



## ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แบบคนไข้เป็นศูนย์กลาง

พญ. อรวรรณ ตะเวทิพงษ์  
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลราชบุรี

### บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพศหญิง อายุ 60 ปี รักษาตัวที่กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี เป็นเวลา 2 ปี แต่ระดับความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดยังสูงเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานมาโดยตลอด มีข้อมูลว่าผู้ป่วยไม่ค่อยมาตามนัด และมักไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง จึงได้รับการส่งต่อมารักษา ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 โรงพยาบาลราชบุรี โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ภายใต้แนวคิดการดูแลโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered medicine) ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ภายในระยะเวลา 2 ปี ความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยลดลงจนอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ตรวจไม่พบอาการข้างเคียงจากตัวโรค ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อโรค ต่อตนเอง และต่อทีมผู้รักษาดีขึ้น รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ก็ดีขึ้นไปด้วย

### Abstract

A case report of 60 years old single woman diagnosed with hypertension and Diabetes Mellitus type II, she was treated as an ambulatory patient at outpatient department of Ratchaburi Hospital for 2 years. Her blood pressure and fasting blood sugar were not under controlled since her first diagnosis. She was referred to a primary care unit (PCU) which responsible for patients in Na-Muaeng district where she lives. A family physician and team provided patient-centered care and home visit to this patient in order to maintain quality of life to this particular patient. Two years later, the patient health condition has been improved with controlled blood pressure and fasting blood sugar. No target organ damaged found. Moreover, she has have better understanding about her diseases, her own health, and the health care team. Patient-doctor relationship is well established as well.

### บทนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการอย่างหนึ่ง แต่กลับได้รับการวินิจฉัยโรคอื่นเพิ่มเติม มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากความก้าวหน้าด้านการตรวจวินิจฉัยโรคทางห้องปฏิบัติการ และเครื่องมือที่ช่วยในการวินิจฉัยทำได้ละเอียดมากขึ้น การตรวจพบโรคอื่นๆ น่าจะเป็นเรื่องดีที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วขึ้น ผลการรักษาในระยะยาวก็น่าจะดีขึ้น แต่ในความเป็นจริงกลับพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแบบ "บังเอิญ" เช่นนี้ ส่วนหนึ่งมีผลการรักษาไม่ดี หลายคนกลายเป็นผู้ป่วยที่ถูกตีตราว่า poor compliance ไปจนถึง non-compliance คือ เป็นผู้ป่วยที่ไม่ค่อยมาตามนัด รับประทานยาไม่ครบ หรือไม่มีที่ทำว่าจะควบคุมโรคที่เป็นอยู่ได้ และดูเหมือนจะไม่สนใจผลการรักษา

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนหนึ่งที่ตรวจพบโรคโดยบังเอิญจากการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และไม่ได้มีการเตรียมตัวเตรียมใจที่จะรับการรักษา หรือมีความจำเป็นในการดำรงชีวิตด้านอื่นๆ มักกลายเป็นกลุ่มผู้ป่วยยุ่งยาก ไม่ค่อยร่วมมือในการรักษา ผลการรักษาไม่ดีขึ้นตามมาตรฐานสากล และอาจจะเกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยในระยะยาว

### กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 60 ปี สถานภาพโสด ภูมิลำเนาอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

7 ปีก่อน (พ.ศ. 2545) ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะมาก จึงมาตรวจที่โรงพยาบาล พบว่า ความดันโลหิตสูง (BP-200/104 mmHg) ได้รับยากลับไปรับประทาน (Atenolol (50 mg) 1X1 o pc) และนัดให้มาตรวจติดตามภายใน 2 สัปดาห์ แต่ผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัด

ผู้ป่วยคนนี้มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลอยู่เรื่อยๆ ด้วยอาการอื่นๆ ทุกครั้งจะพบว่าความดันโลหิตสูง แต่ไม่เคยมาพบแพทย์ตามนัด

4 ปีก่อน ผู้ป่วยหกล้ม แล้วมีอาการขาบริเวณซีกขวาของร่างกาย เมื่อมาตรวจที่โรงพยาบาลพบว่า มี Spinal Cord

