ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กรณีศึกษาผู้ป่วยที่รับยาในโรงพยาบาลตราด

ดาวรุ่ง ศิริพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

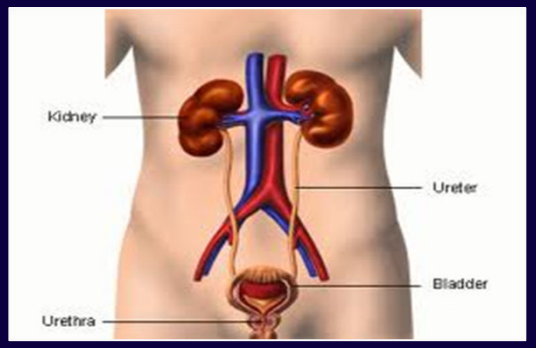
หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลตราด

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศ การเจ็บป่วยด้วยเบาหวานนำมาซึ่งความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการ ทั้งภาวะฉุกเฉินและเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆตามมา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานลดลง

ภาวะฉุกเฉิน

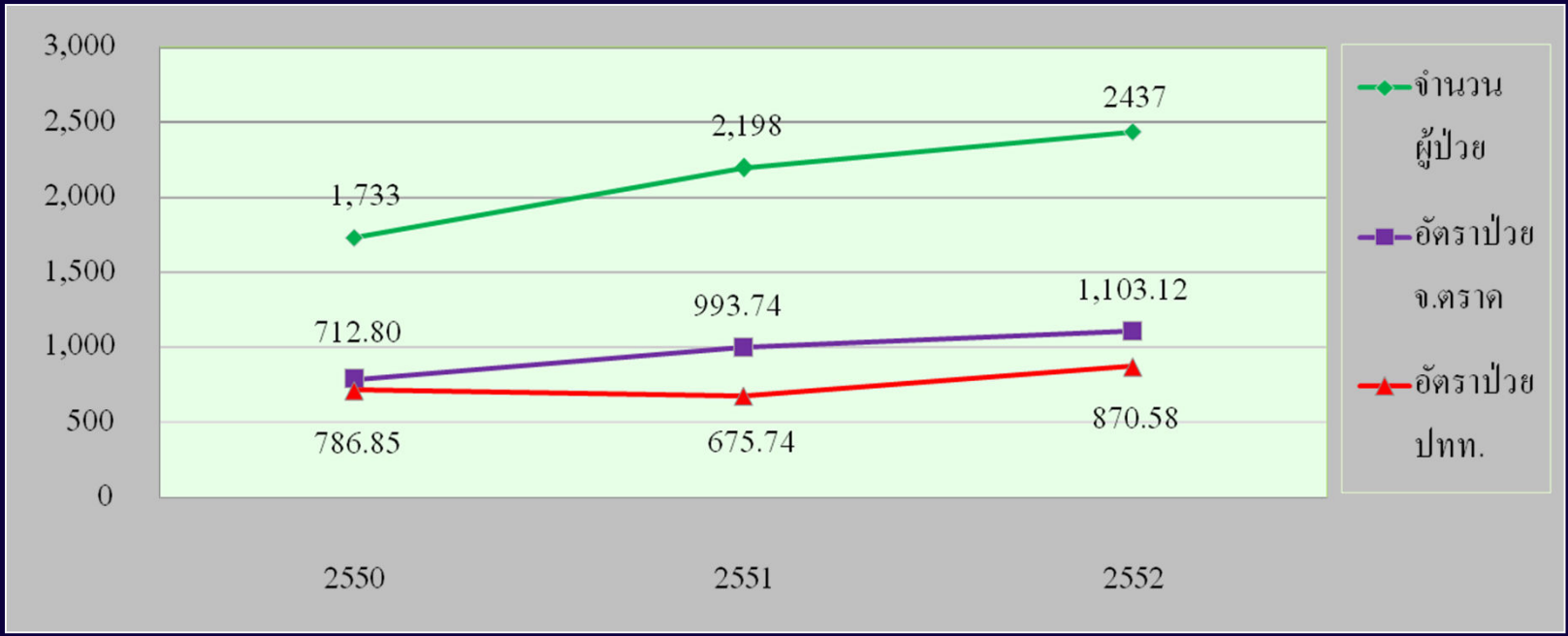
แผลเรื้อรังที่เท้า



ไตวายเรื้อรัง

ความเป็นมาของปัญหา

จังหวัดตราดมีผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้นเรื่อยๆ และอัตราป่วยด้วยเบาหวาน มีแนวโน้มสูงขึ้น และสูงกว่าค่าเป้าหมายของประเทศ ในปี 2550 - 2552



