

รายงานผู้ป่วย

กรณีศึกษา : การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความซับซ้อนและมีความบกพร่องทางการมองเห็น โดยชุมชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วมตามหลักทางเวชศาสตร์ครอบครัว

อัมรา อุนรพันธ์, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง จังหวัดระยอง

ผู้รับผิดชอบบทความ:

อัมรา อุนรพันธ์, พ.บ.,
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
สยามบรมราชกุมารี ระยอง,
111 ถนนสุขุมวิท ตำบลห้วย
โป่ง อำเภอเมือง จังหวัดระยอง
21150, ประเทศไทย
Email: janmdcu65@hotmail.
com

Received: August 18, 2024;

Revised: September 23, 2024;

Accepted: October 7, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: ความบกพร่องทางสายตาอาจส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของบุคคล เพื่อที่จะปรับตัวให้เข้ากับการใช้ชีวิตที่มีความบกพร่องทางสายตาได้จำเป็นต้องมีบริการรองรับหลายมิติ กรณีศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนโดยมุ่งเน้นประเด็นที่แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น และแสดงบทบาทของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.)

รายงานผู้ป่วย: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 32 ปี มีโรคประจำตัว เบาหวาน มีปัญหาทางการมองเห็นไม่สามารถประกอบอาชีพได้ อาศัยอยู่กับครอบครัวของสามี พบโดย อสม. ที่ลงพื้นที่เพื่อเยี่ยมผู้ป่วยรายอื่น อสม.จึงได้แจ้งผู้ป่วยรายใหม่ที่มีปัญหาซับซ้อนเข้ามาที่ศูนย์บริการสุขภาพเพื่อให้ทีมเวชศาสตร์ครอบครัวลงพื้นที่และดูแลต่อเนื่อง โดยทีมเวชศาสตร์ครอบครัวได้วางแผนการดูแลผู้ป่วย หาแนวทางร่วมโดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจ จัดลำดับปัญหาที่ควรแก้ไข ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ให้ความสำคัญกับปัญหาการมองเห็น มีการนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาประเด็นโรคเบาหวาน ส่งผู้ป่วยเข้าศึกษาหลักสูตรโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเห็น โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายหลังมีการติดตามการรักษาและรับยาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล

สรุป: การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนควรได้รับการดูแลแบบครอบคลุม กรณีศึกษานี้แสดงบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและบทบาททีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ อีกทั้งยังอาศัยเทคโนโลยีเพื่อการรักษาทางการแพทย์และใช้ศักยภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน แสดงการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวาน ตาบอด การดูแลแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน บทบาททีมเวชศาสตร์ครอบครัว

CASE REPORT

Case Study: Care of Visually-Impaired Complex Illness Patient with Non-Communicable Disease by Community and Local Public Agency Participatory Model Based on Principles of Family Medicine

Ammara Anurapant, M.D., MRCFPT

Social Medicine Unit, Rayong Hospital in Honor of her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhon, Rayong Province, Thailand

Corresponding author :

Ammara Anurapant, M.D.,
Social Medicine Unit, Rayong
Hospital in Honor of her
Royal Highness Princess Maha
Chakri Sirindhon, 111 Sukhum-
vit Rd, Huai Pong, Mueang
Rayong District, Rayong 21150,
Thailand
Email: janmdcu65@hotmail.
com

Received: August 18, 2024;

Revised: September 23, 2024;

Accepted: October 7, 2024

ABSTRACT

Background: Visual impairment can have a significant impact on a person's well-being and quality of life. Adapting to living with visual impairment, holistic, multidimensional services were needed. This case describes caring for a patient with a complex illness, focusing on community and local public agency participation, including the role of health volunteers.

Case Report: A 32-year-old Thai female patient with diabetes and visual impairment was unable to work, living with her husband's family. The patient was identified by a health volunteer visiting another patient. The health volunteer referred this new complex-illness patient to the health-care team in the Primary Care Unit. This patient required continuous care from the team. The patient and care team were involved in making decisions and prioritizing health problems together. The visual problem was the most concerning, leading to the addition of a rehabilitation course for the blind with support from the local public agency. Afterwards, the care team provided ongoing patient management using telemedicine.

