธรรม โดยวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิอย่าง ผศ.พญ.สายพิณ หัตถ์รัตน อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี และคณะ



นอกจากกิจกรรมในห้องย่อยแล้ว ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวยังได้ร่วมจัดบูธเพื่อสื่อสารความเป็นมาของชมรมฯ การดำเนินงานการจัดคลินิกให้คำปรึกษาสำหรับการดูแลผู้ป่วยยุ่งยาก และการนำหนังสือ วารสาร เลือชมรมฯ มาจัดจำหน่ายสำหรับสมาชิกที่สนใจ รวมทั้งมีการพัฒนาเครื่องมือทางด้านเวชปฏิบัติครอบครัว 7 ชนิด โดยทำเป็นแผ่นพับที่ง่ายต่อการพกพา เช่น เครื่องมือในการเยี่ยมบ้าน (INHOMESS) BATHE PRACTICE ฯลฯ สำหรับผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมในห้องย่อยได้รับแจก pocket card นี้ เพื่อนำกลับไปใช้งานจริง

นอกเหนือจากกิจกรรมวิชาการในปี 2554 นี้แล้ว ทางชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ได้ตั้งเป้าหมายจัดงานประชุมวิชาการประจำปีของชมรมฯ ขึ้นเป็นครั้งที่ 2 ในปี 2555 เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกได้พบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ นำเสนอผลงานทั้งเรื่องเล่า งานวิจัย นวัตกรรมทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และเป็นการสร้างสรรค์ประจำปีระหว่างสมาชิกชมรมฯอีกด้วย

สำหรับกิจกรรมอื่น ๆ ที่ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวได้วางแผนไว้ ได้แก่ การเยี่ยมชมเพื่อนสมาชิกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในพื้นที่ ซึ่งได้ใช้ช่องความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ผสมผสานกับวิธีการทำงานที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ของตนเอง จนเกิดผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนแบบองค์รวม โดยการไปเยี่ยมเยือน เพื่อถอดบทเรียน สังเคราะห์องค์ความรู้ในบริบทของประเทศไทย และเป็นกำลังใจให้กับแพทย์เหล่านั้น การถ่ายทอดเรื่องราวจะจัดทำออกมาในรูปแบบหนังสือเรื่องเล่า ซึ่งจะแล้วเสร็จภายในปลายปี 2555 โดยพื้นที่ที่กำหนดไว้เพื่อการเยี่ยมชม ได้แก่ โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก โรงพยาบาลแม่ระมาด จังหวัดตาก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง

เป้าหมายในขั้นต่อไปที่ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวได้วางแผนไว้คือ เป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย โดยมีกรรมการบางส่วนเข้าไปมีส่วนร่วมเป็นภาคีเครือข่ายในการกำหนดยุทธศาสตร์ภาพรวม ทั้งด้านการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การส่งเสริมความก้าวหน้าในสายอาชีพ การสื่อสารกับสังคมเกี่ยวกับงานด้านเวชปฏิบัติครอบครัว การเป็นส่วนหนึ่งในการผลักดันให้มีการปรับหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทให้มีวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว การสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์เรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 18 เขตสาธารณสุข การส่งเสริมให้นักศึกษาแพทย์และแพทย์ใช้ทุนได้รู้จักงานด้านเวชปฏิบัติครอบครัว การมีส่วนร่วมกับการงานของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย และรวมถึงการสนับสนุนการทำวิจัยด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและปฐมภูมิ

แผนการดำเนินงานเหล่านี้ ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวจะได้เข้าไปเป็นผู้ประสานงาน บางกรณีอาจเป็นภาคีเครือข่าย หรือบางงานได้เป็นผู้ดำเนินการหลัก โดยมีเป้าหมายสำคัญก็คือ เพื่อผลักดันเป็นปากเสียง เป็นกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงานด้านเวชปฏิบัติครอบครัว ได้มีความก้าวหน้าทางสายอาชีพของตนเอง และกลายเป็นพลังสำคัญหนึ่งในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศไทย ให้ประชาชนไทยได้รับการดูแลทางด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสม เข้าถึงได้สะดวก มีประสิทธิภาพ มีความเท่าเทียมกัน และมีความยั่งยืนของระบบเป็นสำคัญ

เครือข่ายกายภาพบำบัดชุมชน ในระบบปฐมภูมิ

ผศ.ดร.กานดา ชัยภิญโญ

สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย สาขากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

หนึ่งสมอง สองมือของนักกายภาพบำบัดทำอะไรได้บ้าง

คำถามนี้เป็นความท้าทายสำหรับนักกายภาพบำบัดชุมชนทุกคน

บางคนได้พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่าสามารถสร้างคุณภาพการให้กับผู้ป่วยและชุมชน

บางคนอยู่ในช่วงลังเลสงสัยว่าตนเองกำลังทำอะไรอยู่

นอกเหนือจากตัวนักกายภาพบำบัดเองแล้วผู้คนที่เกี่ยวข้องจำนวนหนึ่งก็ยังคงมีข้อสงสัยว่านักกายภาพบำบัดมาทำอะไรในโรงพยาบาลชุมชน แม้แต่ในแวดวงของนักกายภาพบำบัดเองก็มีคำถามว่าทำไมช่วงสองสามปีมานี้จึงได้มีนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น แล้วนักกายภาพบำบัดชุมชนจะมีความยั่งยืนมั่นคงได้แค่ไหน เรื่องเล่าจากเครือข่ายกายภาพบำบัดในครั้งนี้จึงขอเล่าสู่กันฟังถึงที่มาที่ไปของโครงการสร้างแรงจูงใจและพัฒนากำลังคนกายภาพบำบัดในระบบบริการปฐมภูมิ ในส่วนที่ผู้เขียนเกี่ยวข้องเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน และจะได้สร้างพลังร่วมในการพัฒนาระบบบริการกายภาพบำบัดในระบบปฐมภูมิให้เข้าถึงประชาชนมากขึ้น

แนวคิดของการให้บริการกายภาพบำบัดในระบบปฐมภูมิได้มีการริเริ่มดำเนินการและประสบความสำเร็จในหลายประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และเนเธอร์แลนด์ ซึ่งในประเทศเหล่านี้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดได้โดยตรง หรือที่ในต่างประเทศเรียกว่า Self referral โดยมีรายงานการวิจัยจากประเทศเนเธอร์แลนด์ว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เลือกเข้ารับการรักษาด้วยตนเองมีแนวโน้มที่จะเป็นกลุ่มคนที่อายุไม่มาก มีการศึกษาดี และมักเป็นโรคปวดข้อที่อาการไม่รุนแรง และผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นว่าจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาน้อยกว่าเมื่อเทียบกับระบบเดิม (Leemrijse et al., 2008) ซึ่งมีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกับรายงานการวิจัยจากประเทศอังกฤษ (Holdsworth and Webster, 2002) โดยแนวโน้มในประเทศที่พัฒนาแล้ว