Compression ระดับ C3-C4 ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด (ไม่ทราบรายละเอียดว่าผ่าตัดอะไรไปบ้าง ค้นประวัติไม่เจอ) และนอนรักษาที่โรงพยาบาลเป็นเวลา 20 วัน หลังผ่าตัดอาการชาดีขึ้นบ้าง เดินได้ แต่ยังปวดและขาบริเวณชีกขวา ทำให้เดินไม่ถนัด ต้องใช้ Walker และทำกายภาพบำบัด แต่เมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยไม่ได้ทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง และไม่ได้รับยาเองตามการนัดตรวจติดตามกับแผนกศัลยกรรมประสาท และ lost follow up ไปในที่สุด

3 ปีก่อน ผู้ป่วยมาขอใบรับรองความพิการ เนื่องจากต้องการนำไปใช้ประกอบการยื่นขอขึ้นทะเบียนผู้พิการ จึงได้รับการตรวจอีกครั้งพบว่า BP-201/111 mmHg. จึงได้รับยาลดความดันโลหิตสูงไปอีกครั้ง พร้อมกับส่งปรึกษา PM&R เพื่อออกใบรับรองความพิการให้ และสอนเรื่องการฟื้นฟู เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการแขนซ้ายอ่อนแรงเล็กน้อย แต่สามารถเดินสามารถเดินได้โดยใช้ไม้เท้า เมื่อครบวันนัดตรวจอีกครั้ง ผู้ป่วยก็ไม่มาตามนัดอีกเช่นเดิม

2 ปีก่อน ผู้ป่วยเป็นแผลอักเสบที่เท้าซ้ายมาประมาณ 1 สัปดาห์ ลักษณะเป็นแผลเนื้องตาย ไม่มีอาการปวด จึงส่งพบศัลยแพทย์ วินิจฉัยเป็น Infected Wound Lt lower leg with necrotizing fasciitis และต้องอยู่โรงพยาบาลเพื่อทำ debridement และให้ยาปฏิชีวนะ จากการตรวจพบว่า ผู้ป่วยมีน้ำตาลในเลือดสูง 349 mg/dL และ HbA1C 15.3 จึงได้รับ Humulin 70/30 สำหรับฉีดเข้า 20 u และ เย็น 15 u ร่วมกับยาลดความดัน Enalapril (20 mg) 1X1 pc จนกระทั่งแผลหายดี และกลับไปบ้านไปพร้อมยาฉีดดังกล่าว

ในระยะแรกๆที่เริ่มยาฉีด หลานสาวที่เป็นพยาบาลมาช่วยฉีดยาให้ทั้งช่วงเช้าและเย็น โดยฉีดยาจำนวน 20 u ตอนเช้า และ 15 u ตอนเย็น แต่ในวันที่หลานสาวไม่ว่าง ผู้ป่วยรายนี้จะไม่ฉีดยา เนื่องจากไม่ยอมฉีดยาด้วยตนเอง

แพทย์นัดให้ผู้ป่วยมารับยาประมาณ 1 ครั้งต่อเดือน โดยที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเองไม่สะดวก เนื่องจากมีอาการขาชีกขวาและอ่อนแรงที่ชีกซ้าย ถึงจะเดินได้โดยใช้ Walker ก็ตาม แต่ก็ขึ้นลงรถไม่สะดวก ประกอบกับผู้ป่วยมีรูปร่างอ้วน น้ำหนักตัวถึง 90 กิโลกรัม (ส่วนสูง 143.9 เซนติเมตร) จึงยังไม่สะดวกเวลาเดินทาง ญาติที่อยู่ด้วยกันไม่มีเวลาพามาโรงพยาบาล เนื่องจากต้องทำงานประจำ ในที่สุดผู้ป่วยก็ lost follow up ไปอีกครั้ง จึงมีการส่งเรื่องติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลหน้าเมือง เมื่อเดือน

มีนาคม 2550 ประกอบกับในบ้านหลังนี้มีผู้ป่วยที่เป็นคนไข้ประจำของศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่แล้ว ในการเยี่ยมบ้านจึงทำที่เหมือนไปเยี่ยมผู้ป่วยคนอื่น แต่วัตถุประสงค์หลักเพื่อไปประเมินผู้ป่วยรายนี้

## ประวัติครอบครัว

ผู้ป่วยมีพี่น้องทั้งหมด 7 คน ตนเองเป็นคนพี่ 2 ปัจจุบันมีพี่น้องที่มีชีวิตอยู่ 3 คน ผู้ป่วยไม่ได้แต่งงาน ไม่มีบุตร

บิดาของผู้ป่วยแยกไปมีครอบครัวใหม่ ปัจจุบันแข็งแรงดี แต่ไม่ค่อยได้พบกัน

มารดาเสียชีวิตตอนอายุ 50 ปี หลังจากดมยาสลบเพื่อผ่าตัดต่อมไทรอยด์แล้วไม่ฟื้น ผู้ป่วยให้ประวัติเพิ่มเติมว่า แพทย์ผู้ให้การรักษามายอมรับผิดว่า เกิดจากความผิดพลาดของแพทย์ แต่ผู้ป่วยไม่ได้ตั้งใจเอาความอะไร

พี่ชายคนโตเสียชีวิตจากการถูกไฟฟ้าช็อต ผู้ป่วยจึงต้องช่วยอุปการะหลานชายคนโตตั้งแต่เด็ก ผู้ป่วยรักและภูมิใจหลานคนนี้มาก

น้องชายคนที่หกติดสุรา มีอาการปวดท้องเป็นประจำ ไปพบแพทย์แล้วได้ยาแก้ปวดกลับมา และเสียชีวิตหลังจากกลับจากโรงพยาบาล

ความสัมพันธ์ของพี่น้องที่ยังมีชีวิตอยู่และรักใคร่กันดี ไปมาหาสู่กันเป็นประจำ น้องชายคนที่ห้าเป็นโรคเบาหวาน

## ผลการตรวจร่างกาย (เดือนมีนาคม 2550)

**Vital signs:** T-ไม่ได้ตรวจ, Pulse 84/min, RR 20/ min, BP-179/106 mmHg

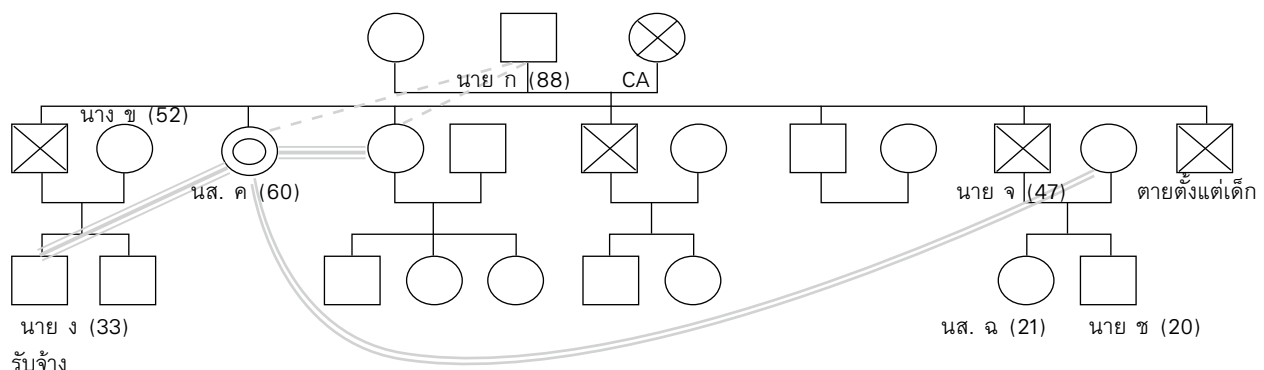
**General appearance:** a Thai elderly female, well appearing, obese (BMI-39), alert and cooperative, no anemia, no jaundice, no cyanosis, no dyspnea, no edema

### Nervous system:

**Motor-**normal muscle tone, motor power grade IV/V at left upper extremity

**Sensory-**decrease pain sensation at tip of fingers of both hands and both feet

## แผนภูมิต่อครอบครัว





## ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

BUN-7 mg/dL                      Creatinine-0.6 mg/dL  
 FBS-134 mg/dL                    HbA1C-9.2 mg/dL

## การวินิจฉัยโรค

1. DM with Hypertension patient with poor compliance

2. C Spine Compression s/p surgery

โรงพยาบาลราชบุรีส่งตัวผู้ป่วยรายนี้มาเพื่อการรักษา ต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 ซึ่งเป็นศูนย์ฯ ที่รับผิดชอบผู้ป่วย ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี เนื่องจากผู้ป่วยไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรักษาที่โรงพยาบาลเท่าที่ควร

เมื่อมารักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในระยะ 1 ปีแรก ผู้ป่วยรายนี้ก็ไม่สนใจการรักษาเหมือนเดิม มาตามนัดบ้าง ไม่มาบ้าง แต่เมื่อส่งทีมไปเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยยอมให้ตรวจ แต่ยังคงนัดอยู่เรื่อยๆ เมื่อซักถามเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับโรค กลับตอบได้ทุกอย่าง เพราะมีผู้ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยมานานตั้งแต่รักษาที่โรงพยาบาล

เมื่อเข้าสู่ปีที่ 2 ของการรักษาที่ศูนย์ฯ ผู้ป่วยไม่มีทำที่ว่าจะร่วมมือในการรักษาเท่าไร ทางทีมจึงดูประวัติเก่าอีกครั้ง พบผลการเจาะระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเป็นดังนี้

	FBS	HbA1C	Blood Pressure
มีนาคม 50	134	9.2	179/106
กรกฎาคม 50	137		194/100
ตุลาคม 50	227	8.5	188/111
ธันวาคม 50	232	(ไปตรวจที่บ้านตอนเช้า เพราะผู้ป่วยไม่มาตามนัด)	167/94

จากตารางพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลขึ้นสูงในช่วงเดือนตุลาคม 2550-ธันวาคม 2550 และไม่มาตามนัดอีกในเดือนมกราคม 2551 จึงส่งทีมไปเยี่ยมบ้านอีกครั้ง โดยครั้งนี้ตั้งเป้าหมายว่าจะทำความเข้าใจผู้ป่วยให้มากขึ้น ปรับวิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยโดยไม่พยายามสอนเรื่องสุขศึกษาหรือสั่งการรักษาใดๆ เพิ่มอีก

## ประวัติเพิ่มเติมจากทีมเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยปลุกบ้านอยู่ในบริเวณเดียวกับญาติพี่น้องคนอื่นๆ ทั้งหมด 11 คน แต่ไม่ได้อยู่ในบ้านเดียวกัน ตัวบ้านของผู้ป่วยแยกออกมาอยู่ต่างหาก มีหลานมาดูแลตอนช่วงเช้าและเย็น โดยนำอาหารมาให้และช่วยดูแลความสะอาดในบ้านบ้าง

ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้ม ต้อนรับเจ้าหน้าที่อย่างเต็มใจและยินดีที่จะให้ประวัติ โดยผู้ป่วยเองมีความทรงจำแม่นยำ สามารถลำดับเหตุการณ์ได้ถูกต้องชัดเจน

ระหว่างพูดคุยเพื่อเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์ สังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการอึดอัดเมื่อพูดถึงเรื่องการเข้ายา เรื่องโรค และเรื่องการดูแลตนเอง แม้ไม่ได้มีการพูดถึงเรื่องที่ไม่ค่อยไปทำตามนัด หรือไม่ค่อยรับประทานยาต่อเนื่อง จึงชวนคุยเรื่องความเป็นอยู่ทั่วไป เรื่องชีวิตประจำวันอยู่สักพัก จึงกลับมาที่เรื่องโรคของผู้ป่วย

จนกระทั่งสอบถามผู้ป่วยว่า “ตอนนี้บ้ำารู้สึกยังงัยกับโรคที่เป็นอยู่”

ผู้ป่วยตอบว่า “บ้ำไม่รู้รู้สึกว่าตัวเองป่วย” ทุกครั้งที่ไปโรงพยาบาล หมอให้ยา แต่บ้ำไม่สนใจไปรับยาต่อเนื่องเพราะไม่มีอาการอะไร พอหายจากอาการปวดศีรษะก็ได้คิดอะไรมา จนกระทั่งมาหกล้มและมีอาการปวดขาบริเวณซีกขวา และต้องผ่าตัด รู้สึกเป็นทุกข์กับอาการปวดและชา เพราะทำให้ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่ดีเหมือนเดิม และยังคงมาฉีดยาเบาหวาน (Insulin) ทั้งที่ “บ้ำเป็นคนกลัวเข็มมาก ถ้าหลานสาวไม่ฉีดให้ก็จะไม่อยากฉีด ทำยังงัยก็ได้ ไม่ต้องฉีดยาได้ไหมหมอ”

ทางทีมจึงถามต่อว่า “เพราะอย่างนี้เลยไม่ค่อยยอมไปรักษาตามนัดหรือเปล่า”

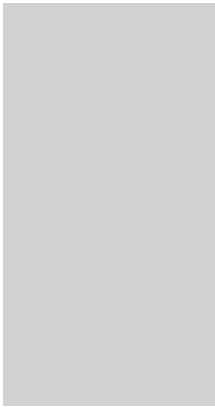
ผู้ป่วยตอบว่า “ก็ไปที่ไรโดนต่อว่าเรื่องที่ไม่ยอมฉีดยา ทั้งที่บ้ำพูดความจริงว่าไม่อยากฉีดยาเลย และก็ไม่ได้คิดตามที่หมอสั่ง แต่หมอก็บังคับให้ฉีดและสั่งยากลับมาทุกครั้ง บ้ำไม่เห็นจำเป็นต้องใช้ยาฉีด โดยเฉพาะช่วงหลังๆ เนี่ย บ้ำไปซื้อข้าวเข้ากินเองไม่ได้ จึงใช้วิธีอดอาหารมื้อเช้า เคยลองฉีดยาแล้วมีอาการใจสั่นเหมือนจะเป็นลม จะปรับยาเองก็ไม่กล้า จึงใช้วิธีไม่ฉีดเลยดีกว่า เวลาหมอสั่งยาให้มา ก็เอาเก็บไว้อย่างนั้นแหละ ทั้งที่ใจจริงไม่อยากรับยามาด้วยซ้ำ เพราะเสียดายที่ไม่ได้ใช้”

ทางทีมจึงถามว่า “ถ้าหยุดยาฉีด และสามารถดูแลเรื่องอาการปวดและชาได้ดีกว่านี้ จะยินดีไปตามนัดหรือเปล่า”

ผู้ป่วยตอบว่า “ไม่แน่ใจ เพราะจริงๆ บ้ำก็ไม่มีอาการอะไรอยากไปรักษาเป็นเรื่องอาการปวดและชามากกว่า เพราะทำให้เดินไม่ถนัด ช่วยเหลือตัวเองไม่ค่อยได้”

เมื่อถามว่า “ต้องการให้ช่วยอะไรมากที่สุด” ผู้ป่วยบอกว่า “อยากหายจากอาการชาและปวดที่เป็นอยู่”

ทางทีมจึงรับปากว่า จะประสานกับทางแพทย์ผู้รักษาเรื่องกระดูกสันหลังให้ว่า จะมีการรักษาอะไรเพิ่มเติมหรือไม่ ทั้งในส่วนเรื่องการฟื้นฟูและกายภาพบำบัดด้วย ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น



## การประเมิน IN-HOME-SSS เฉพาะส่วนที่มีปัญหา

**I-immobility** ผู้ป่วยลุกจากที่นอน อาบน้ำ เข้าห้องน้ำเองได้ แต่ต้องมีคนคอยประคอง หรือมีเก้าอี้ช่วยพยุงตัว ทำงานบ้านเองไม่ได้ น้องสาวมาทำให้ทุกวัน ไม่ได้จ่ายตลาดหรือทำอาหารเอง มีคนมาจัดหาอาหารให้ทุกมื้อ ขึ้นลงบันไดเองไม่ได้ต้องมีคนช่วยประคอง

**N-Nutrition** อาหารที่รับประทานน้องสาวเป็นผู้จัดเตรียมให้ ในบางครั้งก็ฝากเพื่อนบ้านซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากตลาด มือซ้ายมักตีบแค้นมเท่านี้ ชอบกินขนมหวานแต่ตอนหนึ่งคืนกินแล้ว ชอบกินแก้วมังกร กินวันละหนึ่งลูก

**H-Housing** ต้องขึ้นลงบันไดบ้านหลายชั้น ซึ่งไม่มีราวเกาะ

**O-Other people** ผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านเพียงคนเดียว ไม่ได้มีความกลัวหรือกังวลอะไร ทุกวันมีน้องสาวและหลานชายมาดูแล โดยผู้ป่วยรักและสนิทสนมกับสองคนนี้มาก ทุกคนเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วย

**M-Medication** ผู้ป่วยจัดยากินเอง ฉีด Insulin เข้าเย็น แต่บางวันผู้ป่วยฉีดเฉพาะตอนเย็นเท่านั้น วิธีการฉีดถูกต้องดี แต่ผู้ป่วยก็ฉีดบ้างไม่ฉีดบ้าง

**E-Examination** โดยทั่วไปปกติดี ยกเว้นแขนซ้าย Motor power grade IV/V และมี decrease pain sensation ที่แขนขวา

**S-Safety** ระดับพื้นบ้านแต่ละส่วนแตกต่างกัน ถ้าไม่ระวังเวลาเดินอาจจะสะดุดได้ และต้องใช้เก้าอี้ช่วยในการทรงตัว ทำให้เดินไม่ถนัดนัก อาจหกล้มหรือหงายได้

**S-Spiritual** มีหลานชายเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางใจ เพราะตนเองเป็นคนเลี้ยงดูมาแต่เด็ก หลานชายเป็นเด็กดี ไม่เคยทำให้เดือดร้อนใจ ทุกวันนี้ถ้าไม่ทำงานก็มาพูดคุยเป็นเพื่อน และหาของมาฝากประจำ

**S-Service** ศูนย์สุขภาพชุมชนประจักษ์นครินทร์ โรงพยาบาลราชบุรี

หลังจากเยี่ยมบ้านแล้ว เมื่อนำปัญหาที่ได้กลับมาแลกเปลี่ยนกับทีมแพทย์และพยาบาล สรุปปัญหาได้ดังนี้

## สรุปปัญหาสุขภาพองค์รวม

1. C-Spine Compression s/p surgery with peripheral neuropathy and pain
2. Poor-compliance metabolic syndrome: โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วนที่ไม่มาตามนัด
3. Risk of fall in elderly โดยอาจจะเกิดจากน้ำหนักและเข้าเสื่อม หรือเกิดจาก peripheral neuropathy จากโรคเบาหวาน และสภาพบ้านที่ต้องขึ้นลงบันได
4. Lack of care giver มีญาติอยู่ใกล้ แต่ทุกคนต้องทำงาน ผู้ป่วยจึงอยู่บ้านคนเดียวตลอดเวลา

## การดูแลสุขภาพ

### แบบองค์รวมชนิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

1. จะเห็นได้ว่า Chief concern ของผู้ป่วยรายนี้ ไม่ใช่เรื่องเบาหวานและความดันโลหิตสูง แต่กลับเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เท่าเดิม ทั้งที่เมื่อก่อนเคยเป็นคน active ออกไปไหนมาไหนได้เอง แต่หลังจากหกล้มทำให้ผู้ป่วยเกิด limitation of activity และไม่ได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับโรคเบาหวานและความดันที่ควบคุมได้ไม่ดีพอ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายกับการฉีดยา จึงไม่ยอมมาพบแพทย์ตามนัด ไม่อยากรักษา ทางทีมจึงจัดลำดับความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยใหม่ ด้วยการเน้นเรื่องที่จะให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ส่งทีมกายภาพบำบัดลงไปช่วยเหลือ และเพิ่มยากลุ่ม NSAIDs ให้ผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการปวด รวมทั้งจัดหาไม้เท้าอันใหม่ที่ผู้ป่วยใช้งานได้นักกว่า Walker

2. ในส่วนเรื่องยาฉีด Insulin เมื่อแพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ป่วยไม่ต้องการฉีดยา และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมมาตามนัด แต่จากการตรวจติดตามมาตลอดนั้น ผู้ป่วยซึ่งฉีดยาบ้างไม่ฉีดยาบ้างก็ไม่ได้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ และผลการตรวจการทำงานของไตก็อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงทดลองปรับเปลี่ยนเป็นยากินให้ โดยมีเงื่อนไขว่า ผู้ป่วยต้องร่วมมือในการควบคุมอาหารด้วย โดยมีนักโภชนาการไปให้ความรู้เรื่องอาหาร และแนะนำหลานที่เป็นผู้ซื้อกับข้าวมาให้ผู้ป่วยได้เข้าใจด้วย และถ้าหากตรวจพบว่าระดับน้ำตาลไม่ลดลง อาจจะต้องกลับไปใช้ยาฉีดอีกครั้ง ผู้ป่วยตกลงทำตามทีมแพทย์แนะนำ

หลังจากจัดการเรื่องอาการปวดให้ผู้ป่วยและจัดการเรื่องสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาดีขึ้นมาก มารับยาตามนัดโดยที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยาฉีด Insulin โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดคงต่อไป

	FBS	HbA1C	BP
ก.พ. 51	154		147/80
เม.ย. 51	165	7	146/95
มิ.ย. 51	171		133/92
ส.ค. 51	133		126/81
ต.ค. 51	135		132/84
พ.ย. 51	107		117/79
ก.พ. 52	122	6.5	133/94

นอกจากควบคุมเรื่องเบาหวานได้แล้ว จะเห็นว่าความดันโลหิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับที่ดีขึ้น น้ำหนักที่เคยหนักถึง 90 kg ปัจจุบันลดลงเหลือเพียง 65 kg และไม่มีอาการอ่อนเพลีย หน้ามืด เป็นลมอีก

นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมาตรวจจอประสาทตาตามโครงการตรวจจอประสาทตาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจัด ผลการตรวจไม่พบ Diabetic Retinopathy

ในส่วนการตรวจหา Target organ damage อื่นๆ ในเวลานี้ได้วางแผนว่า จะตรวจ urine micro albumin เมื่อนัดครั้งต่อไป และต้องประเมินอาการปวดและอาการชาของผู้ป่วยเพิ่มเติม

3. เรื่องความเสี่ยงต่อการล้ม มีการปรับเปลี่ยนหาไม้เท้าให้ผู้ป่วยชนิดปรับระดับได้ และแนะนำเรื่องแสงสว่างในบ้าน การทำพื้นบ้านให้เสมอกัน และการทำราวบันไดเพิ่มเติม นอกจากนี้ เรื่องเท้าชาก็ควรได้รับการประเมินเพิ่มเติม เพราะเป็นอีกสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหกล้มได้เช่นกัน

4. เรื่องผู้ดูแลที่ยังไม่พร้อมเต็มที่ แต่ก็นับว่ามีญาติที่รักและใส่ใจสุขภาพของผู้ป่วยอยู่ถึงสองคน ซึ่งเป็นญาติที่สนิทและผู้ป่วยไว้ใจ ในเวลานี้น่าจะมุ่งประเด็นไปที่การทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพราะถึงอย่างไรญาติก็คงไม่มีเวลามาดูแลมากกว่านี้ ที่สำคัญผู้ป่วยไม่ได้มีปัญหาเรื่องการเดินหรือการมองเห็นจนกระทั่งดูแลตนเองไม่ได้

## สรุป

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละรายแม้จะเป็นโรคเดียวกัน แต่การรักษาอาจแตกต่างกันในรายละเอียด ทั้งนี้ขึ้นกับความตระหนักในเรื่องโรคของผู้ป่วย และการให้ความสำคัญต่ออาการของโรค

ในผู้ป่วยรายนี้ ไม่ได้มีความตระหนักถึงโรคที่เป็นเนื่องจากมาตรวจพบโดยบังเอิญทั้งสองโรค และมีท่าทีเหมือนไม่ร่วมมือในการรักษา แต่ในความเป็นจริงแล้วการสื่อสารที่ผิดพลาดตั้งแต่ต้น โดยไม่ได้ตั้งใจรับฟังความ “เจ็บป่วย” ที่แท้จริง การขาดการประสานงานกันระหว่างทีมงาน และการตีตราว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา กลับเป็นตัวการทำให้ผู้ป่วยยังไม่ร่วมมือในการรักษาตัวเองมากขึ้น

ทุกวันนี้มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากที่ไม่มีแพทย์ประจำตัว ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรักษา แพทย์เจ้าของไข้แต่ละโรคจะให้การรักษาค้างๆ ไป ไม่ได้ได้ประเมินภาพรวมของผู้ป่วย และไม่ได้ติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะงานประจำก็มีมากมายอยู่แล้ว

ดังนั้น การใช้หลักการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered medicine) ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะบุคคล จึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเฉพาะตัว ไม่ใช่การรักษาแบบเหมาโหลเหมือนกันทุกราย ซึ่งอาจจะให้ผลดีในผู้ป่วยที่เตรียมตัวเตรียมใจเพื่อมาตรวจโรคและรับการรักษา แต่ใช้ไม่ได้กับผู้ป่วยที่ตรวจพบโรคด้วยความบังเอิญซึ่งนับวันจะมีมากขึ้นเรื่อยๆ ■

### บรรณานุกรม

McWhinny IR: *A Textbook of Family Medicine*. New York: Oxford University Press, 1989, p.7.

Kibbe DC, Bentz E, McLaunhlin CP: *Continuous quality improvement for continuity of care*. Journal of Family Medicine Practice. 36: 304-308, 2003.

สายพิน หัตถิรัตน์: *คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์*, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2549.