Conclusions: Caring for a complex illness patient requires comprehensive care. This case shows that the role of the Family Physician and multidisciplinary team in the Primary Care Unit improves quality of life and well-being by using technology for proper management. Developing the potential of health volunteers and local public agency support patients can return to a better quality of life, taking care of themselves.

Keywords: diabetes, blind, participatory model, family care team

กรณีศึกษา

ประวัติผู้ป่วย สภาวะโรค และการดำเนินชีวิตประจำวัน

ผู้ป่วยหญิงอายุ 32 ปี พบโดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ เนื่องจาก อสม. เข้าไปติดตามอาการดูแลผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งเป็นแม่สามีของผู้ป่วยรายนี้ ทำให้ อสม. ทราบว่าในครอบครัวนี้มีผู้ป่วยตาบอดอาศัยอยู่ด้วย (รูปที่ 1) และขาดการรักษาโรคเบาหวาน เนื่องจากย้ายถิ่นอาศัยและไม่สามารถกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลเดิมได้ เนื่องจากปัญหาทางการเงินมองเห็น โดยได้ดูแลประวัติการรักษาจากสมุดประจำตัว รายการยาที่ได้รับล่าสุด เมื่อ 4 เดือนก่อน ได้แก่ metformin (500) ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น glipizide (5) ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น enalapril (5) ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน คม น้ำตาลได้ไม่ดี

พ.ศ. 2566 ตรวจพบ glaucoma และ turn to blindness ในระยะเวลา 1 ปี

ปฏิเสธประวัติต่อหิน/ตาบอดในครอบครัว

การประเมินสุขภาพทางคลินิก พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และปัจจัยทางสุขภาพ

ตรวจร่างกาย พบว่ามีภาวะอ้วนระดับที่ 1 (ค่าดัชนีมวลกาย 27.05 กก./ม.²) มีปัญหาการมองเห็น ตาบอด

ระดับที่ 4 ไม่พบพยาธิสภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน ไม่พบแผลตามร่างกาย

พฤติกรรมสุขภาพ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย

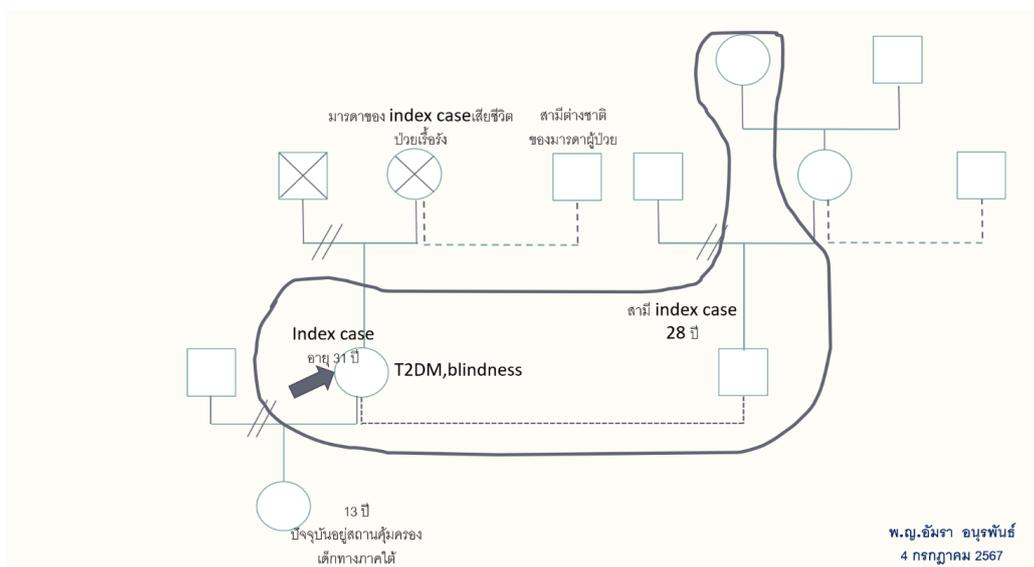
สิทธิการรักษาพยาบาล ประกันสังคม(ทุพพลภาพ)

หน่วยบริการสุขภาพพื้นฐาน ศูนย์บริการสาธารณสุขที่อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดูแลสุขภาพประชาชนครอบคลุม 5 ด้าน การรักษาพยาบาล ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพฟื้นฟูสุขภาพคุ้มครองผู้บริโภค พื้นที่รับผิดชอบ 3 ชุมชน โดยมีความเข้มแข็งในส่วนของชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. ตลอดจนทีมเจ้าหน้าที่ในศูนย์บริการสาธารณสุข

ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจากศูนย์บริการสาธารณสุข ประธานชุมชน อสม. ผู้ดูแล

กระบวนการ preplanning home visit และ individual care plan

หลังจาก อสม. ได้พบผู้ป่วยในชุมชน ได้แจ้งมายังพยาบาลประจำศูนย์บริการสุขภาพ เพื่อแจ้งปัญหาสุขภาพและประวัติพอสังเขป วางแผนการดูแลรักษา โดยแจ้งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อสั่งการรักษา เจาะเลือดประเมินภาวะต่าง ๆ ทางคลินิก โดยแพทย์ได้ส่งยาตามยาเดิมของผู้ป่วยก่อนในครั้งแรก และให้พยาบาลและอสม. นำยาส่งผู้ป่วยเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง พร้อมทั้งเก็บเลือดส่งตรวจ



พ.ญ.อัมรา อุนรพันธ์
4 กรกฎาคม 2567

รูปที่ 1. แผนผังครอบครัว (family genogram)

ทีมเวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับ อสม. ประจำพื้นที่ได้พูดคุยและวางแผนการรักษา ช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกัน พร้อมทั้งประสานกับทีมพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์

กระบวนการ home visit และ individual care plan ร่วมกับภาคเครือข่าย

กระบวนการครั้งที่ 1

ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด อสม. เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และประเมินผู้ป่วยและครอบครัว โดยหลังจากกระบวนการครั้งที่ 1 ได้รับผู้ป่วยเข้ารับรักษาในศูนย์บริการสาธารณสุข ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ ประสานงานไปยังเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (รูปที่ 2)

กระบวนการครั้งที่ 2

ลงเยี่ยมพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มสตรี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (รูปที่ 3) เพื่อมอบเงินสนับสนุนและของอุปโภคบริโภค จากนั้นได้พูดคุย เพื่อทำความเข้าใจผู้ป่วยโดยใช้การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประสานประสานชุมชนในการปรับพื้นที่หน้าบ้านที่มีลักษณะต่างระดับ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ วางแผนพูดคุยกันในทีม เรื่องการเสนอผู้ป่วยในการเข้าศึกษาหลักสูตรโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเห็น 2567 (หลักสูตร 120 ชม.) โดยไม่เร่งรัดคำตอบจากผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจด้วยตนเอง

กระบวนการครั้งที่ 3

ลงเยี่ยมผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เจ้าหน้าที่จากอปท. พมจ. ประธานชุมชน อสม. (รูปที่ 4) ติดตามอาการ การรับประทานยา สอบถามเรื่องการไปศึกษาหลักสูตร



รูปที่ 2. ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ



รูปที่ 3. ลงเยี่ยมพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มสตรี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเห็น 2567 (หลักสูตร 120 ชม.) พบว่าผู้ป่วยมีความสนใจและอยากไปเรียน โดยในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยินดีอำนวยความสะดวกในการเดินทางไปเรียนที่สถาบันราชสุดา และสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการพักและค่าอาหารระหว่างเรียนเป็นระยะเวลา 1 เดือน

กระบวนการครั้งที่ 4

ผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาหลักสูตรโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเห็น 2567 (หลักสูตร 120 ชม.) และสำเร็จหลักสูตรโครงการ (รูปที่ 5)

กระบวนการครั้งที่ 5

ติดตามการรักษาโรคเบาหวาน โดยใช้ telemedicine ร่วมในการดูแลผู้ป่วย (รูปที่ 6) เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาทางการมองเห็นทำให้ไม่สามารถเดินทางมาพบแพทย์ที่ศูนย์บริการสุขภาพได้ โดยการใช้ telemedicine ในผู้

ป่วยรายนี้ซึ่งมีปัญหาการมองเห็น ทำให้อสม.มีบทบาทชัดเจนมากขึ้นในการทำงานเป็นสื่อกลางระหว่างทีมแพทย์ครอบครัวและผู้ป่วย ประเมินผลการใช้ telemedicine ด้วยการติดตามการรักษา นับเม็ดยาที่เหลือ ทุก ๆ 2 สัปดาห์ ทวนความเข้าใจในการรับประทานยาและเป้าหมายการรักษาที่ตกลงกับผู้ป่วย

ภาพรวมการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered medicine)¹⁻³

1. Exploring both the disease and the illness experience

การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องบูรณาการเอาตัวตน ประสบการณ์เจ็บป่วยในอดีต และสภาวะสุขภาพในปัจจุบันของผู้ป่วยเข้ามาด้วย สำหรับการดูแลความเจ็บป่วย สามารถใช้ FIFE question



รูปที่ 4. ลงเยี่ยมผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เจ้าหน้าที่จากอปท. พมจ. ประธานชุมชน อสม.



รูปที่ 5. ผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาหลักสูตรโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเห็น 2567



รูปที่ 6. ติดตามการรักษาโรคเบาหวาน โดยใช้ telemedicine

- ความรู้สึก (feeling) รู้สึกโชคร้ายที่ตาบอดตั้งแต่อายุน้อย แต่ประเมินแล้วผู้ป่วยเริ่มปรับตัวและยอมรับได้
- ความคิด (idea) ความคิด/ความเข้าใจต่อการเจ็บป่วย เข้าใจว่าตาบอดถาวร ไม่สามารถรักษาให้หายได้
- ผลกระทบจากความเจ็บป่วย (function) ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดั้งเดิม ซึ่งก่อนหน้านี้ทำอาชีพเป็นพนักงานในโรงงาน
- ความคาดหวังของผู้ป่วย (expectation) อยากรมีอาชีพที่สามารถทำเองได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย สนใจเรียนคอมพิวเตอร์ หลักสูตรสำหรับคนตาบอดเพื่ออาจจะเป็นประโยชน์ในอนาคตในการประกอบอาชีพ

2. เข้าใจความเป็นคน (understanding the whole person)

การดูแลผู้ป่วย แพทย์ต้องเข้าใจบุคคลและบริบทผู้ป่วย ประวัติชีวิตที่ผ่านมาของผู้ป่วยอาศัยอยู่กับมารดาที่มีสามีใหม่เป็นชาวต่างชาติ โดยผู้ป่วยจบชั้นมัธยมศึกษาและมีบุตรในช่วงอายุประมาณ 20 ปี หลังจากนั้นไม่นานมารดาของผู้ป่วยก็เสียชีวิต หลังจากมารดาเสียชีวิตทำให้มีปัญหาในครอบครัว จนกระทั่งบุตรสาวของผู้ป่วยมีปัญหาและได้รับการดูแลโดยสถานคุ้มครองเด็ก ส่วนตัวผู้ป่วยก็มีปัญหาทางการมองเห็น ท้ายสุดแล้วทำให้ต้องมาอยู่กับสามีคนปัจจุบัน ทำให้ต่อมามีเกิดความกังวลที่จะก้าวสู่โลกภายนอก กลัวว่าสามีจะทิ้งเนื่องจากตนเป็นผู้ป่วยทางการมองเห็น

3. หาแนวทางร่วมรักษา (finding common ground) หลังจากทำความเข้าใจผู้ป่วย แพทย์ต้องร่วมมือกับผู้ป่วย

- ระบุปัญหา (define the problems) และตั้งเป้าหมายและแผนการรักษา (establish goals of treatment and/or management) ปัญหาการมองเห็น เป้าหมายที่ตั้งร่วมกัน คือ สามารถดูแลตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้เวลาออกไปสถานที่ภายนอก โรคเบาหวานตั้งเป้าหมายให้คุมระดับน้ำตาลได้ โดยไม่เกิดภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูงมากกว่าปกติ คุมระดับน้ำตาลโดยตั้งเป้าหมายให้เหมาะสมกับผู้ป่วย (individualized glycemic control) โดยในผู้ป่วยรายนี้ คำนึงถึงปัจจัยทางครอบครัว สังคม เศรษฐฐานะของผู้ป่วย และปัจจัยทางสุขภาพของผู้ป่วย โดยตั้งเป้าหมายร่วมกันที่ $HbA1c < 8.0\%$ ⁴

- บทบาทของผู้ป่วยและแพทย์ในการดูแลรักษา (identify roles to be assumed by patient and clinician) โดยมีการพูดคุยสม่ำเสมอระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วย ผู้ป่วยกับ อสม. ทีมผู้รักษากับ อสม. โดยวางบทบาทแพทย์ พยาบาล นักกายภาพเป็นผู้ให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง ให้ความรู้และสั่งการรักษา แจ้งผลการรักษาตลอดจนผลเลือดของผู้ป่วย อสม. เป็นผู้ติดตามพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย การใช้ชีวิต การรับประทานอาหารและอาการผิดปกติในผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ภาวะน้ำตาลต่ำ โดยมีการรายงานอาการและเข้าเยี่ยมอย่างน้อยสัปดาห์

ละ 1 ครั้ง รวมทั้งประสานงานในการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องตรวจกับแพทย์ผ่าน telemedicine พร้อมส่งนยาไปส่งที่บ้าน ผู้ป่วยมีหน้าที่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ในกรณีมีปัญหาสุขภาพ/อาการผิดปกติ หรือการใช้ยา สามารถแจ้งได้ทั้งทีมผู้รักษาและอสม.ที่เข้าเยี่ยม

4. ป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ (incorporating prevention and health promotion)

- การสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) ให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง การรับประทานอาหารตามหลัก DASH diet⁵ แนะนำโภชนาการเมนูชะลอโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะช่วยลดความดันโลหิตสูงได้ และยังส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น โดยมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลสุขภาพตนเองได้ (self care)⁶ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยต้องมีการเรียนรู้ต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมสุขภาพ

- การป้องกันโรค (disease prevention): individual care plan โดยใช้ตาราง 9 ช่อง ประเด็นเบาหวาน และปัญหาทางการมองเห็น

5. การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (enhancing the patient-doctor relationship)

การสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยสามารถต่อยอดให้การดูแลรักษาในแง่มุมต่าง ๆ ประสบความสำเร็จได้มากขึ้น โดยแสดงให้เห็นผู้ป่วยรู้สึกถึงความห่วงใยและมีเมตตา (caring and compassion) โดยเมื่อมีความสัมพันธ์อันดีแล้ว สามารถพูดคุยเพื่อหาเป้าหมายของการรักษาด้วยกันโดยอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง (being realistic)

การมีส่วนร่วมของชุมชน (the community)^{7,8}

การทำงานร่วมกับชุมชน หมายถึง การระดมทรัพยากรที่มีในชุมชน เพื่อให้เกิดการป้องกัน ควบคุม จัดการโรคเรื้อรัง สนับสนุนและผลักดันให้เกิดความร่วมมือภายในชุมชน มีการจัดตั้งกลุ่ม/สมาคม/ชมรม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แนวคิดการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model, CCM)⁹ ถือว่าเป็นระบบบริการที่มีคุณภาพ การทำงานร่วมกันทำให้เกิดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย ตามนโยบายชุมชนพึ่งพาคนในชุมชน โดยประกอบด้วย เพื่อนบ้าน อสม. บุคลากรสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยปฏิบัติตามหน้าที่ ดังนี้

1. ครอบครัวช่วยดูแลและสนับสนุน (family-care with family support) โดยในผู้ป่วยรายนี้ คนในครอบครัวทำหน้าที่จัดหาอาหาร โดยพยายามเลือกลดหวาน มัน เค็ม ดูแลเรื่องการรับประทานยา และดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน

2. เพื่อนบ้านมีการช่วยเหลือแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (neighborhood with friend-care) โดยในกรณีศึกษานี้ เพื่อนบ้าน คือ ประธานชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการอำนวยความสะดวก ช่วยปรับพื้นที่บริเวณหน้าบ้านให้เหมาะสมมากขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการลื่นล้ม โดยได้ประสานเพื่อนบ้านที่มีทรัพยากรที่ เพื่อนำมาถนอมบริเวณที่มีน้ำขังหน้าบ้านของผู้ป่วย

3. อาสาสมัครชุมชนมีการทำงานเป็นทีมในชุมชน (health volunteers with community-care team)

ตารางที่ 1. การป้องกันโรค (disease prevention) : individual care plan

	Primary Prevention	Secondary Prevention	Tertiary Prevention
Individual	มีความรู้เรื่องอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	Screening : ไต เท้าเบาหวาน Gait aids คัดกรองภาวะซึมเศร้า	แนวทางการรักษาเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมองตีบ
Family	มีความรู้เรื่องอาหารและการออกกำลังกาย	ปรับภูมิทัศน์ ภายในและนอกบ้าน	การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการมองเห็น
Community	นโยบายส่งเสริมสุขภาพให้คนในชุมชนมี health literacy เรื่องเบาหวาน	ปรับ infrastructure ให้เหมาะสมกับผู้พิการ	ปรับ infrastructure ให้เหมาะสมกับผู้พิการ

โดยอาสาสมัครชุมชนจะได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขให้มีความรู้และทักษะในการดูแลโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยมีการจัดให้ความรู้ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกปี มีการทำงานเป็นทีม การเจาะเลือดคัดกรองเบาหวาน ซึ่งจัดอบรมโดยนักเทคนิคการแพทย์ของโรงพยาบาลแม่ข่าย ลงเยี่ยมและติดตามอาการผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายตามพื้นที่ หากพบว่ามีอาการผิดปกติ หรือมีภาวะฉุกเฉินจะแจ้งมายังหน่วยบริการปฐมภูมิ

4. เจ้าหน้าที่สุขภาพ (health care-team) ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข มีหน้าที่ตรวจประเมินร่างกาย เยี่ยมคัดกรองผู้ป่วยเป็นประจำทุกเดือน อบรมให้ความรู้ทั้ง อสม. และประชาชนในพื้นที่ ให้คำแนะนำปรึกษาปัญหาสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5. การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (local public agency support) ได้แก่ เทศบาลเมืองดูแลสิ่งแวดล้อม เช่น ถนน น้ำประปา ดูแลความปลอดภัย การกำจัดขยะ ในผู้ป่วยรายที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดรถบริการรับส่งเพื่อไปอบรมหลักสูตรโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเห็น 2567 เนื่องจากรองนายกเทศบาลเมืองได้ลงเยี่ยมผู้ป่วยและเล็งเห็นถึงโอกาสที่ผู้ป่วยควรได้รับเพื่อจะได้นำทักษะมาใช้ในชีวิตประจำวันต่อไป

วิจารณ์

กรณีศึกษาชี้ให้เห็นว่าการทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพมีส่วนช่วยให้การดูแลผู้ป่วยแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางประสบความสำเร็จมากขึ้น ประกอบกับกรณีศึกษานี้แสดงให้เห็นบทบาทของอาสาสมัครชุมชนในแง่การค้นหาผู้ป่วยจากชุมชนเพื่อให้ได้รับการดูแลจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่เหมาะสม ทั้งนี้ยังได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นส่วนสำคัญ ในแง่ของการให้บริการมีการแสดงให้เห็นถึงการปรับบริการให้ผู้ป่วยได้รับการผ่านการแพทย์ทางไกล เนื่องจากปัญหาในการเดินทาง โดยใช้ อสม. เป็นสื่อกลางในการให้บริการสุขภาพ ในรายนี้ ได้แก่ การเข้าไปวัดความดัน

โลหิต การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว และควบคุมการสื่อสารกับแพทย์ผ่านสมาร์ทโฟน หลังจากได้รับการรักษาและคำแนะนำในการดูแลตนเอง อสม./พยาบาลจะนำไปให้ผู้ป่วยที่บ้านและอธิบายการรับประทานยา อาการที่ต้องสังเกตและแจ้งในกรณีพบความผิดปกติ

ข้อเสนอแนะ

การทำงานเชิงรุกเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบทุกมิติ จะสำเร็จได้ การทำงานร่วมกับชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากแต่ละชุมชนมีบริบทและทรัพยากรที่แตกต่างกันไป จึงเป็นจุดที่ไม่ควรมองข้ามสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการทำความเข้าใจชุมชน ทรัพยากร ปัจจัยสนับสนุนในพื้นที่ ที่สามารถนำมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วย พร้อมทั้งสร้างความสัมพันธ์อันดีเพื่อเป็นประโยชน์ในการทำงานร่วมกัน

การพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล ในผู้พิการไม่เฉพาะทางการแพทย์มองเห็น แต่รวมถึง การได้ยิน การเคลื่อนไหว สติปัญญา การเรียนรู้ ออทิสติก ควรมีการรวบรวมทะเบียนผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่รับบริการ ประสานข้อมูลจาก พมจ. เพื่อจัดทำแผนผังข้อมูลผู้พิการและตำแหน่งที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้ง่าย มอบหมายให้ อสม. Care giver ดูแลในกลุ่มผู้พิการ ความสะดวกเพื่อที่จะสามารถใช้บริการระบบการแพทย์ทางไกลได้อย่างผู้ป่วยทั่วไป

Highlight

1. กรณีศึกษานี้สะท้อนบทบาทของเวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความซับซ้อนแบบองค์รวมและต่อเนื่อง
2. แสดงให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นในการจัดการปัญหาสุขภาพ และข้อจำกัดด้านการมองเห็นในบริบทจริง
3. เป็นตัวอย่างการประยุกต์ใช้ Chronic Care Model ในระดับปฐมภูมิ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความยั่งยืนของการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. David E Weissman. Patient-Centered Interviewing [homepage on the internet].2024 [cited 2024, August 18]. Available from: <https://www.mypcnow.org/fast-fact/patient-centered-interviewing/>
2. กฤษณะ สุวรรณภูมิ. การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2011;3:38-44..
3. Moira Stewart, Judith Belle Brown, W. Wayne Weston, Thomas Freeman, Bridget L. Ryan, Carol L. McWilliam, et al. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. 4th ed. Boca Raton London: CRC Press; 2024. p. 39-152.
4. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์. 2566.
5. กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. แดชไคเอท บำบัดโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: วี อินดี้ ดีไซน์. 2563.
6. Orem DE. Nursing: concept of practices. 6th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 2001.
7. Thangkratok P, Vararuk A, Silawan T, Piaseu N. Role of nurses in implementing chronic care model in subdistrict health promoting hospital. Science, Engineering and Health Studies. 2019;13:83-92. doi: 10.14456/sehs.2019.9.
8. บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์. 2019;9:113-28.
9. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract. 1998;1:2-4.