ล้วนมุ่งเน้นการให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้วยตนเองมากขึ้น โดยมีเป้าหมายหลักคือการลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นเป้าหมายเช่นเดียวกับประเทศไทย ซึ่งแม้จะมีบริบทที่แตกต่างจากประเทศที่กล่าวถึงข้างต้น เนื่องจากประชาชนไทยในชนบทโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ และคนพิการซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นต้องได้รับบริการกายภาพบำบัดมากที่สุด มักเป็นผู้ด้อยโอกาสในการเข้ารับบริการมากที่สุด จึงจำเป็นต้องมีการสร้างระบบบริการที่เหมาะสมกับประเทศไทยเพื่อให้บริการประชาชนกลุ่มนี้ และจำเป็นต้องมองต่อไปถึงการสร้างระบบบริการที่เน้นการป้องกันปัญหาโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่นการปวดหลังในประชากรที่ทำเกษตรกรรม





ข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ การปวดไหล่และคอในกลุ่มผู้ทำงานกับคอมพิวเตอร์ ที่องค์ความรู้ทางกายภาพบำบัดสามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพหากมีการปรับแนวทางการให้บริการเข้าสู่ระบบปฐมภูมิ การผลักดันให้มีการบริการกายภาพบำบัดเข้าสู่ประชาชนโดยตรงมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น จำนวนนักกายภาพบำบัดที่มีอยู่และที่จะมีในอนาคต สมรรถนะของนักกายภาพบำบัดที่จะส่งเสริมพัฒนางานในระบบปฐมภูมิ การสร้างแรงจูงใจเพื่อรักษากำลังคนในระบบ ตลอดจนความมั่นคงและก้าวหน้าในวิชาชีพของนักกายภาพบำบัดชุมชน จากแนวคิดดังกล่าวสมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย สภากายภาพบำบัด โดยการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้ร่วมดำเนินการโครงการสร้างแรงจูงใจพัฒนากำลังคนกายภาพบำบัดในระบบปฐมภูมิขึ้น โดยในระยะ 3 ปีแรก มีเป้าหมายหลักคือการมีนักกายภาพบำบัดที่จะทำงานเชิงรุกสู่ชุมชนให้ครบทุกโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ ซึ่งมีอยู่ประมาณ 735 แห่ง โดยในระยะที่เริ่มโครงการนี้ในปี พ.ศ. 2552 มีสถิติว่าโรงพยาบาลชุมชนที่มีนักกายภาพบำบัดอยู่แล้วมีประมาณ 245 แห่ง และยังไม่มียังมีนักกายภาพบำบัดอีกประมาณ 490 แห่ง โดยในระยะแรกนี้มุ่งหวังให้นักกายภาพบำบัดที่มีอยู่และที่จะเสริมเข้าสู่ระบบอีกประมาณ 300-500 คน ได้แสดงศักยภาพและนำองค์ความรู้กายภาพบำบัดสู่ชุมชนเพื่อสร้างการรับรู้ของประชาชนและเพื่อนร่วมงานในระบบสุขภาพถึงคุณค่าของงานกายภาพบำบัดต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยการทำให้อายุผู้สูงอายุ และคนพิการมีอิสรภาพที่เกิดจากการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้น

ในการดำเนินงานเพื่อสร้างให้บัณฑิตจบใหม่มีความสนใจและตระหนักในคุณค่าของงานกายภาพบำบัดชุมชนได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากเครือข่ายสถาบันการศึกษากายภาพบำบัดทั้ง 14 แห่งจัดโครงการตลาดนัดแรงงานนักกายภาพบำบัด 4 ภาค โดยในปี 2553 จัดที่ภาคเหนือโดยเจ้าภาพคือภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้ประสานงานคือ รศ.ดร.สายนที พรารณานผล ในภาคอีสานได้ประสานงานกับ รศ.น้อมจิตต์ นวลเนตร์ ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ภาคใต้จัดโดยสาขาวิชากายภาพบำบัด สำนักวิชาสหเวชศาสตร์ และสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ประสานงานโดย อ.สาลินี ไชยกุล ในส่วนกลางจัดโดยสาขากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และได้รับความร่วมมือจากนักกายภาพบำบัดชุมชนหลายท่านมาร่วมสร้างแรงบันดาลใจให้กับบัณฑิตใหม่ อาทิเช่น คุณสมคิด เพ็ญรัมย์ ซึ่งนำวิถีโอมานำเสนอได้อย่างประทับใจ และภายในงานได้รับความร่วมมือจากผู้แทนโรงพยาบาลชุมชน และ สปสช. เขตได้เปิดโอกาสให้มีการรับสมัครและสัมภาษณ์บัณฑิตใหม่ที่สนใจไปทำงานชุมชน ต่อมาในช่วงปี 2554 ภาควิชากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยนเรศวรได้เป็นเจ้าภาพจัดงานตลาดนัดแรงงานกายภาพบำบัดชุมชนเพิ่มขึ้นอีก 1 แห่ง ทั้งนี้ในปี 2555 คาดว่าจะมีการปรับรูปแบบใหม่เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยการใช้เครือข่ายสารสนเทศ

ผลตอบรับจากการจัดงานตลาดนัดแรงงานในช่วงตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา ทำให้เกิดการริเริ่มขับเคลื่อนให้มีการรับนักกายภาพบำบัดเข้าสู่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น โดยผ่านการสนับสนุนงบประมาณของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพการแพทย์ และกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ สปสช. ซึ่งในปีแรกกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้การสนับสนุนสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่จ้างนักกายภาพบำบัดใหม่คนแรก ส่วนกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพการแพทย์สนับสนุนการจ้างนักกายภาพบำบัดเพิ่ม โดยในปี 2552-2554 มีนักกายภาพบำบัดชุมชนใหม่เพิ่มขึ้นจำนวนประมาณ 50 คน 100 คน และ 150 คน ตามลำดับ โดยข้อมูลล่าสุดจากการสำรวจของ สปสช. ในเดือนมีนาคม 2554 พบว่าโรงพยาบาลชุมชนที่ยังไม่มีนักกายภาพบำบัดมีจำนวนเพียง 172 แห่ง ซึ่งคาดว่าจะมีนักกายภาพบำบัดครบในปี 2555

นอกเหนือจากการสร้างแรงจูงใจให้นักกายภาพบำบัดเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิแล้ว ยังได้จัดให้มีการพัฒนาสร้างเครือข่ายนักกายภาพบำบัดชุมชน โดยดำเนินการสองรูปแบบคือ ในปี 2553 ได้รับความร่วมมือจากเครือข่ายคณาจารย์ในสาขาการกายภาพบำบัด จากมหาวิทยาลัยใน 4 ภูมิภาค คือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เป็นแม่ข่ายจัดโครงการสร้างเครือข่ายนักกายภาพบำบัดชุมชน 4 ภาคขึ้นในปีแรก และในปี 2554 นี้ได้มีข้อเสนอแนะเพื่อสร้างความแข็งแกร่งยั่งยืนแก่เครือข่าย โดยให้นักกายภาพบำบัดในส่วนภูมิภาคริเริ่มดำเนินการจัดตั้งเครือข่ายขึ้นเองโดยสมัครใจ และปรับเปลี่ยนบทบาทสถาบันการศึกษาเป็นที่เลี้ยง ล่าสุดได้รับทราบข่าวว่า ในภาคเหนือนักกายภาพบำบัดจากนครสวรรค์และพิษณุโลก ได้ริเริ่มจัดกิจกรรมเครือข่ายในเขต 1-3 ในภาคกลางนั้นได้มีการเชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลจังหวัดกับโรงพยาบาลชุมชนของแต่ละจังหวัด ในภาคใต้มีการเชื่อมโยงขยายไปถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเครือข่ายของจังหวัดต่าง ๆ ในภาคอีสานมีความแข็งแกร่งมากขึ้น จึงเป็นเรื่องที่น่ายินดีที่เห็นความร่วมมือร่วมใจของน้องพี่นักกายภาพบำบัดกระจายไปทั่วประเทศ โดยมีเป้าหมายและอุดมการณ์ร่วมกันในการพัฒนาระบบบริการกายภาพบำบัดให้เป็นประโยชน์แก่ประชาชน ความสำเร็จของการสร้างเครือข่ายและกิจกรรมต่าง ๆ นั้น สมาคมฯ จะคอยติดตามและรายงานให้ทราบผ่านช่องทางต่าง ๆ ในโอกาสต่อไป

อีกรูปแบบหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมการเชื่อมโยงเครือข่ายทุกเครือข่ายเข้าด้วยกันคือ การจัดประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมฯ ซึ่งได้รับความสนใจจากสมาชิกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเพื่อเป็นการสร้างแรงหนุนให้นักกายภาพบำบัดชุมชนได้พัฒนาตน พัฒนางานอย่างต่อเนื่อง สมาคมฯ จึงได้ขอรับการสนับสนุนจาก สปสช. เพื่อเป็นค่าลงทะเบียนบางส่วนของนักกายภาพบำบัดชุมชน ทำให้มี

นักกายภาพบำบัดชุมชนจำนวนมากกว่า 100 คนเข้าร่วมการประชุมวิชาการของสมาคมฯ ในปี 2553 ซึ่งได้จัดห้องย่อยเฉพาะนักกายภาพบำบัดชุมชนเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยให้นักกายภาพบำบัดชุมชนต้นแบบหลายท่านเป็นผู้ถ่ายทอดประสบการณ์ ในปี 2554 มีนักกายภาพบำบัดชุมชนเข้าร่วมงานมากกว่า 100 คนเช่นเดียวกัน โดยให้นักกายภาพบำบัดชุมชนสามารถเลือกหัวข้อการอบรมตามความสนใจได้ เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การออกกำลังกายเพื่อการรักษาโรค ในปี 2555 คาดว่าจะสามารถเชิญชวนให้นักกายภาพบำบัดชุมชนเข้าร่วมงานได้มากขึ้น



การจัดกิจกรรมในลักษณะนี้มีข้อดีที่เสริมจากการสร้างเครือข่าย 4 ภาคคือ การเชื่อมเครือข่ายทั้ง 4 ภาค กับเครือข่ายนักร่างกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เครือข่ายสถาบันการศึกษา และเครือข่ายความสนใจเฉพาะทางด้านอื่นๆ และในอนาคตจะปรับเปลี่ยนรูปแบบเพื่อให้สามารถขยายเครือข่ายเชื่อมโยงกับวิชาชีพอื่น ๆ เช่น กิจกรรมบำบัด เทคนิคการแพทย์ การแก้ไขการสื่อความหมาย รังสีเทคนิค แพทย์แผนไทย และแพทย์สาขาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับงานกายภาพบำบัด เช่นเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นต้น ในปี 2555 นั้นมีผู้เสนอหัวข้อการจذبบรม สัมมนาที่น่าสนใจเพิ่มเติมมาเช่น กายภาพบำบัดในทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) กายภาพบำบัดสำหรับการรักษาแบบประคับประคองเพื่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง กายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยระบบหายใจ ซึ่งคาดว่าจะจะเป็นประโยชน์สำหรับนักร่างกายภาพบำบัดชุมชน

ในส่วนของการสร้างความมั่นคงในวิชาชีพของนักร่างกายภาพบำบัดชุมชนนั้น เบื้องต้นได้มีการสื่อสารให้ข้อมูลผ่านทางสปสข. ในเรื่องของงบประมาณการจ้างงานนักร่างกายภาพบำบัดที่แม้เริ่มจากงบจ้างเป็นรายปี แต่ในระยะยาวเมื่อมีการขยายการให้บริการมากขึ้นแล้ว งบประมาณส่วนนี้จะจัดสรรเป็นงบประมาณปกติที่ต้องได้รับการจัดสรรอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องดำเนินการต่อไปให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้น และสมาคมฯ ตระหนักดีว่าความมั่นคงในการทำงานเป็นประเด็นที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้นักร่างกายภาพบำบัดชุมชนมีกำลังใจในการสร้างสรรค์งานที่มีคุณภาพต่อไป นอกจากความมั่นคงแล้วความก้าวหน้าในวิชาชีพเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญ โดยแนวทางที่ได้มีการวางแผนไว้คือ การจัดทำหลักสูตรหลังปริญญาสำหรับนักร่างกายภาพบำบัดชุมชน ทั้งหลักสูตรระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งควรจะเชื่อมโยงกับเนื้อหาหลักของหลักสูตรผู้เชี่ยวชาญเพื่อการขอรับวุฒิบัตรของสภากายภาพบำบัดในอนาคต

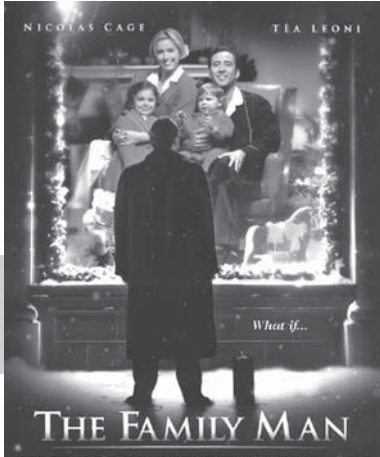
ประเด็นที่ขอส่งต่อไปยังแวดวงเครือข่ายกายภาพบำบัดชุมชนคือ จุดเปลี่ยนที่สำคัญของเครือข่ายนักร่างกายภาพบำบัดชุมชนในการขยายกรอบแนวคิดในการให้บริการที่ก้าวข้ามการไปเยี่ยมบ้าน สู่อิสรภาพในการเคลื่อนไหวร่างกายของประชาชน ซึ่งหมายถึงการที่นักร่างกายภาพบำบัดเป็นผู้สร้างโอกาสให้กับผู้ป่วยผู้สูงอายุ และคนพิการให้สามารถพึ่งพาตนเองในการเคลื่อนไหวได้อย่างเต็มศักยภาพของแต่ละบุคคล ตัวอย่างเช่น ผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อม ปวดไหล่ ปวดหลัง ควรได้รับการตรวจประเมิน



วินิจฉัยปัญหาการเคลื่อนไหว ดูแล เรียนรู้วิธีการเคลื่อนไหวที่จะทำให้สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันตลอดจนทำงานต่าง ๆ ได้ตามความสามารถที่ควรเป็น และควรได้รับการสอนการออกกำลังกายเฉพาะบุคคลเพื่อป้องกันและรักษาอาการปวดเรื้อรัง เพราะผู้ป่วยแต่ละคนมีอาการและปัญหาที่ไม่เหมือนกัน และเมื่อองค์ความรู้กายภาพบำบัดได้รับการถ่ายทอดสู่ประชาชนโดยตรงอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพแล้ว งานกายภาพบำบัดชุมชนจะเป็นฟันเฟืองหนึ่งที่มีบทบาทชัดเจนในระบบบริการปฐมภูมิในการสร้างโอกาส สร้างคน สร้างชุมชน แข็งแรง

