

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประเมินผลการมีส่วนร่วมของเกษตรกรในทีมสหวิชาชีพในการพัฒนาระบบบริการหน่วยบริการปฐมภูมิในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ศึกษาได้ทำการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยสาระสำคัญจากเอกสารที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปออกมา โดยจะได้นำเสนอในประเด็น ดังนี้

1. เป้าหมายของคุณลักษณะการจัดการบริการที่เป็นรูปธรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. แนวคิดในการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบสหวิชาชีพ
 - 2.1 รูปแบบจำลองด้านสุขภาพแบบองค์รวม
 - 2.2 การวางแผนรูปแบบการดำเนินงานให้มีการเสริมพลังชุมชนอย่างต่อเนื่อง ของ Glenn Laverack
 - 2.3 การวางแผนและประเมินผลการดำเนินงานโครงการวิจัยด้านเสริมสร้างสุขภาพชุมชนรูปแบบวิธีการทำงาน PATCH , Planned Approach to Community Health
 - 2.4 การเยี่ยมบ้าน
3. การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน
 - 3.1 ผลได้ที่เป็นเป้าหมายและตัวชี้วัดคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย
 - 3.2 การประเมินผลของการติดตามแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา
 - 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน
 - 3.4 การตรวจเท้าด้วยโมโนฟิลาเมนต์ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. เป้าหมายของคุณลักษณะการจัดการบริการที่เป็นรูปธรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ

คุณลักษณะการจัดการบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เป็นตัวชี้วัดเป้าหมายที่ชัดเจน ประกอบด้วย 4 คำ ได้แก่ ความเสมอภาคเท่าเทียม (Equity) คุณภาพ (Quality) ประสิทธิภาพ (Efficiency) และชุมชนมีส่วนร่วมและตรวจสอบได้ (Social Accountability) เมื่อนำมากำหนดเป็นตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรม แบ่งได้เป็น 9 ข้อ (สำเริง แหยงกระโทก, 2545) ได้แก่

1. มี (Availability) ได้แก่ การมีสถานบริการใกล้ชุมชน เดินทางสะดวก มีการประสานเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับชุมชน โดยควรมีพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว หรือ พยาบาลวิชาชีพประจำ มีอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์เพียงพอพร้อมใช้ และมีบุคลากรที่จะให้บริการตามมาตรฐาน เป็นแพทย์ หรือพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ที่สามารถให้การรักษเบื้องต้น มีเจ้าของ

ครอบครัว เจ้าของคนไข้ มีทีมงานเป็นทีมงานเดียวกันทั้งเชิงรุกและเชิงรับ มีบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูครบ โดยให้ความสำคัญ ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยในเชิงรุกให้ มาก และมีการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถนำความรู้มาพัฒนางานให้มี คุณภาพ

2. ดี (Good Care, Standard Care) ได้แก่ การมีมาตรฐานระบบบริการ/การดูแล (Standard of Care) เป็นมาตรฐานเชิงวิชาการที่จะให้การดูแลได้อย่างครอบคลุมทั้งศาสตร์และศิลป์ให้การ วินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพ พร้อมทั้งจะให้สังคมสามารถตรวจสอบได้ และการมีทัศนคติ (Attitude) ที่ดีโดยบุคลากรมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการและเข้าใจถึงแนวคิดการให้บริการเวช ปฏิบัติครอบครัวอย่างถูกต้อง มุ่งเน้นการให้บริการที่ยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้บริการที่ ผู้ป่วยพึงพอใจ

3. การเข้าถึง (Accessibility of Care) ประชาชนต้องได้รับบริการที่เท่าเทียมกัน มีระบบ บริการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน (Service Accessibility) มีพฤติกรรมบริการที่ดี มี คุณภาพ

4. พึงใจ (Acceptability) คือให้บริการที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ (Customer Satisfaction) ได้รับความช่วยเหลือและได้รับการที่ได้มาตรฐานประทับใจ (Excellence Service Behavior) เป็นกันเองมีทัศนคติที่ดีเข้าใจถึงความเจ็บป่วยทางกายทางจิตรวมทั้งการให้คำปรึกษา และประชาชนมีช่องทางที่จะสะท้อนหรือให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นแก่สถานบริการ เพื่อนำไป ปรับปรุงแก้ไขได้

5. จำยคุ้ม (Efficiency) เป็นการลงทุนในสถานบริการให้ใช้ต้นทุนต่ำแต่ผลลัพธ์สูง มี ความคุ้มค่าการจ่าย (Cost Effectiveness / Cost-Benefit) การลงทุนทรัพยากรรวมถึงแรงงาน คน เวลา เครื่องมือที่ได้ประโยชน์สูงสุด และมีประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (Allocation Efficiency)

6. ชุมชนมีส่วนร่วม (Community Involvement) หรือชุมชนมีพลังอำนาจ ความเข้มแข็ง มากขึ้น (Community Empowerment) โดยประชาชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองและ ครอบครัวตลอดจนสุขลักษณะของสิ่งแวดล้อมในชุมชนโดยมีบุคลากรสาธารณสุขคอยเอื้ออำนวย ความสะดวกในการเรียนรู้ต่างๆ และสามารถให้ข้อเสนอแนะด้านการบริหารและจัดการด้านสุขภาพ ของชุมชน ซึ่งสามารถทำได้ในรูปแบบการเป็นอาสาสมัครหรือจัดตั้งการเป็นตัวแทนด้านสุขภาพ เช่นประชาคมสุขภาพ

7. เป็นองค์รวม (Holistic) คือ ให้การดูแลที่ครบถ้วนทั้งกายจิตสังคมและจิตวิญญาณทำให้ ทราบถึงองค์ประกอบปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยของผู้มารับบริการประวัติครอบครัวประวัติ ความเจ็บป่วยในอดีตและอื่นๆมีระบบข้อมูลเอื้อให้เกิดบริการแบบองค์รวมรู้ข้อมูลบุคคลครอบครัว

ชุมชน และจิตวิญญาณ จากการทำแฟ้มอนามัยครอบครัว (Family Folder) และอาศัยเครื่องมือในการศึกษาชุมชนทั้ง 7 ชั้น ซึ่งประกอบด้วย แผนที่เดินดิน ผังเครือญาติ โครงสร้างองค์กรชุมชน ระบบสุขภาพชุมชน ปฏิทินชุมชนประวัติศาสตร์ชุมชนและประวัติชีวิตบุคคลที่น่าสนใจ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2545) และมีการเชื่อมโยงบูรณาการ (Integration) ของระบบบริการครอบคลุม ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูและให้บริการต่อเนื่องทั้งขณะป่วยและไม่ป่วยเมื่อป่วยจะมีระบบส่งต่อที่เชื่อมโยงถูกต้อง

8. ความต่อเนื่อง (Continuity of Care) โดยมีการดูแลต่อเนื่องตลอดเหตุการณ์ ตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วยจนกระทั่งเจ็บป่วย การจัดบริการรักษาพยาบาล มีความต่อเนื่องเชื่อมโยง

9. พร้อมทั้งเรื่องอื่นๆโดยการพัฒนาให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีความสมบูรณ์อาจมีข้อแตกต่างกันตามสภาพพื้นที่และเงื่อนไขเวลาต่างๆสถานบริการปฐมภูมิมีความพร้อมที่จะพัฒนาเรื่องอื่นๆตามสถานการณ์และสถานที่ตลอดเวลารวมทั้งการสอบถามชาวบ้านผู้ให้บริการว่ามีความต้องการสถานบริการปฐมภูมิที่มีลักษณะเช่นไร

2. แนวคิดในการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบสหสาขาวิชาชีพ

จากการศึกษาชื่อ Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) ปี 1993 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานใช้เวลาร้อยละ 80 ในการพบและรับการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุขที่มีใช้แพทย์และการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามกำหนดไว้ใน DCCT ประกอบด้วย การใช้ยาที่เหมาะสม การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นต้น กิจกรรมทั้งหมดนี้อยู่นอกเหนือความสามารถของบุคลากรสาธารณสุขสาขาใดสาขาหนึ่งแต่ต้องประกอบด้วยความร่วมมือระหว่างบุคลากรสาธารณสุขหลายสาขาได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลเป็นต้น (ปรีชา, 2543) โดยแพทย์เป็นหัวหน้าทีม เภสัชกรมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเรื่องซึ่งมีวัตถุประสงค์อยู่ที่การใช้ยาที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพเกิดอาการไม่พึงประสงค์น้อยและเกิดการใช้ยาตามสั่ง ติดตามผลได้ของการรักษาอันเนื่องมาจากการใช้ยา (Grainger-Rousseau et.al, 1997) โดยแนวคิดในการให้บริการผู้ป่วยอาศัยหลักการในการดำเนินงานดังนี้

2.1 การดำเนินงานรูปแบบจำลองด้านสุขภาพแบบองค์รวม ภายได้ชื่อว่า “ bio-psycho-socio-environmental model of health” หรือมีชื่อเรียกว่า “ The Mandala of Health” (Connor & parker, 1995) ให้ความสำคัญที่สุขภาพแบบองค์รวมและการป่วยของบุคคลเป็นศูนย์กลาง สุขภาพและการดำรงอยู่ภายใต้ปัจจัยกำหนด 4 ด้าน คือ ด้านชีวบุคคล (human biology) ด้านพฤติกรรมบุคคล (personal behavior) ด้านสิ่งแวดล้อมทางจิตและสังคม (psycho-social environment) และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment) โดยวิธีการทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพชุมชนสามารถจำแนกได้ 2 ประเภท คือ ประเภทแรก ได้แก่ งานสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมสุขภาพและสร้างวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพซึ่งมีขั้นตอนกำหนดปัญหาพิจารณาและจำแนกพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหาร ขนมหองหวาน น้ำอัดลม ซึ่งส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงในผู้ป่วยโรคเบาหวาน กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการเปลี่ยนวิถีชีวิตหรือกลุ่มประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง กำหนดยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ การให้ข้อมูลข่าวสาร การพัฒนานโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพดี และการพัฒนาชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาพและจัดกลุ่มสมาชิกที่เกี่ยวข้องกับปัญหาปรึกษาและกำหนดแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ประเภทที่ 2 เป็นลักษณะงานสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมโดยมุ่งเน้นปรับเปลี่ยนเงื่อนไขความเป็นอยู่บริบททางสังคม และสิ่งแวดล้อมของชุมชน ภายใต้แนวทางการทำงานทั้งสองลักษณะที่สนับสนุนให้เกิดบริการด้านสุขภาพแบบองค์รวม

2.2 การวางแผนรูปแบบการดำเนินงานให้มีการเสริมพลังชุมชนอย่างต่อเนื่องของ Glenn Laverack 2004 การศึกษาวิจัยฉบับนี้เห็นประโยชน์ของการมีเกสส์กร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพในการเริ่มการดำเนินงานเพื่อมุ่งเน้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยวางแผนการดำเนินงานตามขั้นตอน เพื่อให้ทราบปัญหาที่แท้จริงของชุมชนเป็นแนวทางสามารถแก้ปัญหาได้ตรงประเด็นและเป็นการดำเนินการเบื้องต้นก่อนที่จะดำเนินการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมต่อไปโดยการวางแผนรูปแบบการดำเนินงานให้มีการเสริมพลังชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยกล่าวว่าต้องประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก คือ 1.ปฏิบัติการบุคคล 2.พัฒนาการของกลุ่มช่วยเหลือกันเองขนาดเล็ก 3.องค์กรชุมชน 4.ความเป็นพันธมิตรหรือหุ้นส่วน 5.ปฏิบัติการทางสังคมและการเมือง ซึ่งจะทำให้เกิดแนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ให้ชุมชนเข้มแข็งระยะยาว (Laverack, 2004)

2.3 การวางแผนและประเมินผลการดำเนินงานโครงการวิจัยด้านเสริมสร้างสุขภาพชุมชน รูปแบบวิธีการทำงาน PATCH, Planned Approach to Community Health การวางแผนและประเมิน ผลการดำเนินงานโครงการวิจัยด้านเสริมสร้างสุขภาพชุมชนได้นำรูปแบบวิธีการทำงานที่เรียกว่า PATCH (รุจินาถ อรรถสิทธิ์และวิชัย จันทร์กิติวัฒน์, 2548) มาใช้ จากพื้นฐานความคิดการทำงานแบบ PATCH คือ PRECEDE-PROCEED Model โดยระยะ PRECEDE ให้ความสำคัญผลที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพคือสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยมีการทำงาน 5 ขั้นตอน คือ 1.) วิเคราะห์ให้เห็นภาพของผลที่จะเกิดคือ คุณภาพชีวิตมีภาพลักษณะเป็นอย่างไร ภายใต้สภาวะสังคมที่เป็นจริง กลุ่มเป้าหมายคือใคร มีความต้องการอย่างไรและมองคุณภาพชีวิตอย่างไร 2.) วิเคราะห์ทางระบาดวิทยาโดยวิเคราะห์สภาวะสุขภาพปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงเพื่อให้เห็นเป้าหมายสุขภาพและ ตัวชี้วัด 3.) การวิเคราะห์พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เห็นถึงพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับปัญหา หาสุขภาพเพื่อที่ให้ได้ประเด็นที่ต้องดำเนินการที่ต้องแก้ไขได้ชัดเจนขึ้น 4.) วิเคราะห์ผลการศึกษาเพื่อ ให้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต 5.) วิเคราะห์การบริหารและนโยบายเพื่อให้ทราบถึงนโยบาย

ทรัพยากร และศักยภาพขององค์กรในการจัด การดำเนินงานเสริมสุขภาพเพื่อให้ได้แผนงานโครงการที่เหมาะสม และในระยะPROCEED ให้ความสนใจ ใจรายละเอียดการดำเนินงานเสริมสุขภาพตั้งแต่ การกำหนดนโยบาย การวางแผนการดำเนินงาน และการประเมินผล มี 4 ขั้นตอนต่อเนื่องจากระยะแรก คือ 6.) การดำเนินงานตามแผนงาน 7.) การประเมินผลระหว่างการดำเนินงาน 8.) การประเมินผลที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม 9.) การประเมินผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับสุขภาพและคุณภาพชีวิต

2.4 การเยี่ยมบ้าน เป็นเครื่องมือที่สำคัญ ในงานเวชปฏิบัติครอบครัว ทำให้ได้รู้จักไม่ใช่เพียงตัวผู้ป่วย แต่เป็นบริบทที่สำคัญสำหรับตัวผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัว การได้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งแวดล้อม สังคมและชุมชนของผู้ป่วยทำให้ได้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้นโดยวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน (สำเร้ง แหะงกระโทก, 2545) คือ เพื่อรู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดการบริการอย่างเป็นองค์รวมต่อเนื่องและสามารถประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวโดยสามารถแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ออกเยี่ยมได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ ได้แก่

- 1.) ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยทั้งเรื้อรังและฉับพลันที่ไม่สามารถมารับบริการได้
- 2.) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต
- 3.) การเยี่ยมเพื่อประเมินปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวการดูแลผู้ป่วย

ที่สถานบริการอาจทำให้เห็นผู้ป่วยไม่หมด การลงเยี่ยมจะทำให้เห็นสภาพแวดล้อมในบ้าน ความสัมพันธ์ของคนในบ้าน การดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เครือข่ายสังคมซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยทำให้สามารถมองเห็นสาเหตุของปัญหาและศักยภาพที่จะนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการเยี่ยมเพื่อวัตถุประสงค์หัวข้อนี้ได้นำมาใช้ในการดำเนินการเยี่ยมบ้านสำหรับการวิจัยในผู้ป่วยโรคเบาหวานครั้งนี้

4.) การเยี่ยมบ้านหลังเกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วย เช่น ประสบอุบัติเหตุ ผ่าตัด หรือเจ็บป่วยสำคัญเป็นการเยี่ยมเพื่อให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนการออกเยี่ยมบ้านแบ่งได้เป็นระยะ ดังนี้

- ระยะก่อนการเยี่ยมบ้าน คือ วางวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมวางแผนและเตรียมความพร้อมข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ แฟ้มอนามัยครอบครัว บัตรบันทึกสุขภาพ ข้อมูลการเยี่ยมบ้านครั้งก่อน(ถ้ามี)

- ระยะเวลาเยี่ยม จำเป็นต้องมีทักษะในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ค้นหาปัญหา แก่ปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเป็นองค์รวม โดยในการเยี่ยมชมต้องประเมินสุขภาพของผู้ป่วย และครอบครัวมีแนวทางดังนี้ INHOMESSS

I = Immobility ประเมินว่าผู้ป่วยดูแลตนเองได้หรือต้องอาศัยผู้อื่น
 N = Nutrition ภาวะโภชนาการของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยเบาหวานคุมอาหาร
 อย่างไร
 H = Home environment สภาพสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้ป่วย
 O = Other people ความสัมพันธ์ในครอบครัวเพื่อนบ้านมีการพึ่งพา
 กันหรือไม่
 M = Medications การซักประวัติเรื่องยาการใช้สมุนไพร ยาพื้นบ้าน
 ของผู้ป่วยมีความจำเป็นเพื่อประเมินเรื่องการใช้ยา การดูแลตนเองและการแสวงหาแหล่งพึ่งพา
 ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย
 E = Examination การตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน
 S = Safety ความปลอดภัยภายในบ้าน
 S = Spiritual Health ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณี
 การค้นหาปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมที่มีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยถึง
 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว
 S = Service การประเมินที่บ้านถึงบริการสุขภาพที่ได้รับ เพื่อ
 ปรับปรุง
 บริการให้มีคุณภาพและประชาชนเข้าถึงบริการยิ่งขึ้น

- ระยะหลังการเยี่ยมบ้าน นำข้อมูลที่ได้ลงบันทึก ตามหัวข้อ SOAP ได้แก่

S (Subjective) ได้แก่ ข้อมูลจากการบอกเล่าของผู้ป่วย ญาติ ลงบันทึกให้
 ครอบครัวประ เค้น กาย จิต สังคม โดยเฉพาะแนวคิด

O (Objective) ได้แก่ ข้อมูลจากการตรวจพบและการสังเกต เช่น ข้อมูลตรวจ
 ร่างกาย สิ่งแวดล้อม

A (Assessment) ได้แก่ การประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวตามระดับการดูแล

P (Plan Management) ได้แก่ การวางแผนการส่งเสริมดูแลตนเอง นำศักยภาพ
 ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมมาใช้ให้เหมาะสม

3. การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและพบการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยมากขึ้นโดยเป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานคือ ลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือให้ใกล้เคียงระดับปกติที่สุด โดยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเป้าหมายเท่ากับ 80-120mg/dl ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนนอนเท่ากับ 100-140 mg/dl และ HbA_{1c} น้อยกว่า 7% และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานชนิดเฉียบพลันและลดอัตราเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาว ส่วนการรักษาโรคเบาหวานต้องประกอบด้วยวิธีต่างๆร่วมกันได้แก่ การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด การให้ความรู้และการกระตุ้นผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และการประเมินเป้าหมายในการรักษาเป็นระยะ ซึ่งหากการดำเนินงานให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยที่ผ่านมายังไม่เป็นระบบขั้นตอนจะทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษาดังกล่าวได้ โดยในการดูแลรักษาผู้ป่วยพิจารณาถึงการดำเนินงานในด้านต่างๆ ดังนี้

3.1 ผลได้ที่เป็นเป้าหมายและตัวชี้วัดคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย ปัจจุบันได้มีการนำผลได้มาใช้เป็นเป้าหมายและตัวชี้วัดคุณภาพในการรักษามากขึ้น (Kozma et.al, 1993) ได้ให้ความหมายของ ผลได้ที่เป็นเป้าหมาย คือ ส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดคุณภาพและผลได้ที่เปลี่ยนแปลงเป็นผลจากการดูแลทางการแพทย์หรือการดูแลสุขภาพโดยแบ่งผลได้ของการดูแลทางการแพทย์เป็น 3 ด้าน ได้แก่ ผลได้เชิงคลินิก ผลได้เชิงเศรษฐศาสตร์ และผลได้เชิงมนุษย์

ในส่วนผลได้เชิงคลินิกและผลได้ทางความเป็นมนุษย์เป็นผลที่วัดได้โดยตรงกับผู้ป่วย โดยผลได้เชิงคลินิก เป็นการวัดผลจากการรักษาด้วยตัวชี้วัดทางการแพทย์ และประเมินผลทางคลินิกโดยใช้ข้อมูลด้านอาการ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติเป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาผลได้เชิงคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานครั้งนี้ใช้การติดตามวัดผลระดับน้ำตาลในเลือด (FBS ; mg/dl) แสดงผลทางคลินิกเป็นหลัก ส่วนผลได้ทางความเป็นมนุษย์เป็นผลการรักษาในเชิงมนุษยธรรมซึ่งเป็นการวัดในมุมมองของผู้ป่วย เช่น ความพึงพอใจในการรับบริการหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งวัดได้ด้วยแบบสัมภาษณ์มาตรฐาน

โดยคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถประเมินได้จากแบบวัดคุณภาพชีวิต (Ferrell et.al, 1995) และยังหมายถึง ความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดี ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในชีวิต ความสุขหรือไม่มีความสุขในเรื่องภาวะสุขภาพ กิจกรรมในชีวิต คุณค่าในตนเอง และครอบครัวและคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ถึงควมมีประสิทธิภาพหรือความสามารถในการกระทำอย่างมีความหมายเพื่อควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง ทั้งในด้านจิตใจ อารมณ์ ความนึกคิด สังคม และการดูแลรักษา คุณภาพชีวิตจึงเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิตของตนเองภายใต้บริบทของระบบวัฒนธรรมและค่านิยมใน

สังคมซึ่งบุคคลอาศัยอยู่มีความเกี่ยวข้องกับ เป้าหมาย ความคาดหวังมาตรฐาน และความสนใจซึ่งจะปรากฏออกมาในลักษณะของสุขภาพด้านร่างกายภาวะทางด้านจิตใจการพึ่งพา ปฏิสัมพันธ์ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และความเชื่อของบุคคล (Glossary, 2000) ซึ่งคุณภาพชีวิตมีบทบาทสำคัญในปัจจุบันเนื่องจากเป็นตัวแปรที่สำคัญในการทำนายผลได้ของการรักษาในการศึกษาทางคลินิก

การประเมินคุณภาพชีวิตในปัจจุบันเริ่มมีการวัดคุณภาพชีวิตเพื่อวัดผลการรักษาหรือการให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างแพร่หลาย โดยอาศัยแบบวัดคุณภาพชีวิต ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้ (Guyalt et.al, 1996)

- การประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบกว้างไม่มุ่งไปที่ผลกระทบของโรคหรือความเจ็บป่วยใดเป็นพิเศษ สามารถประเมินได้ครอบคลุมกับบุคคลทั่วไปทุกสถาน การณ์ โดยใช้แบบสอบถาม/สัมภาษณ์ทั่วไป
- การประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคหรือความเจ็บป่วย เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ หรืออาจประเมินประชากรบางกลุ่ม เนื่องจากเชื่อว่าการเจ็บป่วยในแต่ละโรคจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติที่มีความแตกต่างกันออกไป สามารถประเมินโดยใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์เฉพาะโรค

สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความแตกต่างจากคุณภาพชีวิตของบุคคลโดยทั่วไปในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้แบบสัมภาษณ์โรคเบาหวานโดยเฉพาะ ซึ่งมีรายละเอียดหัวข้อเรื่องครอบคลุมแสดงผลได้ทางความเป็นมนุษย์ ได้แก่ การปฏิบัติตัว ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน คุณภาพชีวิต การเผชิญกับภาวะที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน และความพอใจต่อบริการที่ได้รับ

3.2 การประเมินผลของการติดตามแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับยา การปฏิบัติงานของเภสัชกรในการติดตามปัญหาที่เกี่ยวกับยา เภสัชกรควรทำการประเมินผลการดำเนินงานเพื่อจะได้นำมาใช้ในการพัฒนาปรับปรุงการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การประเมินผลการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับยาจากการใช้วิธีบริบาลทางเภสัชกรรม มีตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินผล ดังนี้ (Farris and Kirking, 1993)

- การทำให้ผู้ป่วยหายจากโรค
- ลดหรือกำจัดการทนทุกข์ทรมานจากอาการของโรค
- ป้องกันการเกิดโรคหรืออาการของโรค
- หยุดยั้งหรือชะลอความรุนแรงของโรค
- ผู้ป่วยมีความรู้ของยาที่ใช้รักษาเพิ่มขึ้น
- ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง
- สภาวะของการรักษาด้วยยาดีขึ้น

- การสั่งใช้ยาและจ่ายยาอย่างถูกต้อง
- มีการติดตามการใช้ยาดีขึ้น
- ลดการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา
- ลดอาการไม่พึงประสงค์จากยา
- ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ

นอกจากนี้ยังสามารถประเมินผลการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับยาที่มีผลต่อการรักษา โดยการประเมินผลของการรักษาจะมีความแตกต่างกันออกไป บางครั้งสามารถวัดผลการรักษาได้โดยตรง บางครั้งยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยนั้นจะมีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการรักษา ดังนั้นการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยจะต้องมีการประเมินทั้งทางด้านคุณภาพการทำงานของร่างกาย ผลทางด้านจิตใจและสังคม ดังกล่าวแล้วในหัวข้อผลได้ที่เป็นเป้าหมายและตัวชี้วัดคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยข้างต้น สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เก็ชกรประเมินผลการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับยาจากการดัดแปลงใช้วิธีการบริหารทางเภสัชกรรมและนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชา ซึ่ต่อไป

3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานพบว่าปัจจัยที่คาดว่ามึผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (วนิรัฐ ศรีชนะ, 2548) มีดังนี้

- อายุ ความทนทานต่อกลูโคสจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น
- น้ำหนักตัวของผู้ป่วยเบาหวานพบว่ากรดน้ำหนักรว้ในตัวในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งอ้วนจะสามารถควบคุมโรคได้ง่ายและดีขึ้น
- ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานกล่าวคือยิ่งระยะเวลาการเป็นโรคนาน หรือภาวะการควบคุมโรคไม่ดี หมายถึง ไม่สามารถควบคุมให้ระดับน้ำตาลลดลงในระดับใกล้เคียงปกติหรืออยู่ในระดับปกติได้ยิ่งทำให้มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้มาก ในทางกลับกันถ้าได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานไม่นานหรือสามารถควบคุมโรคได้ดีจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อยหรือ ภาวะแทรกซ้อน ที่มีอยู่แล้วอาการจะดีขึ้น
- การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน เรื่องการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และการรับประทานยา โดยจุดมุ่งหมายในการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับปกติ น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม จะลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากโรคเบาหวาน การออกกำลังกายและการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

นอกเหนือจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น จากการศึกษาค้นคว้าของวนิรัฐ (ปี2548) พบว่ายังมีปัจจัยด้านอื่นที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แก่เจตคติเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ เจตคติเกี่ยวกับสังคมและการปรับตัว การปฏิบัติเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ การปฏิบัติเกี่ยวกับสังคมและ

การปรับตัว โดยผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่เป็นอยู่ในระดับดี เท่ากับ ร้อยละ 60 ร้อยละ 86.7 และร้อยละ 68.7 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีผลเชิงบวกต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เจตคติด้านสังคม และการปรับตัว และปัจจัยที่มีผลเชิงลบต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือสถานภาพ โสดและ อายุ 65 ปีขึ้นไป

ดังนั้นจากการทราบข้อมูลที่เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องในการส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดังกล่าวข้างต้น งานวิจัยครั้งนี้จึงให้ความสนใจรวบรวมวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งทางด้านชีวบุคคล พฤติกรรมบุคคล สิ่งแวดล้อมทางจิตสังคม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานด้วย

3.4 การตรวจเท้าด้วยโมโนฟิลาเมนต์ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป้าหมายหลัก ในการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน คือ ลดอัตราการเกิดแผลและการตัดเท้า ดังนั้นการที่จะไปสู่เป้าหมายได้จึงจำเป็นต้องมีการค้นหาผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานการดูแลสุขภาพเท้ารวมทั้งแนะนำการเลือกรองเท้าที่เหมาะสมก่อนที่จะเกิดแผลขึ้น โดยปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดแผลและการตัดเท้า คือ เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม เมื่อเกิดภาวะนี้ขึ้นผู้ป่วยเบาหวานจะมีโอกาสเกิดแผลสูงถึง 8-18 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานทั่วไป รวมทั้งมีโอกาสในการถูกตัดเท้าสูงกว่าปกติถึง 2-15 เท่า โดยความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเกิดจากหลายกลไก (ศักดิ์ชัย จันทอมรกุลและคณะ, 2548) ได้แก่

- สูญเสียความรู้สึกในการป้องกันตนเอง คือ ความรู้สึกเจ็บปวดความรู้สึกถึงแรงกดและความรู้สึกร้อนเย็นทำให้เท้าไม่สามารถหลบเลี่ยงจากสิ่งที่กำลังก่อให้เกิดอันตรายต่อเท้า
- กล้ามเนื้อมัดเล็กๆในฝ่าเท้าฝ่อลีบทำให้เกิดนิ้วผิดรูปงอเหมือนกรงเล็บเป็นผลให้เกิดแผลที่ปลายนิ้วและโคนนิ้วได้ง่าย
- เส้นประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมต่อมเหงื่อเสื่อม ทำให้เกิดภาวะผิวแห้ง ผิวแตกเกิดแผลได้ง่าย

ภายหลังจากประเมินอาการขาปลายประสาทเท้าด้วยโมโนฟิลาเมนต์ขนาด 10 กรัมในผู้ป่วยจะสามารถประเมินกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าตั้งแต่น้อยจนถึงมาก ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าน้อยจะแนะนำให้ดูแลเท้า ผิวหนัง เล็บ ตาปลา และสวมรองเท้าที่เหมาะสม อย่าแช่เท้าในน้ำ ตลอดจนควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย หากผู้ป่วยได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงในการเกิดแผลที่เท้าสูง ได้แก่ พบเล็บผิดปกติ มีตาปลา มีภาวะเท้าผิดรูป หรือมีอาการขาอย่างน้อย 1 จุดจากทั้งหมด 10 จุด ซึ่งแสดงถึงเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ให้แนะนำให้ตัดหรือตะไบให้เรียบร้อย เลิกซื้อรองเท้าที่ถูกต้อง ถ้าเส้นเลือดไปเลี้ยงเท้าไม่ดี ทำการส่งต่อแพทย์เฉพาะทางเพื่อตรวจรักษาเพิ่มเติมและหากผู้ป่วยมีปัญหาการมองเห็น

หรือสายตาไม่ดีจำเป็นจะต้องให้คำแนะนำในการดูแลเท้าผู้ป่วยกับญาติและสมาชิกในครอบครัวด้วย

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากผลการศึกษาการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาล (จารุกาลิจิตวัฒนกุล, 2540) ให้ข้อมูลสนับสนุนว่าความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลไม่เป็นไปตามเป้าหมาย คือ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ได้ มีเพียงร้อยละ 20-30 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ได้ จึงเป็นประเด็นหนึ่งในการพิจารณาปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมายเนื่องจากดูแลผู้ป่วยได้ใกล้ชิด ชีตยิ่งขึ้นและจากการพิจารณาเห็นความสำคัญของโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังส่งผลให้ ผู้ป่วยต้องมีการใช้ยาตลอดชีวิต รวมทั้ง มีผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ จากปัญหาทั้งจากภาวะโรคตลอดจนปัญหาที่อาจเกิดเนื่องมาจากการใช้ยาด้วยสาเหตุต่างๆที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ, diabetic ketoacidosis, hyperosmolar nonketotic coma และผลแทรกซ้อนเรื้อรัง ซึ่งเกิดอย่างช้าๆ และเปลี่ยนหน้าที่การทำงานของระบบต่างๆ เช่น ระบบประสาท (neurologic) ระบบหลอดเลือดใหญ่ (macrovascular) ระบบหลอดเลือดฝอย (microvascular) ซึ่งมีผลทำให้เกิดโรคระบบหลอดเลือดหัวใจ ไต ตาบอด ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูงผิดปกติ อาการทางระบบประสาทส่วนปลายต่างๆตามมา และจากภาวะโรคแทรกซ้อนดังกล่าวจึงมีผลทำให้ผู้ป่วยใช้ยาจำนวนหลายชนิดมากขึ้นซึ่งก่อให้เกิดปัญหาเนื่อง จากยาเพิ่มขึ้นตามมาเช่นกัน ดังนั้นหากเภสัชกรมีการติดตามผู้ป่วยร่วมกับการดำเนินงานประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยเภสัชกรมุ่งเน้นพิจารณาด้านขบวนการใช้ยานำวิธีการให้บริบาลทางเภสัชกรรมเข้ามาประยุกต์ใช้ ในการดำเนินงานรวบรวมปัญหาและแก้ไขร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จำแนกประเภทปัญหาที่เกี่ยวกับยาจาก The American Society of Health System Pharmacists (ASHP, 1996) และดำเนินป้องกันแก้ไข ปัญหาที่เกี่ยวกับยา วางแผนการรักษา ลงปฏิบัติจริง และติดตามการรักษาผู้ป่วย ทั้งด้านผลการรักษา รวมทั้งการลดหรือป้องกันปัญหาที่เกี่ยวกับยา ซึ่งพบว่าปัญหาที่พบมากที่สุดเกี่ยวกับยา คือ การไม่ใช้ยาตามสั่ง เนื่องจากขาดความรู้เข้าใจในการใช้ยา โดยเฉพาะขาดความรู้ที่จำเป็นต่อการรักษา มากถึงร้อยละ 94.17 และพบปัญหาจำนวนขนานยาที่ได้รับและจำนวนโรคผู้ป่วยจะมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเกิดปัญหาเกี่ยวกับยาอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก (เขาวภา ศรีวิชัย, 2544) ดังนั้นหากการดำเนินงานประยุกต์ใช้หลักการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพแก้ไขปัญหาดัง

ยิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจะทำให้ได้คุณภาพการรักษาที่ต้องการ ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างใกล้เคียงปกติและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ (Hepler et.al, 1995)

การพิจารณาว่าปัญหาที่เกิดขึ้นจำเป็นต้องรับการแก้ไขอย่างทันทีหรือไม่นั้นพิจารณาตามระดับความรุนแรงของปัญหา ในบางครั้งการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องใช้ยารักษา เพียงแต่ใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย (Ives et.al, 1997) หากต้องมีการแก้ไขหรือป้องกันให้คำแนะนำปรึกษาหารือที่เกี่ยวกับยานั้นจะต้องมีทีมประสานงาน ปรึกษาหารือกับแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยเพื่อให้เกิดผลการรักษาและการแก้ไขที่ดีสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งหลังจากการดำเนินงานแก้ปัญหาในผู้ป่วยเฉพาะรายแล้ว การดำเนินการสอนอย่างมีแบบแผน ให้ความรู้ผู้ป่วยให้เข้าใจสภาวะโรคที่เป็นอยู่ สามารถปฏิบัติตัวดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การได้รับยา และการที่ทีมให้การดูแลผู้ป่วย ลงชุมชนออกเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องจะช่วยส่งผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน (จารุพันธ์ สมณะ, 2541) นอกจากนี้ผลการศึกษาของ (Zagaria, 1995) ช่วยยืนยันได้ว่า การติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังสนับสนุนให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยด้วย คือ ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น นอกเหนือไปจากวัตถุประสงค์ที่รักษาผู้ป่วยให้หายขาดหรือเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและให้ผลดีในการช่วยเพิ่มความรู้และการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้เช่นกัน (อดิษฐ์ ภูมิวิเศษ, 2546) การศึกษาครั้งนี้จึงเน้นให้มีการสอนให้ความรู้ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและให้มีการลงเยี่ยมบ้านหลังจากเก็ชกรรวบรวมข้อมูล สรุปปัญหา วิเคราะห์แก้ไขปัญหาร่วมกับทีมในผู้ป่วยเฉพาะราย นอกจากนี้การดำเนินงานยังเน้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในชุมชนในการป้องกัน ควบคุมโรคเพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีระยะยาว ตลอดจนสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยสร้างบทบาทในตนเอง ดำเนินงานให้สัมพันธ์กับวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งเมื่อชุมชนศรัทธายอมรับและเห็นผลดีในการร่วมกิจกรรมจะทำให้สามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องระยะยาว (เสาวณี สีสองสม, 2541)

ในประเทศไทยมีผู้วิจัยหลายท่านได้รายงานผลการวิจัยที่พบว่าเมื่อเภสัชกรให้การดูแลผู้ป่วยจนสามารถทราบปัญหาในผู้ป่วยรวมทั้งปัญหาด้านยาเช่นพบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมการใช้ยาที่เบี่ยงเบนส่วนหนึ่งคือความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย (สมศักดิ์ วรรณ อัสวปดิ, 2534) หรือพบว่าสาเหตุของการเข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลมากที่สุดเนื่องมาจากมาจากยา คือ การไม่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่งหรือมีการหยุดใช้ยาโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง (พิจิตรา รัตนไพบูรณ์, 2539) หรือพบว่าพฤติกรรมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เกิดเนื่องจากผู้ป่วยละเลยต่อการรับประทานยา รวมทั้งไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารได้และไม่ออกกำลังกายเป็นส่วนใหญ่ (วิลาวัล ผลพลอย, 2538) หรือพบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วย แบ่งเป็นปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในโดยปัจจัยภายในคือแบบแผนการดำเนินชีวิต การรับรู้

เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ภาวะสุขภาพ และนิสัยประจำตัว ส่วนปัจจัยภายนอกได้แก่ระบบครอบครัว สภาพสังคมและทัศนคติของคนในสังคมต่อโรคเบาหวานและระบบบริการสุขภาพซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การวิจัยฉบับนี้นอกจากการวัดผลได้ทางคลินิกและทางความเป็นมนุษย์แล้ว ยังต้องการศึกษาปัจจัยที่มีผลเกี่ยวข้องเป็นปัญหากับสุขภาพผู้ป่วยที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย ซึ่งการให้คำแนะนำปรึกษาเฉพาะรายแก่ผู้ป่วยเป็นวิธีการหนึ่งที่ดีที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2537) นอกจากนี้ยังพบว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ผู้ป่วยมีผลทำให้การรับรู้และการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศรีนวล มาตย์สมบัติ, 2538)

สำหรับเกสักรซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีหน้าที่สำคัญในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการบริหารทางเภสัชกรรม ได้มีผู้วิจัยหลายท่านนำไปใช้ และรายงานผลดี เช่น พบว่าปัญหาเกี่ยวกับยาได้รับการยอมรับและแก้ไขจากบุคลากรทางการแพทย์ถึงร้อยละ 89.8 (ปิยวรรณ กุลลัษณ์, 2538) และหลังจากผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับคำแนะนำปรึกษาครบ 3 เดือน ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (วนิดา นิมิตรพรชัย, 2536) ตลอดจนมีอีกหลายการศึกษาที่สนับสนุนข้อมูลว่าการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาสามารถเพิ่มการใช้ยาตามสั่งได้ซึ่งหลังจากการให้การบริบาลผู้ป่วยควรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น คุณภาพชีวิตในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย คือ การไม่มีโรคภัยหรือการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น มีจิตใจ เข้มแข็ง สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างสงบสุข ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตซึ่งมีผลได้ทางความเป็นมนุษย์จึงมีความสำคัญ จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดนี้ พอที่จะสรุปกรอบแนวคิดหลักการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโดยมีเกสักรมีส่วนร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพได้ดังนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

รูป 2.1 กรอบแนวคิด การดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพ

