

การประยุกต์ใช้เทคนิคการประชุมครอบครัวในการเยี่ยมบ้าน: กรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

จันทร์จิรา อินจัน, วทม.*¹

ศุภวรรณ ยอดโปร่ง, พยม.* ชนกานต์ แสงคำกุล, พยม.*

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัว การสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเอง จะป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่อาจเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งการเยี่ยมบ้าน (home visit) เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมบุคลากรสุขภาพจะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รวมถึงการให้ความรู้ คำปรึกษาหรือแนะนำในการดูแลสุขภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เทคนิคการประชุมครอบครัว (family meeting) เป็นกิจกรรมที่จัดทำเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพภายในครอบครัว ทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจมากขึ้น เกี่ยวกับแนวโน้มของโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ แต่สามารถมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉลี่ยลดลง ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ดีขึ้น มีความพึงพอใจและยอมรับกับวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้าน, การจัดประชุมครอบครัว, ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

วันที่รับ: 26 พฤษภาคม 2564 วันที่แก้ไข: 10 กุมภาพันธ์ 2565 วันที่ตอบรับ: 4 มีนาคม 2565

*

อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพทชจราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

¹ ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: jjanbok.d@hotmail.com

An application of family meeting technique in home visiting: a case study of the patient with uncontrolled diabetes

Janjira Injeen, MSc.^{*1}

Suphawan Yodprong, MNS.* Chanakan Sangkhumgul, MNS.*

Abstract

Diabetes is a chronic disease that requires continuing care. It affects the patients' and families' daily lives. Support diabetic patients regarding self-care can prevent potential diabetes complications, increase patients' self-care efficacy, and improve their quality of life. Home visit is one of the home health care services where a healthcare professional team visits a patient and family to provide health promotion and disease control by using health education and counseling or health advising for people to have appropriate self-care. The family meeting technique is designed to develop an effective communication among the family, healthcare professional teams, and patients. As a result, patients and their families could be better understanding about uncontrollable sugar level to normal level problems and a tendency to have lower average sugar levels, have better family relationships and a higher patient satisfaction, and accepted self-care methods, which lead to continuity of patients' and families' self-care.

Keywords: Home visit, Family meeting, Diabetic patient with blood sugar control problem

Received: May 26, 2021 Revised: Feb 10, 2022 Accepted: Mar 4, 2022

*

Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, MOPH

¹Corresponding author, email: jjanbok.d@hotmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก สถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจากจีน อินเดีย ญี่ปุ่น (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) ความชุกโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุตั้งแต่กลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปจนสูงสุดที่กลุ่มอายุ 60-69 ปี ในจำนวนผู้สูงอายุ 5 คน พบว่ามีความเสี่ยงในการได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นเบาหวาน 1 คน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2560) ซึ่งในปี 2562 นับเป็นปีแรกในประวัติศาสตร์ที่ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยประชากรผู้สูงอายุในปี 2562 มีมากถึง 11.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563) สหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน (ชัชสิทธิ์ รัตตสาร, 2560)

จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center; HDC) ปีงบประมาณ 2560 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพียงร้อยละ 23.13 (กองแผนงาน กรมควบคุมโรค, 2561) หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ก็จะไปสู่การเจ็บป่วยแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น โรคจอประสาทตาเสื่อม โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด การเกิดแผลเรื้อรัง การถูกตัดขา ตัดนิ้วเป็นต้น ความเจ็บป่วยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (อุบลรัตน์ รัตนอุไรและประภาส สงบุตร, 2562) จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มี 6 ประเด็น ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดื่มสุรา การออกกำลังกายไม่เพียงพอ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ความเครียด และการไม่มาตรวจตามนัด (สุวรรณีย์ สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุวิทย์ อภิจินทรเมธากุล, นิลุบล นันทา และจุฑามาศ สุขเกษม, 2560) ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถช่วยกันในการควบคุมโรคเบาหวานได้ ด้วยการดูแลตนเองโดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย มาพบแพทย์ตามนัด พักผ่อนให้เพียงพอ และงดสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

ในบริบทของสังคมไทย ครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการดูแลสุขภาพของสมาชิกทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย โดยเฉพาะเมื่อมีการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวถือเป็นจุดเริ่มของความเข้าใจและค้นหาปัญหาสุขภาพของสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว (จินตนา วัชรสินธุ์, 2560) บุคลากรทางสุขภาพจึงมีความจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยทุกราย ให้มีความรู้ความเข้าใจ และการชักชวนสมาชิกของครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ เทคนิคการประชุมครอบครัว (family meeting) เป็นกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัว ผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพทราบเป้าหมายดูแลรักษาที่ชัดเจน โดยเฉพาะในบริบทที่สมาชิกครอบครัวมีบทบาทสูงในการตัดสินใจเพราะสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก (care giver) และรับผิดชอบค่าใช้จ่าย แม้ว่าผู้ป่วยจะมีความสามารถตัดสินใจได้เองก็ตาม (เป็ทมา โภมทุบุตร, 2558) ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว สามารถส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นเทคนิคการประชุมครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง ในการสนับสนุนการให้ข้อมูลกับสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย วิธีการดูแลรักษา ให้มีความเข้าใจในเรื่องที่ต้องตัดสินใจรู้ปัญหาและร่วมกันตัดสินใจ ลดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเทคนิคการประชุมครอบครัวจึงเป็นแนวทางที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและตรงกัน จากการให้ข้อมูลโดยทีมสุขภาพที่ให้ข้อมูลตามบทบาทหน้าที่ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่สอดคล้องกับการรักษาและบริบทของครอบครัวตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า เทคนิคการประชุมครอบครัว ส่วนใหญ่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถยอมรับการเจ็บป่วยและสามารถจัดการสุขภาพและอาการทุกข์ทรมานได้ รวมถึงทำให้มีอาการซึมเศร้าลดลง (นุชรี พิมพ์โคตรและเสาวคนธ์ วีระศิริ, 2559) และเป็นการส่งเสริมหรือสนับสนุน ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล รวมไปถึงเป็นแหล่งพึ่งพา

ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว (บุญกฐิน ธรรมจารีสวัสดิ์ และคณะ, 2561; ประนอม โฉมกาย, 2563; DeLisser, H.M., 2010) อีกทั้งยังเป็นองค์ประกอบสำคัญของแผนการดูแลผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจที่สอดคล้องกับเป้าหมายในการดูแลและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันมากขึ้น (Joshi R., 2013) และมีการนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยหนัก พบว่าการประชุมครอบครัวช่วยในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพและครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดยช่วยเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัว ความไว้วางใจในแพทย์ การตัดสินใจทางคลินิก และการยอมรับของสมาชิกในครอบครัว (Chaitin, Wood, & Arnold, 2013) สามารถช่วยลดระยะเวลาการเข้าพักรักษาของ ICU อีกทั้งยังเป็นข้อมูลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในระยะประคับประคองได้ด้วย ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการประชุมครอบครัวในผู้ป่วยเบาหวานยังมีน้อย มีการศึกษาในปี 2549 ของพงศกร จินดาวัฒน์ พบว่าหลังการประชุมครอบครัว 6 เดือนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นรวมถึงมีความพึงพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างกันอยู่ในระดับดี

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมีการดูแลแบบประคับประคองอย่างใกล้ชิดในระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และหากไม่สามารถควบคุมโรคได้ดีจะมีอาการของโรคทรุดลงและกลายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต มีความเจ็บปวดและทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดปัญหาที่ซับซ้อนทั้งจากผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเรื้อรังและเฉียบพลัน การที่ผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงติดต่อกันเป็นระยะเวลานานส่งผลให้มีการทำลายเสื่อมสภาพและการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะที่สำคัญทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลงเกิดความสูญเสียทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม (เฉลา ศรีเสงี่ยม, 2558) แต่ถ้าหากสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับภาวะคุกคามต่อชีวิต สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การประชุมครอบครัวเป็นวิธีการหนึ่ง ที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายได้มีโอกาสซักถามหรือชี้แจงข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลตลอดจนวางแผนหรือตัดสินใจเรื่องการรักษาร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่สอดคล้องกับการรักษาและบริบทของครอบครัวตนเอง

บทความฉบับนี้ผู้เขียนมีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวคิดเกี่ยวกับเทคนิคการประชุมครอบครัวในการเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นเทคนิคหนึ่งในการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น โดยเนื้อหาประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน เทคนิคการจัดประชุมครอบครัว และการประยุกต์เทคนิคการจัดประชุมครอบครัวในการเยี่ยมบ้านกรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การเยี่ยมบ้าน (home visit) เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญซึ่งเป็นอัตลักษณ์ที่สำคัญของการบริการดูแลระดับปฐมภูมิและเวชปฏิบัติครอบครัว รวมทั้งเป็นกิจกรรมหรือกลวิธีที่สำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพบุคคลและผู้ป่วยที่บ้าน (วิโรจน์ วรรณภีระ, 2555; นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา, ทิพย์สุตา ลากภักดี, และพัชรีย์ กัดจ่อมพงษ์, 2556)

การเยี่ยมบ้าน หมายถึง การให้บริการสุขภาพเชิงรุก โดยใช้เทคนิคที่เหมาะสมและใช้บ้านของผู้ป่วยเป็นสถานพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยแพทย์ บุคลากรสาธารณสุขจะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค การให้ความรู้ คำปรึกษาหรือแนะนำในการดูแลสุขภาพเพื่อสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (สายพิน หัตถิรัตน์, 2553; อังศรีสา พิณจันทร์, 2558; วิโรจน์ วรรณภีระ, 2555)

การเยี่ยมบ้านมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้ (นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา และคณะ, 2556; สายพิน หัตถิรัตน์ 2553; Smith, 2013)

1. เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสภาพปัญหาตามบริบทและศักยภาพของครอบครัวโดยมีสมาชิกครอบครัวร่วมวางแผน
2. เพื่อให้คำแนะนำ ฝึกทักษะ แนะนำแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับและปรับพฤติกรรมในระยะฟื้นฟูสุขภาพได้เหมาะสม จนกระทั่งสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ถูกต้อง

3. เพื่อให้การบริการพยาบาลในส่วนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลตนเองได้
4. เพื่อติดตามผลการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องที่อาจทำให้ลดอาการรุนแรงเฉียบพลันของภาวะการเจ็บป่วยและพิการ เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี
5. เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (สายพิณ หัตถ์รัตน์ 2553; นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา และคณะ, 2556; Smith, 2013)

1. ระยะก่อนการเยี่ยมบ้าน เป็นระยะของการเตรียมความพร้อม ซึ่งมี 3 ขั้นตอน ดังนี้

- 1.1 เตรียมข้อมูลสุขภาพชุมชน ข้อมูลเฉพาะตัวผู้ป่วยหรือ ครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพโดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยทั้งจากกรณีที่ตั้งต่อจากโรงพยาบาลและข้อมูลจากชุมชน
- 1.2 กำหนดแผนการดูแล โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมเพื่อเป็นแนวทางการกำหนดกิจกรรมปฏิบัติงาน
- 1.3 อุปกรณ์/เครื่องมือใช้สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน สำหรับการเยี่ยมบ้านอุปกรณ์เครื่องมือใช้เป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งควรเตรียมให้พร้อมสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านแต่ละราย

2. ระยะระหว่างการเยี่ยมบ้าน ในระยะนี้พยาบาลควรประเมินสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับสมาชิกในบ้านและสิ่งแวดล้อมเพื่อนำมาใช้ประกอบการวางแผนการพยาบาล นำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นเครื่องมือประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการระบุปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยกำหนดแผนการพยาบาลให้ทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลนำไปปฏิบัติ ทำกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้านโดยการประเมินปัญหาเดิม ประเมินปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้น โดยใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพและการบันทึกการเยี่ยมบ้านตามแนวคิด IN HOME-SSS และกระบวนการพยาบาล (nursing process) เป็นเครื่องมือประเมิน

3. ระยะหลังการเยี่ยมบ้าน ภายหลังจากการเยี่ยมบ้านต้องมีการนำข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านมาประชุมร่วมกัน นำข้อมูลที่ได้มาประกอบ และหาข้อสรุปเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม เพื่อสื่อสารให้บุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้รับข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป การบันทึกทางการพยาบาล เป็นการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมของพยาบาลและบันทึกทางคลินิก โดยเขียนข้อมูลและกิจกรรมการพยาบาลให้ตรงตามวัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งสรุปกิจกรรมการพยาบาลและการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ให้แก่แต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้าน ปัญหาที่ต้องติดตามเยี่ยมในครั้งต่อไป จึงเป็นเครื่องมือที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลในการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านเป็นการร่วมกันดูแลสุขภาพของประชาชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายเพื่อดูแลช่วยเหลือให้คำปรึกษา แนะนำแก่ผู้รับบริการทุกคนแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องและผสมผสานแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายทั้งที่มีภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยงและมีความเจ็บป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยการเยี่ยมบ้านพบว่าการเยี่ยมบ้านสามารถส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (อุโลลักษณ์ เทพวัลย์และคณะ, 2551; มาลีจิตร ชัยเนตร, 2552; ไพรัช ม่วงศรี, 2555) โดยในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานพบว่าการเยี่ยมบ้านมีผลต่อความรู้ในการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากต่อการเยี่ยมบ้าน (ชรินทร์ ดีปินตา, 2553; Kidbunjong, 2015) จากการค้นคว้าและทบทวนวิจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่พบการนำการจัดประชุมครอบครัวมาใช้ ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานผู้เขียนจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงประเด็นดังกล่าวโดยจะกล่าวในลำดับถัดไป

เทคนิคการจัดประชุมครอบครัว (Family meeting)

การจัดประชุมครอบครัวคือ การเปิดโอกาสให้มีการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยและทีมดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้มีการสื่อสารภายในครอบครัวที่ดี ให้ทีมที่ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาที่ตรงกัน หรือการตัดสินใจในเรื่องการรักษาระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวไปในทิศทางเดียวกัน การประชุมครอบครัวจึงเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายได้มีโอกาสซักถามหรือชี้แจงข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแล ตลอดจนวางแผนหรือตัดสินใจเรื่องการรักษาาร่วมกัน (กิตติพล นาควิโรจน์, มปป.; กิตติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์, 2557; เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลปทุมธานี, 2561)

เป้าหมายของการจัดประชุมครอบครัว มีดังต่อไปนี้ (กิตติพล นาควิโรจน์, มปป.; สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์, พิมพ์ณา แซ่โซว, และจิรารัตน์ ไกรราช, 2554; เอกชัย อธิศักดิ์กุล, 2563)

1. เพื่อสร้างความเข้าใจที่ดีระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคและระยะของโรค รวมไปถึงการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค
2. เพื่อช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสื่อสารกันมากขึ้น ทำความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมาย หลักของการดูแล และพิจารณาแนวทางและวิธีการที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ของครอบครัวตน
3. เพื่อให้ทีมผู้รักษาได้ประเมินความต้องการด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว และวิธีการที่ครอบครัวใช้จัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนของการประชุมครอบครัว สามารถสรุปได้เป็น 3 ขั้นตอน (กิตติพล นาควิโรจน์, มปป.; กิตติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์, 2557; คณาวุฒิ นิธิกุล, 2563; ปัทมา โกมุทบุตร, 2558; สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์และคณะ, 2554; DeLisser, 2010)

1. ขั้นเตรียมก่อนการประชุมครอบครัว เริ่มจากกำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดประชุมครอบครัว จากนั้นคัดเลือกผู้เข้าร่วมและประเมินความสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ตามด้วยทบทวนเวชระเบียนและข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย รวมทั้งแนวทางการรักษาร่วมกันของสมาชิกในทีมหากเป็นไปได้ ควรศึกษาแผนภูมิครอบครัว (genogram) และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวก่อนการประชุมครอบครัว กำหนดบุคลากรในทีมสุขภาพที่จะทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดรูปแบบและวิธีการเรียนรู้ของทีม (facilitator) ระหว่างการประชุมครอบครัว (ไม่จำเป็นที่แพทย์จะต้องทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดรูปแบบและวิธีการเรียนรู้ของทีมเสมอไป แต่อาจจะเป็นใครก็ได้ในทีมที่มีทักษะการจัดประชุมครอบครัว แพทย์อาจจะทำหน้าที่เป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลในเรื่องทางการแพทย์เท่านั้น) และกำหนดบทบาทของทีมในการตอบคำถามเกี่ยวกับโรค การดูแล การรักษา และการปฏิบัติตัว รวมทั้งชี้แจงแก่สมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยถึงความจำเป็นและเป้าหมายของการประชุม พร้อมทั้งกำหนดเวลาและสถานที่ในการจัดการประชุมที่มีความเหมาะสมและสะดวกสำหรับผู้เข้าร่วมประชุมสะดวก โดยทั่วไปควรกำหนดเวลาไว้อย่างน้อยประมาณ 1 ชั่วโมงต่อการประชุมแต่ละครั้ง

2. ขั้นดำเนินการประชุม สมาชิกในทีมกล่าวแนะนำตัวและบอกบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้แนะนำตัวเอง จากนั้นผู้รับผิดชอบในการจัดรูปแบบและวิธีการเรียนรู้ของทีม กล่าวสั้น ๆ ถึงเหตุผลหลักของการจัดประชุมครอบครัวในครั้งนี้ว่ามีประเด็นอะไรบ้างที่ต้องการให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวได้ร่วมกันตัดสินใจหรือรับทราบ กล่าวถึงกติกาของการประชุม จากนั้นเรียงลำดับตามสมาชิกในครอบครัวที่มีอำนาจในครอบครัวน้อยที่สุด ไปยังสมาชิกในครอบครัวที่มีอำนาจมากที่สุด สาเหตุคือ หากให้สมาชิกในครอบครัวที่มีอำนาจมากกว่าคนอื่น ๆ พูดก่อน สมาชิกที่เหลืออาจจะไม่กล้าแสดงความคิดเห็นของตนเอง กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้แสดงความคิดเห็นของตนเองก่อน ถึงจะให้มีการอภิปรายหรือแสดงความคิดเห็นจากกลุ่ม แจ้งระยะเวลาของการประชุมคร่าวๆ ให้ทุกคนได้รับทราบ โดยมีแนวทางการพูดคุย ดังนี้

2.1 การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความเข้าใจระยะการดำเนินของโรคและ การพยากรณ์โรค เริ่มด้วยการซักถามใช้คำถามเปิด ให้สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวได้บอกถึงความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย จากนั้น

เปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนได้ซักถาม แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย จากนั้นผู้รับผิดชอบในการจัดรูปแบบและวิธีการเรียนรู้ของทีม และทีมอธิบายและตอบคำถามของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ระยะของโรค และการพยากรณ์โรคเท่าที่ผู้ป่วยและครอบครัวอยากจะทราบ

2.2 การประเมินความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับเป้าหมายและแนวทางการดูแลผู้ป่วย ผู้รับผิดชอบในการจัดรูปแบบและวิธีการเรียนรู้ของทีม ซักถามความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับเป้าหมายของการดูแล อธิบายเป้าหมายของการดูแลของทีมพร้อมชี้แจงข้อสงสัยที่เกิดขึ้นจากสมาชิกในครอบครัว (ถ้ามี) จากนั้นซักถามสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับข้อสงสัยเรื่องแผนการดูแลในอนาคต พร้อมทั้งอธิบายเรื่องแผนการดูแลรักษาและชี้แจงแนวทางการจัดการกับอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต รวมถึงสอบถามความต้องการของครอบครัวด้านต่าง ๆ ที่อยากให้ทีมช่วยเหลือและซักถามประเด็นเกี่ยวกับผู้ดูแลที่ผู้ป่วยมอบหมายให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนหากอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตัวเองได้

2.3 ประเมินวิธีการที่ครอบครัวใช้จัดการกับปัญหาด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยซักถามเกี่ยวกับวิธีการที่ครอบครัวใช้จัดการกับปัญหาด้านต่าง ๆ ที่ผ่านมา ประเมินจุดแข็งของครอบครัวในการรับมือกับปัญหาและชี้ให้ครอบครัวเห็นจุดแข็งของตนเอง รวมทั้งประเมินว่ามีสมาชิกในครอบครัวคนใดที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษหรือไม่ เช่น มีภาวะซึมเศร้า มีปัญหาทางด้านการเงิน อาชีพการงาน เป็นต้น

3. สรุปและปิดการประชุม โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ซักถามในประเด็นที่ทีมยังไม่ได้ตอบ สรุปสั้นๆ เกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ที่ได้พูดคุย รวมถึงแผนการดูแลผู้ป่วยในอนาคต และกล่าวขอบคุณทุกคนที่เข้าร่วมประชุม ควรจดบันทึกสิ่งที่ได้พูดคุยกันระหว่างประชุมในประเด็นที่สำคัญอย่างละเอียดลงในเวชระเบียนและเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนในทีมที่ดูแลได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการประชุมเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการจัดประชุมในครั้งต่อไป

ผลลัพธ์ของการจัดประชุมครอบครัว

ผลที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดประชุมระหว่างทีมและครอบครัวของผู้ป่วย จะทำให้ทราบปัญหาและแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามศักยภาพและบริบทของครอบครัว ซึ่งนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถยอมรับการเจ็บป่วยและสามารถจัดการสุขภาพและอาการทุกข์ทรมานได้ รวมถึงทำให้มีอาการซึมเศร้ามลดลง (นุชรี พิมพ์โคตร และเสาวคนธ์ วีระศิริ, 2559) เป็นองค์ประกอบสำคัญของแผนการดูแลผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจที่สอดคล้องกับเป้าหมายในการดูแลและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันมากขึ้น (Joshi, 2013) อย่างไรก็ตามการศึกษาเทคนิคการประชุมครอบครัวในผู้ป่วยเบาหวานยังมีน้อย จากการศึกษาของ พงศกร จินดาวัฒนะ (2549) พบว่าหลังการประชุมครอบครัว 6 เดือน ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ดีขึ้น รวมถึงมีความพึงพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างกันอยู่ในระดับดี (พงศกร จินดาวัฒนะ, 2549)

แนวทางการประยุกต์ใช้การจัดประชุมครอบครัวในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1. ขั้นตอนการเตรียมก่อนการจัดประชุมครอบครัว

ทีมประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลประจำ รพสต. อาจารย์พยาบาล และนักศึกษาพยาบาล ได้มีการทบทวนเวชระเบียนและข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย รวมทั้งแนวทางการรักษาในแฟ้มสุขภาพครอบครัว (family folder) พบข้อมูลดังนี้
กรณีศึกษา หญิงไทย รูปร่างผอม สูง อายุ 60 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพแม่บ้าน

ประวัติการเจ็บป่วย

6 ปีก่อน ปัสสาวะมีเม็ดขึ้น ใจสั่น เหนื่อยออก ญาติ นำส่ง รพ.พุทธชินราช พบน้ำตาลในเลือดสูง แพทย์นัดเจาะระดับน้ำตาลในเลือด ได้รับการวินิจฉัยเบาหวาน รักษาโดยการให้ยารับประทาน กลับมารับประทานต่อที่บ้าน

แพทย์นัดมาตรวจอีก 2 สัปดาห์แต่ผู้ป่วยไม่ไปตามนัด ผลเจาะเลือดพบว่ามียาระดับน้ำตาลในเลือดสูง แพทย์นัดมาตรวจอีก 1 เดือนแต่ผู้ป่วยไม่ไปตามนัด

5 ปีก่อนผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยมาก น้ำหนักลดลง จาก 85 กิโลกรัม เหลือ 40 กิโลกรัม ภายในระยะเวลา 9 เดือน ญาติเห็นผู้ป่วยดูเศร้าและผอมลงมาก จึงพาไปพบแพทย์ แพทย์แนะนำให้รับประทานอาหารและยาเนื่องจากผู้ป่วยผอมเกินไป ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพและการทำงานในอนาคต ผู้ป่วยจึงเริ่มกลับมารับประทานอาหารและดูแลตนเองโดยดื่มกาแฟผสมน้ำตาล 2 ช้อนชา วันละ 1 แก้ว ทุกวัน และรับประทานขนมหวานเกือบทุกวันแต่ยังคงไม่ไปรับยาเบาหวานตามนัดเช่นเดิมแต่ซื้อยาเบาหวานมารับประทานเอง ทางโรงพยาบาลได้ส่งข้อมูลมาให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยรายนี้ จากการเยี่ยมบ้านพบผู้ป่วยรับประทานยาไม่เหมาะสม ไม่รับประทานยาเบาหวานและไม่ไปตรวจตามนัด เจาะระดับน้ำตาลหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงได้ 512 mg/dl ผู้ป่วยเคยผ่าตัดต่อกระเจกเมื่อ 4 ปีที่แล้ว ปัจจุบัน ตามองชัดเจนขึ้น ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมี ส่วนประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวพบว่าไม่มีใครป่วยด้วยโรคเบาหวาน

แผนภูมิครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว พบว่าผู้ป่วยแยกทางกับสามี อาศัยอยู่กับบุตรสาว บุตรชาย และหลานสาวหลานชาย จำนวน 4 คน

ทางทีมได้ประเมินครอบครัว ภาวะสุขภาพ และอาการปัจจุบันของผู้ป่วยเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการจัดการประชุมครอบครัวโดยใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพและการบันทึกการเยี่ยมบ้านตามแนวคิด IN HOME-SSS และการประเมินมุมมองความเจ็บป่วย (illness) ของผู้ป่วย (IFFE)

ประวัติการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งได้ผลดังนี้ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ประวัติผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการสิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	วันที่ตรวจ
FBS (ค่าปกติ 70-110 mg/dl)	307 mg/dl	23 พฤษภาคม 2562
HbA1C (ค่าปกติ 4.8-6 %)	16.7 %	23 พฤษภาคม 2562

จากตารางพบว่าผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยมีค่าสูงกว่าปกติ

การประเมินมุมมองความเจ็บป่วย (illness) ของผู้ป่วย (IFFE)

Idea ผู้ป่วยคิดว่าโรคนี้อาจไม่สามารถหายได้ เพียงแค่จะทุเลาลง

Feeling ช่วงแรกๆพบว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานรู้สึกกังวลใจ แต่ตอนนี้รู้สึกเฉยๆแล้ว

Function ผู้ป่วยคิดว่าโรคนี้อาจไม่มีผลอะไรกับตนเองมากนัก เนื่องจากตนเองยังคงทำงานและใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ

Expectation ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะทุเลาลง ไม่มีอาการผิดปกติมารบกวนชีวิตประจำวันของตนเอง

การประเมินสภาพร่างกายของแต่ละระบบ

จากการตรวจร่างกายของแต่ละระบบของผู้ป่วย พบว่า ปกติ แต่จากการตรวจเท้าโดยใช้ Monofilament Tests พบว่า ทั้งเท้าขวาและซ้าย ผู้ป่วยมีอาการชา 4 จุด (right foot +6 -4 / left foot +6 -4)

บันทึกผลการประเมินสัญญาณชีพและค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การประเมินสัญญาณชีพและค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหารเช้า

สัญญาณชีพ วันที่/ครั้งที่	อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)	อัตราการเต้นของหัวใจ (ครั้ง/นาที)	อัตราการหายใจ (ครั้ง/นาที)	ความดันโลหิต (มิลลิเมตร ปรอท)	DTX หลังอาหาร mg%
23 มิย. 2563/1	36.8	88	18	120/70	High
26 มิย. 2563/2	37.2	86	18	110/60	520
29 มิย. 2563/3	36.6	84	18	130/80	403
1 กค. 2563/4	37.0	80	18	120/80	294
3 กค. 2563/5	36.8	90	18	120/70	393
6 กค. 2563/6	37.0	80	18	120/80	263
8 กค. 2563/7	36.8	86	18	120/60	245
10 กค. 2563/8	37.0	84	18	110/80	225
13 กค. 2563/9	36.9	90	18	110/70	218
15 กค. 2563/10	36.6	82	18	120/80	213
17 กค. 2563/11	36.8	84	18	120/70	186

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหารเช้าอยู่ในระดับที่สูงอยู่ แต่มีแนวโน้มลดลง เมื่อเริ่มมีการเยี่ยมบ้านและการประชุมครอบครัว

ผู้เขียนได้ชี้แจงสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยถึงบทบาทของทีม ความจำเป็นและเป้าหมายของการประชุม โดยในการไปเยี่ยมบ้านครั้งแรก ผู้เขียน พยาบาลพี่เลี้ยงและนักศึกษาพยาบาลได้แนะนำตัวเองพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการมาเยี่ยมบ้านครั้งนี้และบอกบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยว่าจะมีผู้เขียนและนักศึกษาพยาบาลมาดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์และจะมาเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ซึ่งหากผู้ป่วยมีปัญหาที่จะต้องพบแพทย์ทางทีมจะเป็นผู้ประสานงานและอำนวยความสะดวกให้ในการนำผู้ป่วยและครอบครัวไปพบแพทย์ หลังจากนั้นในการไปเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2-5 (สัปดาห์ที่ 1 และ 2)

สรุปขั้นตอนของการเตรียมก่อนการจัดประชุมครอบครัว

ทีมได้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งแนวทางการรักษาของผู้ป่วยแล้ว ทีมจึงกำหนดเวลาและสถานที่ในการจัดการประชุม คือเวลา 14.00-15.00 น. โดยประชุมที่บ้านของผู้ป่วยเอง

2. ขั้นตอนในการประชุม

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 6 (ต้นสัปดาห์ที่ 3) ทางทีมได้ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความเข้าใจระยะการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรคโดยได้สอบถาม ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและการพยากรณ์โรค พร้อมทั้งให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งยังให้สมาชิกแต่ละคนแสดงความคิดเห็น และระบายความรู้สึกเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ซึ่งผู้ป่วยกล่าวว่า

“ก็ไม่อยากให้น้ำตาลสูงหรอกนะ แต่ไม่รู้จะทำไงเพราะต้องทำมาหากิน ใจจริง ๆ ก็อยากจะให้น้ำตาลปกติเหมือนคนอื่น ๆ เขา ส่วนเรื่องไปตรวจตามหมอนั่นนะ ก็อยากไปนะหมอ แต่ไปโรงพยาบาลในเมืองมันใช้เวลานาน ไปที่เสียเวลาเป็นวันๆ ต้องทำมาหากินนะ แล้วยังไปเจอบริการที่ไม่ดีอีก ก็เห็นว่าไม่เห็นมีอาการผิดปกติอะไรก็เลยไม่ไปดีกว่า แต่ใจจริง ๆ อยากไปนะก็กลัว ๆ อยู่เหมือนกัน ถ้ามาตรวจอนามัยใกล้ๆ บ้านได้จะดีเลย”
โดยบุตรสาวของผู้ป่วยกล่าวว่า

“อยากให้แม่ น้ำตาลไม่สูง พอได้ยินว่าน้ำตาลแม่สูงใจคอไม่ดีเลย กลัวว่าแม่จะอยู่กับหนูและหลานๆ ได้ไม่นาน และหนูก็อยากจะช่วยแม่ถ้าพอจะมีวิธีไหนที่จะทำให้แม่ น้ำตาลไม่สูง”

จากนั้นได้ประเมินความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับเป้าหมายและแนวทางการดูแลผู้ป่วย พบว่าครอบครัวมีบุตรสาวที่พร้อมจะช่วยและดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รวมถึงผู้ป่วยและครอบครัวเห็นถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พร้อมทั้งจะร่วมมือในการปฏิบัติ โดยจากการประเมินปัญหาาร่วมกันพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหา ดังนี้

1. ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจากมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยาไม่เหมาะสม และไม่ไปตรวจตามนัด

2. พักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากมีภาวะเครียด

3. เสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม เนื่องจากมีปัญหาการรับภาพผิดปกติและขาปลายเท้า

เมื่อได้ปัญหาร่วมกันต่อจากนั้นในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 7-10 (สัปดาห์ที่ 3 และต้นสัปดาห์ที่ 4) ทางทีมผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันหาแนวทางและกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมในการดูแลกรณีศึกษา คือ

1. กำหนดเรื่องสนทนาเรื่อง “การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน” โดยให้ผู้ป่วยและบุตรสาวบอกถึงเมนูอาหารที่รับประทานบ่อยครั้ง และแสดงความคิดเห็นว่าควรปรับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมขึ้นได้อย่างไรบ้าง ผู้ป่วยและบุตรสาวจะช่วยเหลือกันอย่างไรให้การรับประทานอาหารของผู้ป่วยดีขึ้น สามารถช่วยให้ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น รวมทั้งบันทึก self-control blood sugar ทุกวัน วันละ 3 เวลา (เช้า กลางวัน เย็น) ในสมุดบันทึกที่ทางทีมและครอบครัวกรณีศึกษาร่วมกันออกแบบ

2. กำหนดเรื่องสนทนาเรื่อง “การไปตรวจตามนัด” โดยให้ผู้ป่วยและบุตรสาวบอกถึงสาเหตุของการไม่ไปตรวจตามนัด รวมถึงความต้องการของสถานที่ที่อยากจะไปตรวจตามนัดพร้อมเหตุผล ทางทีมได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของการไปตรวจตามนัดและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยสามารถไปตรวจตามนัดได้

3. กำหนดเรื่องสนทนาเรื่อง “การป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้ม และป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน” โดยให้ผู้ป่วยและบุตรสาวบอกถึงสาเหตุ ความสำคัญในการป้องกันการเกิดการพลัดตก หกล้ม และป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ทางทีมให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับแนะนำการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การเลือกรองเท้าที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน การประเมินเท้าด้วยตนเองเบื้องต้น รวมถึงการออกกำลังกายและการบริหารเท้า เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตทำให้อาการขาปลายเท้าลดลงได้

สรุปขั้นตอนการประชุม

ทีมและครอบครัวได้จัดประชุมร่วมกันที่บ้านของผู้รับบริการ พบว่าครอบครัวและผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวโน้มของโรคว่าขณะนี้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จากนั้นทีมและครอบครัวจึงได้มีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันคือผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ อีกทั้งร่วมกันวิเคราะห์หาปัญหาและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาโดยมีบุตรสาวเป็นผู้ที่คอยดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน กำกับติดตามผู้ป่วยร่วมกับทีม รวมถึงประสานงานกับทีมเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาหรือไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้

3. ขั้นตอนสรุปและปิดการประชุม

จากนั้นในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 11-12 (สัปดาห์ที่ 4) ทางทีมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันสรุปผลการประชุมครอบครัว พร้อมบันทึกข้อมูลซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้ป่วยและบุตรสาวได้บันทึก self-control blood sugar ทุกวันซึ่งส่งผลให้เห็นรายละเอียดของการรับประทานอาหาร โดยผลที่ตามมาคือมีระดับค่าน้ำตาล ในเลือดลดลงจากระดับสูง จนเหลือเพียง 186 mg% ตามลำดับ (ดังแสดงตามตารางที่ 1)

2. การไปตรวจตามนัด ผู้ป่วยและครอบครัวพร้อมที่จะไปตรวจตามนัดแต่ขอเลือกไปตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ทางทีมจึงได้ประสานกับพยาบาลและแพทย์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งทางแพทย์ยินดีที่จะตรวจผู้ป่วยโดยนัดผู้ป่วยไปตรวจวันที่ 15 สิงหาคม 2563

3. การป้องกันการเกิดการพลัดตก หกล้ม และป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยไม่มีการพลัดตกหกล้ม และได้ประเมินการดูแลเท้าด้วย Monofilament พบว่ามีอาการชาเท้า loss of protective sensation เท้าซ้าย 3 จุด เท้าขวา 1 จุด จากการทดสอบ 10 จุดที่ตรวจแต่ไม่พบมีรอยแดง หรือรอยแผลบริเวณเท้าของผู้ป่วย ผู้ป่วยเลือกสวมรองเท้าหุ้มส้น และเท้าสะอาดดี

สรุปขั้นตอนการสรุปและปิดการประชุม

จากการประชุมครอบครัวพบว่าผู้ป่วยมีบุตรสาวคอยดูแล ช่วยเหลือในการควบคุมพฤติกรรม การรับประทานอาหารโดยบันทึก Self-control blood sugar ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจากระดับ High จนเหลือเพียง 186 mg% อีกทั้งผู้ป่วยจะกลับไปตรวจตามนัดและพบแพทย์ในวันที่ 15 สิงหาคม 2563 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน และผู้ป่วยยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

ผลดีของการประชุมครอบครัว

การประยุกต์ใช้การประชุมครอบครัวในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานครั้งนี้ พบว่า ครอบครัวและผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวโน้มของโรคว่าขณะนี้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และได้มีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันคือผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ รวมทั้งสามารถวิเคราะห์ปัญหาและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้ทั้งหมด โดยมีสมาชิกในครอบครัวคือบุตรสาวเป็นผู้ที่คอยดูแล ช่วยเหลือสนับสนุน กำกับติดตามผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ รวมถึงประสานงานกับทีมสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาหรือไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ซึ่งพยาบาลและทีมสุขภาพทำหน้าที่เพียงเป็นผู้กระตุ้นและหนุนเสริมเท่านั้น แต่ก็มีบางปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ดังนั้นพยาบาลและทีมสุขภาพจึงต้องทำหน้าที่เป็นผู้เติมเต็มในส่วนนี้ให้กับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการประชุมครอบครัว

จากปัญหาสุขภาพที่พบในผู้ป่วยและครอบครัวเป็นปัญหาทางพฤติกรรมซึ่งปัญหาดังกล่าวต้องใช้ระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical model of behavior change) ที่กล่าวไว้ว่าบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องควรมีระยะเวลาติดต่อกันนานมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป (Prochaska, & DiClemente, 1984) เนื่องจากพยาบาลในพื้นที่มีภาระหน้าที่ในการทำงานหลายด้านส่งผลให้พยาบาลไม่มีเวลาในการไปกระตุ้นเยี่ยมบ้านของบ้านผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ อาจส่งผลให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยกลับคืนมาส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อีกครั้ง ดังนั้นควรมีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยอาจจะเป็นการใช้เครือข่ายสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการกระตุ้นหรือการใช้เทคโนโลยีในการติดตามเช่น โทรศัพท์ การติดตามทางโซเชียล เป็นต้น และมีแหล่งสนับสนุนครอบครัวในการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องเพื่อให้กำลังใจและควบคุมคุณภาพการดูแล

สรุป

การประชุมครอบครัว เป็นกิจกรรมที่จัดทำเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีภายในครอบครัว ทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคและแผนการรักษาที่ตรงกัน มีการตัดสินใจในเรื่องการรักษา ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้นการประชุมครอบครัวจึงเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายได้มีโอกาสซักถามหรือชี้แจงข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแล ตลอดจนวางแผนหรือตัดสินใจเรื่องการรักษา ร่วมกัน โดยจากผลการนำการจัดประชุมครอบครัวไปใช้แสดงให้เห็นว่า ครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวโน้ม

ของโรค ร่วมกำหนดเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ สามารถประเมิน แก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้ พยาบาลและทีมสุขภาพทำหน้าที่เพียงเป็นผู้กระตุ้นและหนุนเสริมเท่านั้น รวมทั้งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจและยอมรับกับวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) กลุ่มดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. (2561). *รายงานผลการดำเนินงานกรมควบคุมโรครอบ 6 เดือน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 (1 ตุลาคม 2560-31 มีนาคม 2561)*. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2563, จาก <http://plan.ddc.moph.go.th/pakard/showimg4.php?id=1783>, 24-25.
- กิตติพัฒน์ นนทปัทมะคุณุญ. (2557). *การประชุมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. ใน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, รายงานสืบเนื่องการสัมมนาวิชาการ (proceedings) เนื่องในโอกาสการสถาปนา คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ ปีที่ 60 เรื่อง “60 ปี คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์: คุณค่าของวิชาชีพและพลังสู่การพัฒนาสังคม”. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กิตติพล นาควิโรจน์. (มปป.). *การประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมที่ดูแล. (family meeting)*. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. สืบค้นเมื่อ 18 มกราคม 2563, จาก <https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/palliativecare/knowledges/doctorpalliative7th>
- คณาวัณ นิธิกุล. (2563). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน*. สืบค้นเมื่อ 18 มกราคม 2563, จาก <https://www.slide-share.net/KhanawutNitikul/end-of-life-care-64420676>
- จินตนา วัชรสินธุ์. (2560). *การพยาบาลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรัง*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- เฉลา ศรีเสงี่ยม. (2558). *การพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวาน*. ใน ศิริอร สินธุ์ และพิเชต วงรอต (บ.ก.), *การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (พิมพ์ครั้งที่3)*. กรุงเทพฯ: สมาคมผู้จัดการรายกรณีประเทศไทย.
- ชรินทร์ ดีปินตา. (2553). ผลของการเยี่ยมบ้านต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 6(3), 279-286.
- ชัชชาติ รัตธสาร. (2560). *สถานการณ์ปัจจุบันและความร่วมมือเพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย*. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2563, จาก https://www.novonordisk.com/content/Thailand%20Blueprint%20for%20Change_2017_TH.pdf.
- นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา, ทิพย์สุดา ลาภภักดี, และพัชรีร์ย์ กลัดจอมพงษ์. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- นุชรี พิมพ์โคตร และเสาวคนธ์ วีระศิริ. (2559). การพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับครอบครัวที่มีบุคคลโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ณ อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 39(1), 122-131.
- บุญกสิณ ธรรมจารีสวัสดิ์ และคณะ. (2561). *ผลของการประชุมครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร*. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2563, จาก <https://www.kph.go.th/html/index.php>

- ประนอม โฉมกาย, มารยาท สุจริตวรกุล, และพรรณพัชร สุกุลทรงเดช. (2563). *ประสิทธิผลของการประชุมครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลชลบุรี*. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2563, จาก http://www.cbh.moph.go.th/app/intranet/files/km/1507187249_16.%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%99%E0%B8%AD%E0%B8%A1%20%E0%B9%82%E0%B8%89%E0%B8%A1%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A2.pdf
- ปัทมา โกมุกบุตร. (2558). *การประชุมครอบครัวในการดูแลประคับประคอง*. ใน บุชยามาส ชิวสกุลยง และคณะ (บ.ก.), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (พิมพ์ครั้งที่3)*. (น. 219-220). เชียงใหม่: กลางเวียง.
- พงศกร จินดาวัฒนะ. (2549). *การประชุมครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาด้วยการฉีดอินซูลินในศูนย์สุขภาพชุมชน 1 โรงพยาบาลราชบุรี*. *วารสารแพทย์เขต 6-7*, 25(2), 219-228.
- ไพรัช ม่วงศรี. (2555). *ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)* สมุทรปราการ. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2563, จาก shorturl.at/LIT67
- มาลีจิตร์ ชัยเนตร. (2552). *ผลของการเยี่ยมบ้านต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอำเภอแม่ลาวจังหวัดเชียงราย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. เชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2563, จาก <http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/15798>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2563, จาก <https://thaitgri.org/>
- วิโรจน์ วรรณภีระ. (2555). *การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home visit and home care)*. ในเอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวเขต 18 โรงพยาบาลกำแพงเพชร: กำแพงเพชร.
- เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลปทุมธานี. (2561). *การดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย (palliative care)*. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2563, จาก <https://www.cgtoolbook.com/books004/32/,33>
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). *สถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (western pacific)*. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2563, จาก <http://www.plkhealth.go.th/uploads/documents/.pdf>. 303.
- สายพิณ หัตถ์รัตน์. (2553). *ความรู้พื้นฐานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว*. ใน สายพิณ หัตถ์รัตน์และสุมาลี ประทุมนนท์. (บก.). *เวชศาสตร์ครอบครัวแนวคิดและประสบการณ์ในบริบทไทย* (น. 28-48). กรุงเทพมหานคร: สหมิตร
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2560). *สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553-2557)*. *วารสารควบคุมโรค*, 43(4), 379-390.
- สุวรรณี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุวิทย์ อภิจันทร์เมธากุล, นิลุบล นันตา และจุฑามาศ สุขเกษม. (2560). *พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 28(2), 93-103.
- สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์, พิมพ์นภา แซ่โซว, และจิรารัตน์ ไกรราช. (2554). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อังคิสา พินิจจันทร์. (2558). *การให้บริการสุขภาพที่บ้าน*. กรุงเทพมหานคร: โฮ-ควอน มัลติมีเดีย.
- อุบลรัตน์ รัตน์อุไร และประภาส สงบุตร. (2562). *ผลของโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(ฉบับพิเศษ), 146-151.

- อุไรลักษณ์ เทพวัลย์, สัมมนา มุลสาร, จิริสุตา โอรสรัมย์, ก้องเกียรติ สำอางศรี, เอกราช เย็นวิจิตรโสภา, และ พุทธางกูร ใจเป็น. (2551). ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยการออกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 18(1), 39-51.
- เอกชัย อธิศักดิ์กุล. (2563). *การประชุมครอบครัว"ความกลัวที่อยู่ในใจ"*. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2563, จาก <https://www.thansettakij.com/content/373210>
- Chaitin, E., Wood, G.J., & Arnold, R. M. (2013). Communication in the ICU: Holding a family meeting. Retrieved March 24, 2020, from <http://www.uptodate.com/contents/communication-in-the-icu-holding-a-family-meeting>
- DeLisser, H.M. (2010). *How I conduct the family meeting to discuss the limitation of life-sustaining interventions: a recipe for success*. Retrieved March 24, 2020, from <https://ashpublications.org/blood/article/116/10/1648/27400/How-I-conduct-the-family-meeting-to-discuss-the>
- Joshi, R. (2013). Family meetings: an essential component of comprehensive palliative care. Retrieved March 24, 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3681449/pdf/0590637.pdf>
- Kidbunjong. R. (2015). Effect of home visit knowledge, attitude, self-care behaviors and fasting blood sugar in uncontrolled diabetes mellitus in Koksa-ard Nongbuarawae district, Chaiyaphum. Retrieved March 24, 2020, from <https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/7372/6766>
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C (2005). The transtheoretical approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 147–171). Oxford University Press.
- Smith, C.M. (2013). *Home visit: opening the doors for family health*. In Maurer FA & Smith CM, editors. *Community public health nursing practice health for families and populations* 5th ed (pp. 298-321). St. Louis: Elsevier