เรื่องเล่าเกี่ยวกับการดำเนินงานของโครงการสร้างแรงจูงใจและพัฒนากำลังคนนักร่างกายภาพบำบัดในระบบปฐมภูมินี้เกิดขึ้นได้จากการทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายกายภาพบำบัดทั่วประเทศ โดยได้รับการสนับสนุนผลักดันให้เกิดก้าวแรกจาก นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ และทีมงาน สปสข. การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากคณะทำงานพัฒนากำลังคนระบบปฐมภูมิ สภากายภาพบำบัด คณะกรรมการสมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย และผู้ที่มีส่วนสำคัญที่สุดคือ นักร่างกายภาพบำบัดชุมชนทุกคนที่สร้างผลงาน สร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและตระหนักรู้ของประชาชนและชุมชนต่อคุณค่าขององค์ความรู้กายภาพบำบัดต่อคุณภาพชีวิต

สนใจแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ kanda@swu.ac.th



The Family Man : ครอบครัวหรือการงาน

พญ.ดาริน จตุรภัทรพร

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารักษ์

ภาพยนตร์โดย Baett Ratner

ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-40 ปี) เรื่องของการสร้างครอบครัวและการค้นหาตัวตนในการทำงานเป็นสิ่งสำคัญที่สุด หากต้องให้เลือกระหว่างครอบครัวและการงานอย่างใดอย่างหนึ่ง คงเป็นการเลือกที่ สุดโต่งเกินไป ทุก ๆ คนคงอยากจะทำให้ดีทั้งการดูแลครอบครัวและการงานให้เจริญก้าวหน้าไปด้วยกัน แต่บางครั้งชีวิตก็โหดร้ายกับเราและไม่ได้ให้สิทธิการเลือกนั้นกับเราอย่างเต็มที่ คนที่เป็นคนต้องเลือกคงมีคำตอบในใจของตัวเองอยู่แล้วว่า สำหรับชีวิตของแต่ละคนอะไรเป็นสิ่งสำคัญและเป็นเป้าหมายในชีวิตหลาย ๆ คนบอกว่าครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่สุด แต่กลับไม่ค่อยมีเวลาให้ครอบครัว ในขณะที่หลาย ๆ คน รู้สึกว่าอยากทุ่มเทให้กับงานมากกว่านี้ แต่การดูแลครอบครัวก็ดูเหมือนดึงเวลาส่วนใหญ่ของชีวิตไปจนเกือบหมด

มีการสำรวจความภูมิใจในชีวิตของคนส่วนใหญ่ในประเทศอังกฤษซึ่งคนที่ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานและไม่ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานว่า สิ่งที่ทำให้เค้าเหล่านั้นภูมิใจมากที่สุดในชีวิตคืออะไร น่าแปลกที่คำตอบที่ได้ส่วนใหญ่คือ การได้ดูแลลูกจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่คุณภาพ และการได้มีโอกาสดูแลพ่อแม่และคนในครอบครัว มีส่วนน้อยที่ตอบว่าสิ่งที่ทำให้ภาคภูมิใจที่สุดในชีวิตเป็นเรื่องความร่ำรวยและการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน แสดงให้เห็นว่าการได้ดูแลครอบครัวเป็นงานที่สำคัญมาก อีกอย่างหนึ่งไม่แพ้งานอื่นใดในโลกเลย

แม้ว่าการทำให้การทำงานและครอบครัวเป็นเรื่องสมดุล เป็นเรื่องท้าทาย แต่คงไม่ยากเกินไป ถ้าเรามีความคาดหวังในระดับที่เป็นจริงเหมาะสมสำหรับทั้ง 2 อย่าง และทำทั้ง 2 เรื่องอย่างพอดีพอดี และดีพอ ไม่เอียงไปทางใดทางหนึ่งมากเกินไป

The Family Man สะท้อนให้เราเห็นเรื่องราวของ 2 ทางเลือกระหว่างครอบครัวและการงานผ่านชีวิต 2 ฉาก ของ แจ็ค แคมป์เบลล์ ซึ่งแสดงโดย นิโคลัส เคจ

ฉากชีวิตที่ 1 : แจ็ค แคมป์เบลล์ วัย 40 ปีในปัจจุบันเป็นชายโสด รวย มีตำแหน่งหน้าที่การงานเป็นผู้บริหารระดับสูงของบริษัทการเงินที่วอลล์สตรีท แจ็คเพิ่งได้รับโน้ตจากเลขานุการว่าแฟนเก่าเมื่อ 13 ปีก่อนชื่อเคท โทรมาฝากข้อความเอาไว้ให้โทรกลับ

แจ๊ครู้สึกลังเลไม่แน่ใจว่าเคทโทรมาทำไมและตัดสินใจว่าจะไม่โทรกลับไปหาเคท แต่ก็อดนึกถึงเหตุการณ์เมื่อ 13 ปีก่อนตอนแยกจากกันที่สนามบินไม่ได้ว่าถ้าวันนั้นแจ๊คเลือกไม่เดินทางมานิวยอร์กเพื่อฝึกงาน ชีวิตในวันนี้จะเป็นอย่างไร จะได้แต่งงานกับเคทหรือไม่ และถ้าเป็นอย่างนั้นตนเองจะกำลังทำงานอะไรอยู่

ในชีวิตของคนทุกคน เราคงเคยตั้งคำถามกับตัวเองว่า ถ้าวันนั้นเราเลือกอะไรที่แตกต่างไปจากเดิม ชีวิตในวันนี้ของเราจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง คนที่เคยมีแฟนหรือแต่งงานแล้วอาจเคยคิดดูบ้าง ผ่านมาบ้างว่า ถ้าวันนั้นเราแต่งงานกับแฟนคนที่ 1 หรือ คนที่ 2 หรือ คนที่ 3 ชีวิตในวันนี้ของเราจะเป็นอย่างไร ในชีวิตจริง คงไม่มีใครสามารถลองตอบคำถามนั้นได้

แต่ภาพยนตร์แสดงปาฏิหาริย์ให้แจ๊คสามารถย้อนอดีตไปรับรู้เหตุการณ์ได้ว่าหากวันนั้นแจ๊คเลือกแต่งงานอยู่กับเคทแทนการมาทำงานที่นิวยอร์กชีวิตจะเป็นอย่างไรในฉากชีวิตที่ 2



ฉากชีวิตที่ 2 : แจ๊ค แคมพ์เบลล์ วัย 40 ปี ในฉากนี้จ๊วเจียตื่นมาด้วยเสียงร้องของลูกชาย คนเล็ก แจ๊คตกใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นมาก เพราะการรับรู้ของแจ๊คยังคงเป็นผู้บริหารใหญ่ แต่กลับตื่นมาในบ้านหลังเล็กที่นิวยอร์กที่แทนคอนโดหรูใจกลางแมนฮัตตัน มีรถคันเก่าขอมขอให้ใช้แทนรถเฟอร์รารี แจ๊คผู้เหมือนถูกฟ้าผ่าพาดลงมา ด้วยข่าวร้ายแบบกะทันหัน จำต้องค่อย ๆ เรียนรู้ชีวิตในอีกรูปแบบที่ ยากจนกว่าเดิมไปวันละเล็กละน้อย ค่อย ๆ ทำความรู้จักกับคนรอบตัว ที่ไม่ได้เจอกันมานานถึง 13 ปี ค่อย ๆ เรียนรู้ว่าบางครั้งการเลือก มีครอบครัวที่อยู่กันก็หมายถึงการต้องแลกกับความก้าวหน้าทาง การงานที่มี แต่ทั้งหมดนี้ก็ไม่ได้หมายความว่าแจ๊คจะมีชีวิตที่ไม่ดี

โดยส่วนตัวคิดว่าภาพยนตร์เรื่องนี้ไม่ได้เป็นแค่ภาพยนตร์เกี่ยวกับครอบครัวเท่านั้น แต่ยังเป็นภาพยนตร์ รักโรแมนติกชั้นเยี่ยมอีกด้วย ภาพยนตร์แสดงให้เห็นว่าไม่ว่าแจ๊คจะเป็นคนที่อยู่ในฉากชีวิตที่ 1 หรือฉาก ชีวิตที่ 2 ความรักที่แจ๊คมีต่อเคทไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปด้วยตามเหตุปัจจัยภายนอก ตอนที่ผู้เขียนชอบมากที่สุด ในภาพยนตร์เรื่องนี้คือตอนที่แจ๊ค (ผู้ซึ่งไม่ได้พบเคทมานาน 13 ปี) จ้องมองเคท (ผู้ซึ่งไม่รู้ว่าเป็นแจ๊คอีกคนนึง) ด้วยแวตาคู่ที่เคทบอกว่า “ทำไม่คุณจ้องฉันเหมือนเราเพิ่งรักกันใหม่ ๆ เลยล่ะ” จะดีแค่ไหนถ้าเรายังสามารถ มองคู่ของเราด้วยความรักเหมือนตอนที่เพิ่งรักกันใหม่ ๆ ไม่ว่าเวลาจะผ่านไปนานแค่ไหน

แล้วภาพยนตร์ก็พลิกกลับให้แจ๊คกลับมาอยู่ในชีวิตฉากที่ 1 อีกครั้ง เราไม่อาจรู้ได้ว่าฉากชีวิตที่ 2 ของแจ๊ค ในภาพยนตร์เป็นเพียงความฝันข้ามคืนหรือเป็นปาฏิหาริย์ที่เกิดขึ้นจริง แต่ภาพยนตร์ได้สอนสิ่งที่สำคัญคือไม่ว่า เราจะเลือกชีวิตให้เป็นแบบใด เราต้องมีความสุขกับสิ่งที่มีอยู่เพราะสิ่งใดที่เกิดขึ้นแล้วสิ่งนั้นดีเสมอ เพียงเรา พอใจในสิ่งที่มีและหยุดเปรียบเทียบ เราก็จะสามารถมีความสุขกับชีวิตที่เป็นได้ ใน The Family Man เพียงแจ๊ค เปรียบเทียบชีวิตของตัวเองในฉากที่ 2 กับฉากที่ 1 ก็ทำให้ความสุขที่ควรจะมีลดน้อยไปได้อย่างน่าตกใจ

การที่มีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดเข้ามาในชีวิตที่ทำให้เราได้ลองมองชีวิตในมุมต่างไปหรือได้ลองเข้าไป ดำเนินชีวิตอีกด้านเหมือนกับแจ๊ค แคมพ์เบลล์ คงเป็นตัวกระตุ้นและทดสอบให้เราได้เรียนรู้และมั่นใจว่าสิ่งที่ เราเลือกอยู่นั้นเป็นสิ่งที่เราต้องการจริง ๆ หรือไม่ “คนที่อยู่ในมุมมืดก็ได้ทบทวนความต้องการของตัวเองว่า อยากอยู่แบบใด ๆ แบบนี้จริงหรือเปล่า ส่วนคนที่อยู่ในมุมมีครอบครัวจะได้เรียนรู้ว่าการได้อยู่กับครอบครัว ก็เป็นสิ่งที่มีความหมายและคุณค่ามากมายเช่นกัน” เมื่อแจ๊คกลับมาอยู่ในชีวิตฉากที่ 1 ของตัวเองอีกครั้ง แจ๊คเองก็รู้ว่าอะไรคือสิ่งที่ตัวเองต้องการจริง ๆ ในชีวิตและเริ่มต้นค้นหาและไขว่คว้าสิ่งนั้นกลับมาอีกครั้ง

โรงเรียน “ต้นกล้า” นักศึกษาแพทย์

พญ.กนกพร สุขโต

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

ถ้าเปรียบครูตั้งคนสวนที่กำลังพรวนดิน ครูหลายคนคงกำลังมองเมล็ดพันธุ์ในไร่ของตนเองที่เติบโตขึ้นตามกาลเวลา ด้วยความรักและความศรัทธาที่ได้ถ่ายทอดลงไปให้กับเมล็ดพันธุ์เหล่านั้น บัดนี้เมล็ดพันธุ์เหล่านั้นหยั่งรากได้ลึก พอสมควร กำลังผลิใบอ่อน ๆ และหยัดเหยยอดลำต้นชูช่ออย่างงดงาม

บทความในคอลัมน์นี้เป็นผลผลิตส่วนหนึ่งของเมล็ดพันธุ์รุ่นใหม่ เป็นผลงานของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ที่สะท้อนสิ่งที่ตนเองได้เรียนรู้จากประสบการณ์ แม้ว่าการเรียนในชั้นคลินิกช่วงเริ่มต้นเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบาก แต่พวกเขาก็สามารถถ่ายทอดความรู้สึกและบทเรียนต่าง ๆ ออกมาเป็นบทความที่น่าประทับใจ ในฐานะที่เป็นครูรู้สึกชื่นชมและปลาบปลื้มทุกครั้งที่ได้อ่านบทความเหล่านี้ แม้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมในหลักสูตรเวชปฏิบัติปฐมภูมิ ที่ไม่มีคะแนนเป็นรางวัล แต่เห็นถึงความตั้งใจและทุ่มเทของนักศึกษาแพทย์เหล่านี้ ในการสะท้อนมุมมองต่อเหตุการณ์ต่างๆ เป็นบทความที่ผู้อ่านสามารถสัมผัสได้ถึงความไพเราะของภาษา และอารมณ์ที่แสดงถึงเอกลักษณ์ของแต่ละคน เหมือนกับเราได้เห็นและชื่นชมกับลักษณะความงามเฉพาะของต้นกล้าแต่ละต้น

ในฉบับนี้ ขอเสนอบทความของนักศึกษาแพทย์ที่สะท้อนประสบการณ์การใช้ Patient Centered Medicine ในการดูแลคนไข้บนหอผู้ป่วย ซึ่งทำให้เราค้นพบว่า **การใช้การแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์สอดแทรกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการเรียน ได้ทำให้วันธรรมดา ๆ ของการเรียนบนหอผู้ป่วย กลายเป็นบทเรียนที่มีความหมายต่อตนเองและผู้อื่นได้อย่างน่าชื่นชม**

สุดท้ายนี้ ขอยืนยันว่าปύสูตร “Patient Centered Medicine” ที่เราชาวเวชศาสตร์ครอบครัวเชื่อว่าดี และเชื่อว่าหลายท่านได้พยายามใส่ลงไปใน “ต้นกล้า” ของท่านด้วยความรักอย่างต่อเนื่อง เป็นปύที่ทำให้การเรียนรู้อันยากลำบาก ของ “ต้นกล้า” สมบูรณ์ขึ้นจนเราได้ต้นกล้าที่มีใบและดอกที่สวยงามอย่างชื่นชม

ป.ปลาจากพม่า

โดย ต้นกล้า “นก” นักศึกษาแพทย์ กมลชนก โป้ฉั่ว

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

“ไม่ว่าร้ายหรือยากจน ทุกคนล้วนปรารถนาสุขภาพที่ดีด้วยกันทั้งนั้น
จึงเป็นหน้าที่ของเรา คนที่กำลังจะเป็นแพทย์ในอนาคต”

วอร์ดแรกของฉันในชีวิตชั้นคลินิกคือ อายุรกรรม ที่รุ่นพี่ส่งต่อกันมารุ่นต่อรุ่นว่าเหนื่อยนักหนา อากาศร้อนทำให้หน้ามันทั้งวัน คนไข้เยอะทำให้เลิกช้า ฯลฯ ฉันเห็นด้วยกับรุ่นพี่เรื่องความเหนื่อย แต่พวกเขาลืมบอกเล่าอีกด้านหนึ่งของชีวิตบนวอร์ดอายุรกรรม นั่นคือความสุขใจเล็กๆ น้อย ๆ ที่เกิดขึ้นทุกวัน

วอร์ดอายุรกรรมชาย มีคนไข้ในวอร์ดมากมายก็จริง แต่มีคนไข้คนหนึ่งที่ผมจำได้ไม่ลืม คนไข้ในความรับผิดชอบคนที่สองของฉัน อาจเพราะชื่อสั้น ๆ ของเขาชื่อ นายปลา! แค่นั้นจริง ๆ ทั้งในเวชระเบียน หัวเตียง สติกเกอร์ นายปลาไม่มีนามสกุล !

ที่แพทย์ประจำบ้านมอบหมายเคสให้ฉัน “น้องนกรับนายปลาละกัน คนพม่า”

คำถามที่ฉันถามออกไปโดยพลันแบบไม่ลังเล “ต้องพูดภาษาอะไรคะ พี่?”

พี่หัวเราะแบบเอือม ๆ ในคำถามที่ฉันคิดว่าสมเหตุสมผลที่จะสงสัยนะ แล้วก็บอกว่า “ภาษาไทยสิ”

ฉันโล่งใจ เพราะตั้งแต่เกิดมายังไม่เคยฝึกพูดพม่าเลย แต่ที่ฉันกังวลต่อไปกลับไม่ใช่ภาษาแล้ว นั่นคือข้อมูลหลังจากซักประวัติอาการสำคัญที่พี่แพทย์ประจำบ้านถามมา

“คนไข้ไอเป็นเลือดมา 1 วัน ซักอะไรบ้าง?”

จบการซักประวัติจากพี่แบบดู ๆ ไถ ๆ ไอไปไอมาสรุปนายปลาเป็นวัณโรค!! ใคร ๆ ก็ต้องตกใจหวาดระแวงเหมือนฉันว่าแล้วทำไมนายปลาไม่อยู่ในห้องแยก? เราจะติดมั้ย? tuberculin test positive ของเราจะช่วยอะไรได้มั้ย? สรุปคือ นายปลา รักษาตัวมานานหลายเดือนแล้วที่รามานี้แหละ กินยาครบไปแล้วทุกคนจึงวางใจว่าไม่ติดวัณโรคแน่นอน

พี่เล่าว่า มีพลเมืองดีไปพบนายปลานอนสลบอยู่คาถองเลือด จึงเรียกรถมาส่งโรงพยาบาลเมื่อกว่า 5 เดือนที่แล้ว ตอนนี้อย่างไม่ได้ออกจากโรงพยาบาลเป็นเพราะมีลมรั่วจากเยื่อหุ้มปอด ทั้ง 2 ข้างหลายตำแหน่ง ใส่สายระบายลมอยู่ เมื่อได้ข้อมูลมาพอสมควร ก็ถึงเวลาพบคนไข้จริง ๆ สักที

นายปลาเป็นผู้ชายพอมมาก ผิวคล้ำ ตาโตลึกโบ้เล็กน้อย ผมหงอก นั่งอยู่บนเตียงแบบเหงา ๆ ฉันเข้าไปแนะนำตัว นายปลาพูดไทยได้ดีพอสมควร ตั้งแต่วันนั้นเราก็เริ่มทำความรู้จักกัน วันละนิด ตอนเช้าเมื่อฉันไปที่เตียงเมื่อไรก็เห็นนายปลาตื่นมานั่งอยู่แล้วทุกครั้ง ไม่รู้ว่านอนไม่หลับหรืออย่างไร ถามไปถามมาได้ความว่า นิ่งเหน้อยน้อยกว่านอน เลยลุกมานั่งดีกว่า นายปลาเต็มใจให้ฉันฟังปอดซ้ายขวา ๆ ไม่เคยบ่น หายใจลึก ๆ ให้ตลอดทุกครั้ง

บ่ายวันหนึ่ง ฉันเข้าไปคุยกับนายปลา เพราะสงสัยมานานแล้วตั้งแต่ฉันเจอนายปลา ยังไม่เคยเห็นนายปลามีญาติมาเยี่ยมเลย ทราบว่านายปลามาทำงานแบกของก่อสร้างตั้งแต่อายุ 17-18 ปี มีครอบครัว ได้แก่ แม่ เมีย และลูกสาวหนึ่งคนอยู่ที่ฝั่งพม่าใกล้ ๆ กับอำเภอแม่สาย แต่ที่น่าตกใจอยู่ที่ว่าตั้งแต่ นายปลาเข้าโรงพยาบาลมาหลายเดือน ทางบ้านยังไม่ทราบเลยว่านายปลาป่วยหนักเข้าโรงพยาบาลนานขนาดนี้ ไม่มีใครรู้สึกคนเงินก็ไม่ได้ส่งไปที่บ้าน



นายปลาเปรยด้วยความทุกข์ใจว่า “ป่านนี้คนที่บ้านคงตาแล้วว่าหายไปไหน ไม่ส่งเงินมาให้”

ฉันได้แต่ปลอบนายปลาให้คิดบวกว่า ก็บอกที่บ้านไปว่าป่วย ไม่มีใครว่าอะไรหรอก ทุกคนอยากให้นายปลาหายป่วย แต่สิ่งที่ฉันได้ยินหลังจากนั้นก็กลับตรงกันข้าม นายปลาไม่คิดจะบอกเรื่องเจ็บป่วยนี้แก่ที่บ้าน เพื่อไม่ให้อายให้ทุกคนไม่สบายใจ แต่จะบอกว่าไม่มีงานทำแทน!

การพูดคุยครั้งนี้ ทำให้ฉันได้รู้จักนายปลามากกว่า “นายปลาตาโต” แต่เป็นนายปลาที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่มีหน้าที่รับผิดชอบอีกสามชีวิตที่ฝั่งพม่า การเจ็บป่วยครั้งนี้สร้างความลำบากไม่ใช่แค่นายปลาเอง แต่อีกสามคนที่อยู่ไกลด้วย นายปลาเล่าว่าที่บ้านไม่มีงานทำ ต้องเข้ามากรุงเทพฯ ถ้าอยู่บ้านก็ทำได้แค่ปลูกผักขาย ไม่พอใช้ นี่แหละหนาไม่ใช่แค่คนไทยใจต่างจังหวัดที่ต่างเข้าเมืองหลวงเพื่อหางานทำ หากทางอยู่รอด นายปลาเองตื่นตื่นมาจากฝั่งพม่า เสียค่านายหน้าหลายพันกว่าจะได้มาถึงที่นี่ เพื่อโอกาสที่ดีกว่า เพื่อชีวิตที่หวังว่าจะดีขึ้น

แม้ฉันจะเสนอความช่วยเหลือหลายครั้งว่า ฉันสามารถหาทางติดต่อญาติ ครอบครัวให้ได้ ในหัวฉันตอนนั้นคิดออกแค่วิธีเดียว สถานที่ห่างไกลแบบที่นายปลาเล่าว่า ลงรถแล้วต้องเดินขึ้นเขาเข้าป่าไปอีกสักชั่วโมง คงไม่มีโทรศัพท์ อีเมล วิธีของฉันคงต้องเป็นจดหมายที่บุรุษไปรษณีย์ไปส่งให้ครอบครัวนายปลา แต่นายปลาได้แต่ส่ายหน้าปฏิเสธ บอกว่ามันยาก หาไม่เจอหรอก หลังจากยึดเยียดบขรร้องประมาณ 5 นาที ฉันต้องยอมแพ้ เคารพการตัดสินใจของนายปลา ไม่ว่าจะเพราะเกรงใจหรือคิดว่าไกล แต่สัก ๆ ฉันว่าเหตุผลนายปลาคงไม่พ้นที่ว่าไม่อยากให้ครอบครัวของเขาเป็นกังวล ฉันเห็นความกังวลนั้นในสายตาเขาแทน

ไม่ได้มีแค่เรื่องราวชีวิตอันแสนลำบากกับครอบครัวที่ห่างไกลของนายปลาเท่านั้นที่ฉันได้เรียนรู้ นายปลาเป็นครูคนแรกของฉันในการเจาะเส้นเลือดแดงเพื่อเอาเลือดมาวิเคราะห์ก๊าซในเลือด (Arterial blood gas) เป็นหัตถการที่แปลกใหม่และยากคนไข้เจ็บมากเพราะต้องจิ้มเข็มเข้าเนื้อในตำแหน่งที่พอดี ฉันตื่นเต้นเพราะไม่เคยทำมาก่อน เคยดูพี่ปี 6 เจาะไป 1 ครั้งถึงเวลาฉันไม่พูดพร่ำทำเพลง ขออนุญาตนายปลาเสร็จ เข็มปลายเล็กจิ้มลงไประหว่างนิ้วสองนิ้วของฉัน ไม่มีอะไรเกิดขึ้น! ในหลอดฉีดยานั้นเงียบสนิท ความต้อร่นของฉันยังไม่หยุด

ฉันหันไปถามนายปลาว่า “เจ็บมั๊ย ขอเจาะอีกทีนะเมื่อกี้มันไม่ได้”

นายปลาที่กำลังนอนมองหัตถการครั้งนี้ พยักหน้าด้วยแววตาจริงใจ ไม่ตำหนิ ไม่กลัวว่าฉันจะพลาดอีก แววตานั้นเป็นกำลังใจให้ฉันในซ้มนัดไป



ผลออกมานายปลามีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำเล็กน้อย (mild hypoxia :)

นอกจากเป็นครูเจาะเส้นเลือดแดงแล้ว นายปลายังเป็นครูอีกหลายเรื่อง ความใหม่ของฉันในการเรียนชั้นคลินิกช่างพอดีกับความใจดีของครูที่สอนให้ฉันเอาสายใส่ระบายลมจากช่องปอดออก ฟังเสียงปอดที่ผิดปกติ ซักประวัติไอเป็นเลือด ดูฟิล์มเอกซเรย์ วิธีทำปิดเยื่อหุ้มปอดโดยการใส่ยาเข้าไป (pleurodesis) และอีกมากมาย ความรู้ที่ฉันไม่เคยเห็นในห้องเรียนตลอดสามปีในชั้นพรีคลินิก นายปลาไม่ใช่แค่คนแบกของธรรมดา เมื่อเราได้เจอกัน นายปลาแบกความรู้ทางการแพทย์มาให้ฉันแบบเต็มกระบุง!

นายปลากับฉันเริ่มพูดคุยเรื่องชีวิตหลังออกจากโรงพยาบาลมากขึ้นในช่วงหลังมานี้ เพราะนายปลาดูอาการดีขึ้น สายระโยงระยางหายไปแล้ว เหลือแต่นายปลาตัวเปล่า ๆ นายปลาคิดถึงลูกสาวที่กำลังน่ารักในวัย 5 ขวบ ฉันถามนายปลาว่าออกจากโรงพยาบาลแล้วจะไปทางไหนต่อ กลับบ้านที่แม่สายหรืออย่างไร ได้ความว่านายปลาไม่มีเงินมากพอที่จะกลับบ้าน อาจไปอยู่กับญาติที่ชายกล้ายทอดในกรุงเทพฯ ลาง ๆ ก่อน ฉันรู้ว่าเงินของฉันวันนี้ไม่ใช่เงินของตัวเอง แต่พอกับแม่คงดีใจที่เงินที่ท่านให้มาฉันเอามาช่วยเพื่อนมนุษย์คนหนึ่ง ฉันเสนอช่วยออกค่ารถให้ แต่นายปลาก็คือนายปลา พุดน้อย แววดาเศร้าซ้ำใจกรงใจปฏิเสธจะรับเงิน ฉันสงสัยว่ามีอะไรที่ฉันพอจะช่วยเหลือนายปลาได้บ้างไหม ก่อนที่นายปลาจะออกจากโรงพยาบาลแล้วเราจะไม่ได้เจอกันอีก

“ตอนนี้อายุได้แก๊งแก๊ง ๆ สักตัว ตัวที่ใส่มาเปื้อนเลือดพยาบาลลอร์ดที่แล้วบอกว่าให้ทิ้งเดี๋ยวซื้อให้ใหม่ ตอนนี่ยังไม่ได้เลย”

ฉันอดดีใจไม่ได้ที่สุดท้ายนายปลาก็ขอความช่วยเหลือจากฉันเสียที ฉันรีบตักปากรับคำว่าจะไปหากางเกงขายาวมาให้แบบไหนอย่างไรนายปลาไม่เรื่องมาก ขอแค่ปกปิดได้ก็พอ

พอดีกับที่วันนั้นมีตลาดนัดคณะวิทย์ตามปกติ ฉันเคยเห็นร้านขายเสื้อผ้ามากมาย เลยตัดสินใจไปหาเอาที่นั่นเลย นักศึกษาแพทย์คนหนึ่งกำลังเดินหัวยุงตามหากางเกงขายาวเหมาะ ๆ ที่นายปลาจะพอใจและใส่ได้ ไปเจอเข้าที่ร้านหนึ่งขายกางเกงวอร์มขายาวตัวละ 120 บาท เลือก ทาบ วัด ต่อราคา จบขั้นตอนนายปลาได้กางเกงวอร์มสีน้ำเงิน เนื้อผ้าพอใช้ไปตัวหนึ่ง นายปลายกมือผอมจนเห็นกระดูกไห่วปะหลก ๆ พลาจรับกางเกงไปจากฉัน



“คงใส่ได้นะ ขาวาวเอวบางยี่ด”

รอยยิ้มของนายปลาที่ฉันไม่ค่อยได้เห็นปรากฏขึ้น

ไม่นานหลังจากวันนั้น ก็ถึงเวลาต้องย้ายไปวอร์ดใหม่ ครั้งสุดท้ายที่เราได้พูดคุยกันคือ ฉันต้องไปสอนนายปลาใช้ยาพ่น แก้วหอบเหนื่อย ทุกคนเตรียมความพร้อมให้นายปลา นายปลากำลังจะได้กลับบ้าน!

เวลาผ่านไป 1 เดือน ฉันไม่ได้ยินขานนายปลาอีก ล่าสุดก็แค่ทราบว่านายปลาออกจากโรงพยาบาลหลังจากฉันย้ายวอร์ดไม่กี่วันโดยไม่ทันได้ล่ำลา แต่ฉันก็นึกขอบคุณนายปลาชาวพม่า อยู่เสมอ นายปลาสอนอะไรฉันหลายอย่าง ไม่ใช่แค่ความรู้ แต่เป็นมุมมองชีวิตใหม่ ๆ ที่คงมีอีกหลายคนเผชิญชะตากรรมเดียวกับนายปลา

เย็นวันหนึ่ง ฉันเข้าเวรที่ห้องฉุกเฉิน เดินไปเดินมาตามพี่แพทย์ประจำบ้าน หันไปเห็นแววดาคู่หนึ่งโต ๆ ลึก ๆ รูปร่างที่คุ้นเคย เพียงแต่ว่ามาสก์ที่ผู้ชายคนนี้ใส่อยู่ปิดบังหน้าเขาเสียครึ่ง แต่ฉันรู้สึกแน่ใจบนประหลาดใจ หายใจเข้าลึก ๆ แอบปลีกตัวจากพี่ที่กำลังวุ่นดูซาร์ทคนไข้อยู่

“นายปลา! มาทำอะไรคะ” ถามโพล่งออกไปแบบเสียงมากทั้ง ๆ ที่ยังไม่เห็นหน้า ฉันเรียกชื่อเขาไปแล้ว

“มารับยา ตอนวันนัดไม่ได้มา เลยมานะวันนี้” นายปลาจริง ๆ

“อ้าว แล้วนี่ไม่ได้กลับบ้านที่ฝั่งโน้นหรือ” แล้วคำตอบหลังจากนั้นทำให้ฉันใจหายแทนนายปลา...

“กลับไม่ได้แล้ว ไม่มีใครแล้ว ทุกคนคิดว่าผมตายไปแล้ว แม่ไปวัดทำบุญให้แล้ว เมื่อกี้เอาลูกสาวให้แม่เลี้ยงแล้วไปมีผัวใหม่”

ความเจ็บปวดจากโรคร้ายอาจหายได้ แต่ชีวิตหลังจากนี้ของนายปลาคงโดดเดี่ยว ความหนาวเย็นคงมากกว่าเดิมแน่นอน ฉันทำได้แต่ให้กำลังใจบอกนายปลาว่าไม่เป็นไร อย่างน้อยก็ยังมีลูกสาว มีแม่ นี่แค่คงดีใจมากที่รู้ว่านายปลายังไม่เป็นวิญญูณรับบุญที่แม่ส่งไปให้ ตอนนี้นายปลาอาศัยอยู่ที่วัด ฉันได้ถามไถ่อาการอีกเล็กน้อยทราบว่านายปลาดีขึ้นมาก ไม่หอบไม่ไอ ตั้งใจจะหางานทำต่อในเมืองหลวงนี้แหละ

ฉันผละตัวมาทำงานต่อ หลังจากอวยพรให้นายปลา โชคดีหายไวไว นายปลาที่คงได้รับยาแล้วกำลังเดินออกจากแผนกฉุกเฉิน หันมาหาฉันแล้วยกมือไหว้ นัยน์ตาก็เป็นเชิงขอบคุณ ฉันไหว้นายปลาเป็นเชิงขอบคุณเช่นกัน :)

เราต่างหมดหน้าที่ของแพทย์และคนไข้ ของครูและลูกศิษย์ แต่สิ่งที่เหลือไว้กลับยิ่งใหญ่กว่านั้น คือความเห็นอกเห็นใจที่ฉันเพิ่งสังเกตว่า ตัวเองเกิดความรู้สึกนี้ขยับขึ้นหลังจากได้รับรู้เรื่องราวของคนคนหนึ่งที่ไม่ใช่คนไทย ไม่ใช่คนที่มีชื่อเสียงในสังคม แต่ชีวิตของคนที่ต้องสู้ยอมนับเป็นบทเรียนที่น่าจดจำ ไม่ใช่หรือ ความยากลำบากในชีวิตควรได้รับการเชิดชู เพราะทำให้จิตใจของคนที่รับรู้เข้มแข็ง นายปลาทำให้ฉันเห็นว่าการพอใจในตัวฉันปัจจุบันนั้นเป็นสิ่งสมควรทำอย่างยิ่ง

เพียงเวลาไม่นานที่ได้เรียนจากชายชาวพม่าคนนี้ เป็นแรงบันดาลใจให้ฉันมุ่งมั่น เลือกว่าจะรักในความเสมอภาคของความเป็นมนุษย์ แพทย์ต้องรักษาผู้คนไม่ว่าเชื้อชาติใด มีเงินมากน้อยแค่ไหน ฉันคิดว่าความปรารถนาดีแก่เพื่อนมนุษย์เป็นพื้นฐานที่แพทย์ทุกคนควรมี หากมีแค่ความรู้รอบเรื่องโรคเรื่องยาเท่านั้น

นายปลาเดินลับไป ทางเกวที่สี่มาวันนี้เป็นตัวเดียวกับที่ฉันยืนให้วันนั้น...

รอยยิ้มของฉันแจ่มชัดขึ้นอีกครั้ง

ใบสมัครสมาชิก

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

หมายเลขสมาชิก.....

ชื่อ - นามสกุล นาย / นาง / นางสาว.....

ชื่อหน่วยงาน องค์กร / สถาบัน.....

เลขที่..... หมู่บ้าน / อาคาร..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... อีเมลล์.....

ประเภทการสมัครสมาชิก

- บุคคล 1 ปี (...3...ฉบับ) ราคา.....300.....บาท เริ่มฉบับที่.....ถึงฉบับที่.....
 2 ปี (...6...ฉบับ) ราคา.....550.....บาท เริ่มฉบับที่.....ถึงฉบับที่.....
- องค์กร / สถาบัน 1 ปี (...3...ฉบับ) ราคา.....400.....บาท เริ่มฉบับที่.....ถึงฉบับที่.....
 2 ปี (...6...ฉบับ) ราคา.....750.....บาท เริ่มฉบับที่.....ถึงฉบับที่.....

การชำระเงิน

โอนเงินเข้า บัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขามหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อบัญชี สฟช.อาเซียน

ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 333-229991-7

FAX: สำเนาการโอนเงิน มาที่ เบอร์ 02-4410163 เบอร์โทรศัพท์ 02-4419040-3 ต่อ 15-18

สถานที่จัดส่งเอกสาร

1. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

- หน่วยงาน
- อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

2. ใบเสร็จ

- หน่วยงาน
- อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ..... (ผู้สมัคร / แทน)

วันที่สมัคร...../...../.....

ที่อยู่ติดต่อ

สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สฟช.)

สำนักงาน : สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล 25/25 ถ.พุทธมณฑล 4 ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170