ที่มา : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ความเป็นมาของปัญหา

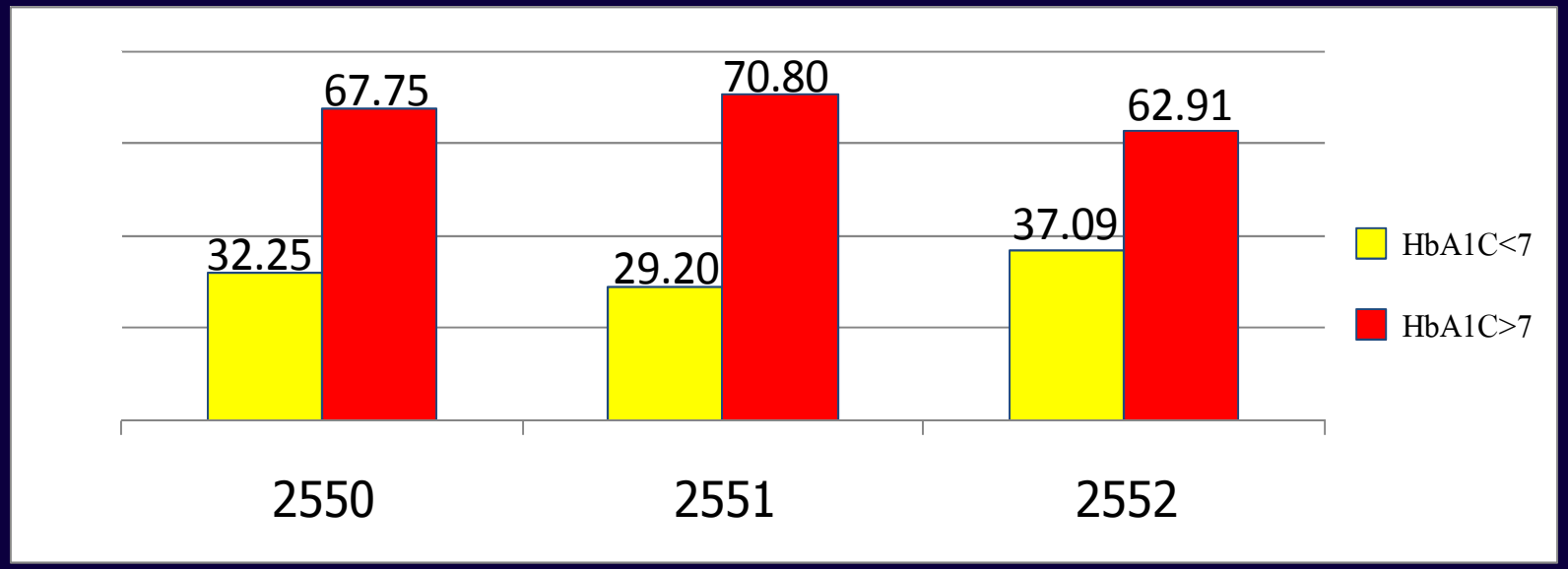
การวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยเบาหวานที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตราด ที่สำคัญร้อยละ 36 คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ปี	จำนวนผู้ป่วยที่นอน รพ.	การวินิจฉัยโรค			เสียชีวิตจากภาวะวิกฤต
		น้ำตาลต่ำ	น้ำตาลสูง	ร้อยละ	
2550	916	123	214	36.79	1
2551	1,003	142	216	35.69	7
2552	879	83	96	20.36	5

ที่มา : รายงานตัวชี้วัดทีมนำคลินิกอายุรกรรม รพ.ตราด

ความเป็นมาของปัญหา

ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (น้ำตาลสะสม < 7) มีน้อยกว่าร้อยละ 40 (เฉลี่ยร้อยละ 33 หรือ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเบาหวาน)



ที่มา : รายงานตัวชี้วัดทีมนำคลินิกอายุรกรรม รพ.ตราด

ทำไมคนไข้เบาหวาน
คุมน้ำตาลไม่ได้

ทำไมคนไข้
hypoglycemia

ทำไมคนไข้
hyper…

จุดมุ่งหมายการวิจัย

ทราบสาเหตุของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
ของผู้ป่วยเบาหวาน

พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
ของโรงพยาบาลตราดให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาการรับรู้ และการให้ความหมายเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน และครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
2. ศึกษารูปแบบการดำเนินชีวิต และประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
3. ศึกษาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลตราด

วิธีดำเนินการวิจัย

- การวิจัยเชิงคุณภาพ
- คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงโดยการกำหนดคุณสมบัติ

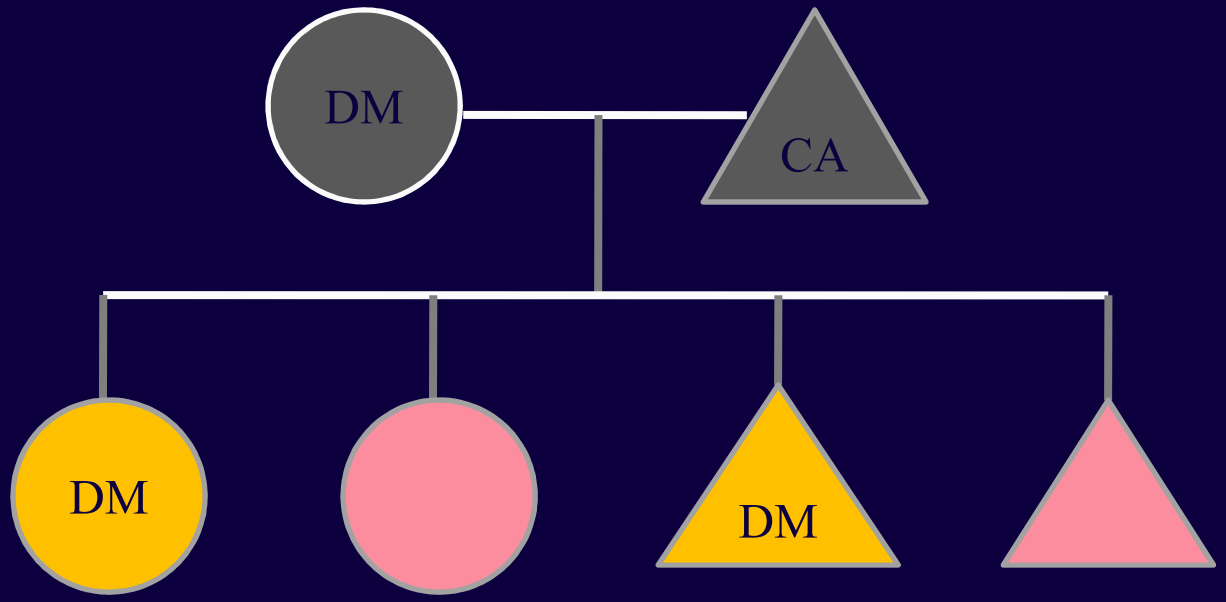
การเก็บข้อมูล	ผู้ป่วย	ครอบครัว	บุคลากรทีมสุขภาพ	รวม
สัมภาษณ์เชิงลึก	10 คน	7 คน	5 คน	22 คน
สนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม	(1 กลุ่ม) 7 คน	-	คลินิกเบาหวาน (1 กลุ่ม) 4 คน หอผู้ป่วย (1 กลุ่ม) 7 คน	(3 กลุ่ม) 18 คน
สังเกต				
วิเคราะห์ทบทวนเอกสาร : เวชระเบียน สถิติ ตัวชี้วัด การเยี่ยมบ้าน				

- ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 เดือน (ส.ค.-พ.ย. 2553)

ข้อค้นพบจากการวิจัย

1. การรับรู้ และการให้ความหมายเกี่ยวกับโรค

1.1 การรับรู้เกี่ยวกับโรค



- เป็นโรคทางกรรมพันธุ์ และเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย แต่รักษาได้ สังคมไม่รังเกียจ สามารถเป็นได้ทุกคน ปัจจุบันมีคนป่วยด้วยโรคเบาหวานกันมากขึ้น จึงยอมรับสภาพได้

“พ่อเป็นเบาหวาน แม่เป็นมะเร็ง...พี่ชายคนโตก็เป็นเบาหวาน... เรามีภาวะเสี่ยง เราทำใจแล้ว...พอคิดว่าเรามีเชื้อมีเทา มันก็สบายใจ” (ผู้ป่วย)

1.2 การให้ความหมายต่อโรค ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การเจ็บป่วย

ไม่เคยเกิดอาการที่รุนแรง ให้ความหมายว่าเป็นโรคที่ไม่เป็นอันตราย เพราะทุกวันนี้ถึงแม้จะไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก็ยังใช้ชีวิตได้ตามปกติ

“กินอะไร ก็ไม่เห็นเป็นยังไงนี่...เคยกินอะไรก็กินยังงั้น” (ผู้ป่วย)

เคยเกิดอาการที่รุนแรง ให้ความหมายว่าเป็นโรคที่เป็นอันตราย และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

“แรกๆแม่เค้าจะกินตามใจตัวเค้าเอง ใครพูดอะไรเค้าก็ไม่เชื่อ...เค้าอยากกินอะไรเค้าก็กิน...

แต่หลังจากเข้าโรงพยาบาลแล้ว เชื่อลูกมากขึ้น กินอาหารตามที่ลูกจัดให้ได้” (ครอบครัว)

1.3 การรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน

- ไม่รู้ภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินของโรค

“มันร้อนตัวเนอะ เหงื่อออกซึมๆ...มีอาการอย่างนี้ทุกวันเลยตั้งแต่ฉีดยามา... ไม่ค่อยดีว่างั้นเหอะ...เราแหนะยังไม่เชื่อว่าเป็นอาการน้ำตาลลด... ไม่เคยรู้มาก่อน” (ผู้ป่วย)

2. รูปแบบการดำเนินชีวิตและประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว

วิถีชีวิตของคนเมืองตราด

ครอบครัวเดี่ยว อยู่กันตามลำพังพ่อ แม่ และลูกที่ยังไม่มีครอบครัว

รับประทานอาหารรสชาติเข้มข้นแบบพื้นบ้าน ทั้งหวาน มัน เค็ม

รูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน มี 2 ลักษณะ

1. ผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้ : ต้องพึ่งพาตนเอง ประกอบอาชีพหาเลี้ยงตน ได้แก่ ทำสวน ทำนา ค้าขาย ประมงทะเล ซึ่งต้องใช้แรงงาน และทำงานไม่เป็นเวลา ส่งผลต่อการไม่ควบคุมอาหาร และรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา

"กินไม่เป็นเวลา บอกกงกงเลย...มันก็เก็บถั่วเก็บแตง แล้วก็เพลินไปเรื่อย หิวถึงจะฉีดยาแล้วค่อยกิน" (ผู้ป่วย)

"กินอาหารตามที่เค้าแนะนำไม่ได้หรอก เราทำงานหนัก...ต้องออกทะเล ถ้ากินน้อยก็ไม่มีแรงทำงาน มันพาลจะเป็นลมเสียให้ได้" (ผู้ป่วย)

2. ผู้ป่วยที่ดูแลตนเองไม่ได้ (สูงอายุ บกพร่องทางกาย)

ต้องพึ่งพาผู้อื่น (บุตร หลาน) ที่ไม่มีความรู้ในการดูแล จัดหาอาหาร จัดยา หรือฉีดยาให้

“ลูกหลานเค้าจะอยู่ฝั่งโน้น ตรงข้ามนี่เองลูกหลานทั้งซอย...เรื่องอาหาร ก็จะเป็นหลานจัดให้...เป็นอาหารที่ทุกคนกิน...ยากินยาฉีดหลานจัดให้หมด” (ครอบครัว)

บุตรหลานมักสนับสนุนไม่ถูกต้อง

“จะกินอะไรก็ต้องถามเค้าก่อน ต้องจัดอาหารที่เค้าชอบ...เค้าก็อายุเยอะแล้ว ไม่รู้จะอยู่อีกนานเท่าไหร่...สิ่งไหนที่แม่อยากได้เราก็ตามใจ” (ครอบครัว)

ผู้ป่วยอิสลาม ยึดหลักปฏิบัติ-คำสอนทางศาสนา

“เวลาถือศีลอด ตอนออกจากศีลต้องกินของหวาน ...เค้าให้แก้ด้วยอินทผลัมหรือน้ำ เป็นธรรมเนียมปฏิบัติ” (ครอบครัว)

“ยิ่งเป็นพ่อแม่ยิ่งต้องดูแลปรนนิบัติเป็นอย่างดี... พอถึงเวลาที่พ่อแม่เจ็บป่วยลูกต้องสละเวลา...ถึงเวลาแล้วที่ต้องดูแลเค้า...ต้องจัดอาหารที่เค้าชอบ”

3. ระบบบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

3.1 การบริการในคลินิกเบาหวาน

วันศุกร์ครึ่งวันเช้า

ผู้รับบริการ 120 คน/วัน

ผู้ให้บริการหลัก ประกอบด้วย

อายุรแพทย์ 1 คน พยาบาล 2 คน

“มี staff med คนเดียว ก็จะให้หมอน้อง (แพทย์ใช้ทุน) แล้วก็หมอสู มาช่วยตรวจ...
คนทำงานยืนพื้นจริงๆ มี 2 คน...คนขาดหรือไม่ ไม่มีสิทธิพูด” (พยาบาล)

- **บุคลากรทำงานแข่งกับเวลา : แพทย์ 3 คน ตรวจผู้ป่วย 120 คน ใน 2 ชั่วโมง**
- **ทุกสหสาขาวิชาชีพ ไม่มีเวลาให้ความรู้เชิงลึกแก่ผู้ป่วย**

"คนไข้ล้นไปหมด ได้แค่คุยซักถามอาการ...ที่ว่าจะให้คำแนะนำอย่างละเอียดยิบเลยน่ะ มันบอกไม่ทัน...พอ screen หมอ...ก็บอกว่าเอาเข้ามาเลย เดี๋ยวผม screen เอง" (พยาบาล)

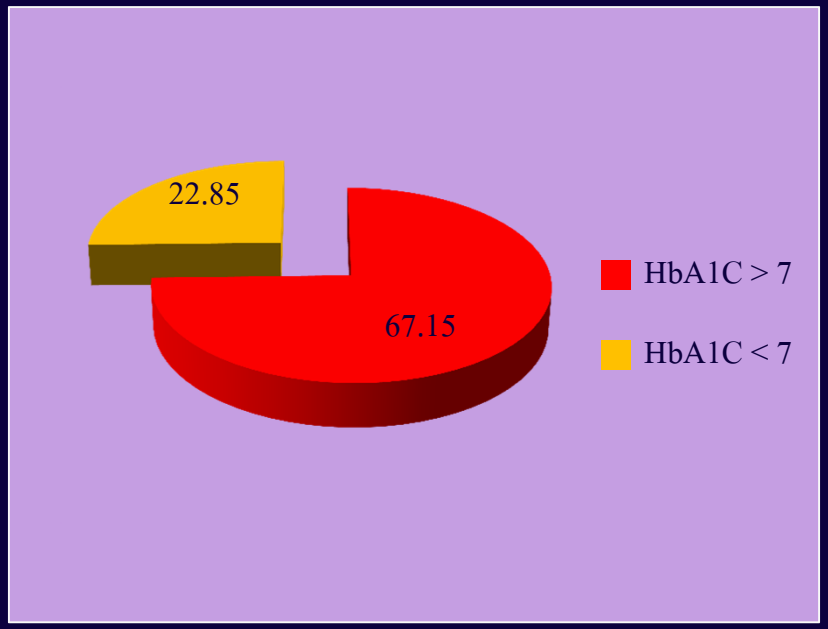
"วันนึงจ่ายยาคนไข้เบาหวานเป็นร้อย...ถ้าเบาหวานอย่างเดียวเลยเนี่ยไม่หนักเท่าไหร่ แต่มันมีคลินิกอย่างอื่นด้วย...ทั้งศัลย์ ortho eye ENT GP ช่วงเช้านี่ปาไปหลายร้อย...แทบจะโยนยาให้คนไข้อยู่แล้ว" (เภสัชกร)

"มีเวลาคุยน้อย...บางรายกำลังคุยอยู่ก็ถึงคิวตรวจแล้ว" (โภชนากร)

- ไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรงในการให้สุขศึกษา

“สุขศึกษามันล่มไปจากเมื่อก่อนที่เคยทำ...แล้วช่วงที่ผ่านมา เค้าจะพูดกันแต่ไอ้เรื่องลูกโป่งสามสี...ไม่ได้ให้สุขศึกษากันแล้ว” (พยาบาล)

- การให้สุขศึกษาขึ้นกับค่าน้ำตาลในเลือดสะสม



“ที่นี่มีข้อกำหนดว่าถ้า HbA1C > 9 ต้องให้สุขศึกษา...เป็นรายบุคคล” (พยาบาล)

“ครั้งก่อนฉันไม่รู้เรื่องกิน...ไม่มีใครแนะนำ...กินทั้งวันเลย โอ๊ย เบาหวานขึ้นตั้ง 300 กว่า...เค้าเพิ่งเริ่มมาแนะนำเมื่อปีกว่านี่เอง เบาหวานขึ้นเยอะจึงเจอเจ้าหน้าที่ ถ้าไม่ขึ้นก็ไม่เจอ รับยาแล้วกลับบ้านเลย” (ผู้ป่วย)

- การให้ความรู้ : ไม่มีรูปแบบ เฉพาะหน้า สั้นๆ ง่ายๆ ทั่วไป ไม่กระจ่าง

“เค้าก็บอกแค่ อย่ากินมันนัก อย่ากินเค็มนัก... เรื่องยา เค้าก็แค่บอกว่าให้ฉีดยาเท่านั้นนะ เท่านี้นะ แค่นั้นแหละ...มาแต่ละครั้ง หมอก็สั่งแต่ให้ฉีดยาตามเวลา” (ผู้ป่วย)

- สื่อสารทางเดียว ซ้ำๆเรื่องเดิม ไม่น่าสนใจ

“เค้าก็พูดเรื่องเดิมๆแหละ ไอ้เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย...ไม่ได้สอนรายบุคคล เราไปเราก็ไม่ได้ตั้งใจฟัง เค้าอยากพูดอะไรก็พูดไป”
(ผู้ป่วย)

- ขาดการรับฟังปัญหาของผู้รับบริการ

หมอไม่แนะนำ ถามไม่ได้โดนดุ

“หมอไม่ค่อยแนะนำ หมอ (แพทย์)...คนนั้น พูดไม่เพราะ ไม่น่าฟัง...ถามไม่ได้ โดนดุ ไม่เคยให้คำแนะนำดีๆเลย เรื่องส้ม ป้าอยากกินมากเลย ป้าถามก็ไม่มีบอก มีแต่ว่า ถ้าป้าอยากไตวายก็กินเข้าไปสิ” (ผู้ป่วย)

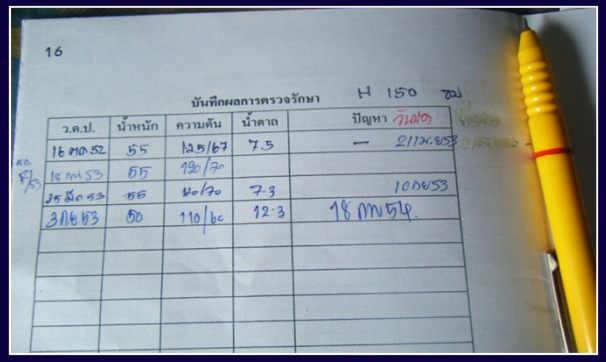
- การให้ความรู้ในคลินิก : บรรยากาศไม่เอื้ออำนวย

ผู้ป่วยกลัวเสียคิว

เสียงอึกทึกอื้ออึง

ผู้คนควักไขว่เดินไปมา

- นัดนาน 6 เดือน (มา รพ. 2 ครั้ง/ปี)



“ตอนนี้นัดนานด้วย นัดทีนึง 6 เดือน แต่เร็วกว่านี้ก็ไม่ได้ ถ้าเร็วกว่านี้ ก็ล้นตรวจไม่ทัน คนไข้เยอะขึ้นทุกวัน” (พยาบาล)

- ไม่มีสื่อหรือช่องทางให้ความรู้อื่น ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาความรู้เอง

“หนูก็เปิดเน็ตดู ว่าคนเป็นโรคเบาหวาน เค้าต้องกินยังไง...แล้วก็ทำตามเน็ต” (ครอบครัว)

“เพื่อนๆแถวบ้านเค้าพูดกัน คุยกับเค้า แล้วเราก็ลอง(ใช้สมุนไพร)ดู” (ผู้ป่วย)

3.2 การดูแลต่อเนื่องในชุมชน

- ผู้ป่วยไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน

“มีแค่ อสม.มาดู...ถ้าเป็นอนามัย หนูรู้สึกว่าจะมีแต่พวกย่อยๆมาถาม มาสำรวจเฉยๆ แล้วก็มาฉีดพ่นยา ฉีดวัคซีนช่วงรณรงค์ไข้หวัดใหญ่” (ครอบครัว)

“ที่ส่ง home health care น่ะ 3 เดือนแล้ว... ยังไม่ได้ไปเยี่ยมบ้านให้เราเลย” (พยาบาล)

2550-2552 : ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้าน 32.65 % ระยะเวลานานที่สุด 211 วัน เฉลี่ย 40 วัน

“คนเหลือน้อย...ไม่ว่างไปเยี่ยม...ถ้ามีระบบติดตาม ต้องส่งข้อมูลถึงจะไป แต่ถ้าไม่ต้องส่งข้อมูล...ก็ไม่ได้ใส่ใจ” (เจ้าหน้าที่ สอ.)

3.2 การดูแลต่อเนื่องในชุมชน

- เจ้าหน้าที่ สอ. /รพสต. มีศักยภาพไม่เพียงพอต่อการให้ความรู้

“เจ้าหน้าที่ สอ.เนี่ย พอให้ใส่อินซูลิน เข้าไปในปากกา (penfill) ยังใส่ไม่เป็นเลย...คนไข้ทำเก่งกว่า” (พยาบาล)

- สุขศึกษารูปแบบอื่น : มีโครงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานแบบกลุ่ม โดยงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ บรรยากาศเป็นทางการ

บทสรุปและอภิปรายผล

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรค การให้ความหมายต่อโรค ประสบการณ์การเจ็บป่วย วิถีชีวิต อาหารการกิน การดูแลของครอบครัว ความเชื่อ ศาสนา และการประกอบอาชีพล้วนมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน **แต่ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด ที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว**

บทสรุปและอภิปรายผล

2. ความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับจากทีมสุขภาพของโรงพยาบาล ยังไม่สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวได้ เนื่องจากการให้ความรู้ยังไม่มีรูปแบบกระบวนการและวิธีการที่ชัดเจน ขาดเจ้าหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการให้สุขศึกษา ขาดการให้คำแนะนำและรับฟังปัญหาของผู้รับบริการ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่มีเวลา และที่สำคัญคือ ขาดการเป็นหุ้นส่วนของการดูแลระหว่างผู้รับบริการและบุคลากรทีมสุขภาพ ทั้งในโรงพยาบาลและ ในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. พัฒนาระบบการให้สุขศึกษาให้เหมาะสมกับบริบทของผู้รับบริการ
2. **ส่งเสริมการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย (Self Management)**
3. เพิ่มช่องทางการรับรู้ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
4. เพิ่มศักยภาพของ สอ./รพสต.
5. รณรงค์ให้ความรู้เชิงรุกแก่ประชากรก่อนป่วย

ขอขอบคุณ

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
3. ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย
4. นพ.ทวีศักดิ์ นพเกษร และคณะ
5. กลุ่มการพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราด
6. หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลตราด
7. หัวหน้าศูนย์คุณภาพ โรงพยาบาลตราด
8. ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน