



การจัดการเพื่อให้กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง Continuing Care Management for Diabetic Patients

วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์ ปร.ด.* นิตย์ ทศนิยม PhD**

บทคัดย่อ

แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) มีความสำคัญกับการให้บริการในระดับปฐมภูมิ แต่การตีความแนวคิดยังหลากหลาย การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจการสะท้อนความหมายการดูแลต่อเนื่องจากมุมมองของคนใน ทั้งกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวาน ผู้ดูแลและผู้ให้บริการสุขภาพ รวมถึงการจัดการเพื่อให้กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย ผู้ที่เป็นเบาหวาน 40 คน ผู้ดูแล 2 คน และผู้ให้บริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ 6 คน ถูกเลือกมาโดยการเลือกแบบเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน 2549 ถึง พฤษภาคม 2550 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยเทคนิคสามเส้า ผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานและผู้ดูแลได้สะท้อนการดูแลต่อเนื่องในลักษณะของกิจกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลที่จะต้องรับผิดชอบในการจัดการดูแลตนเองแต่อยู่ภายใต้การกำหนดของผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ การไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การกินยาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นยังสะท้อนกิจกรรมอิสระที่ไม่อยู่ภายใต้การกำหนดของผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ การประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองสม่ำเสมอ การจัดการดูแลตนเอง การดูแลของสมาชิกครอบครัว รวมถึงกิจกรรมที่ต้องพึ่งพาผู้ให้บริการสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การที่ผู้ให้บริการสุขภาพติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โดยผู้ที่เป็นเบาหวานและผู้ดูแลได้มีการจัดการเพื่อให้กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลต่อเนื่องตามความเข้าใจดังกล่าว เช่น การพยายามไปรับบริการตามที่ได้รับนัดหมายทุกครั้ง แต่ถ้าไม่สามารถไปรับบริการได้ก็จะพยายามมารับประทานเอง หรือยืมยาจากกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานด้วยกันมารับประทาน สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพได้เองเนื่องจากมีภาวะเคลื่อนไหวลำบาก (disability) ญาติจะเป็นคนมารับยาให้กับผู้ป่วย นอกจากนั้นบางครอบครัวมีการติดต่อขอให้ผู้ให้บริการสุขภาพที่มีความคุ้นเคยมาตรวจเลือดให้ผู้ป่วยที่บ้าน การแสวงหาข้อมูลและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานด้วยกันเพื่อให้สามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เป็นต้น

ในส่วนของผู้ให้บริการสุขภาพได้สะท้อนการดูแลต่อเนื่องในลักษณะกิจกรรมที่ผู้ให้บริการสุขภาพจะให้การดูแลแก่ผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ให้บริการสุขภาพติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเมื่อผู้ป่วยขาดนัด ขาดยา นอกจากนั้นยังสะท้อนกิจกรรมที่ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบจัดการดูแลตนเอง ภายใต้การกำหนดของทีมผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยจะต้องมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ต้องกินยาต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามมีผู้ให้บริการสุขภาพ 1 คนที่สะท้อนให้เห็นบทบาทการจัดการที่เป็นอิสระของผู้ป่วย และครอบครัว ในเรื่องการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ในส่วนการจัดการของทีมผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องตามการสะท้อนความหมายดังกล่าว ได้แก่ การใช้ระบบนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับบริการตามนัด การให้ข้อมูลความรู้เพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย นอกจากนั้นทีมผู้ให้บริการสุขภาพได้สะท้อนว่าระบบข้อมูลของผู้ป่วยที่มีความครอบคลุม รวมถึงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและผลที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: เบาหวาน การดูแลต่อเนื่อง

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Abstract

Concept of continuity of care is crucial in primary healthcare system. However, definition of the concept is inconclusive. The objective of this study was to understand the meaning of “continuing of care” from the emic views of the patients, their caregivers, and healthcare providers as well as to understand management process in providing a continuing care for diabetic patients. Qualitative approach used to collect information included in-depth interview and focus group discussion. Key informants were purposively selected and consisted of 40 people who had diabetes, 2 family caregivers, and 6 healthcare providers worked in a primary care unit (PCU). Data were analyzed using content analysis. Data were collected from September 2006 to May 2007. Triangulation technique was used to validate truthfulness of the data.

Findings showed that patients and caregivers defined continuing care as activities performed by patients and caregivers including both independent and dependent self-management activities. Independent activities under recommendations of healthcare provider included regular follow-up visit and continuing medication regimen. Independent continuing care activities consisted of performing regular self health check-up and self-care and family-care support activities. Lastly, activity solely dependent on healthcare provider and healthcare system was getting a home visit. Patients and caregivers tried to manage for continuity of care according to their understanding such as attempting to keep up with every scheduled follow-up visit. However, when they missed follow-up visit, patients and caregivers would either buy the prescribed medication from the drugstore or borrow same drugs from other patients in order to continue their medication regimen. For patients with mobility difficulty, their caregivers would go to the hospital for medication refill. Moreover, some of them asked their healthcare providers for a home visit in order to check for blood sugar level. Healthcare information was shared among the group of patients in order to seek for appropriate management strategies.

In healthcare providers’ perspective, continuity of care was defined as activities provided for diabetic patients such as providing a home visit when the patient missed follow-up or discontinued medication refill. Furthermore, self-management activities under recommendation of healthcare provider were included such as keeping up with scheduled follow-up visit and continuing prescribed medication. However, only one healthcare provider suggested an independent role of patients and caregivers in managing for continuing care. In terms of continuing care management process given by healthcare providers included using scheduling system to encourage patients’ follow-up visit and giving healthcare information to promote self-management. Additionally, healthcare providers stated that a well-plan database system as well as a regular home visit would support continuity of care for diabetic patients. As a result, patients would be able to control blood sugar level within the appropriate range, thus limit a chance of complications.

Keywords: diabetic, continuity of care



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์อัตราสูงและอัตราอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยอัตราสูงของผู้ที่เป็นเบาหวานทั่วโลกประมาณร้อยละ 4.5 และคาดการณ์จะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 6.2 ในปี ค.ศ.2030¹ ในส่วนของประเทศไทยจากการคาดการณ์อัตราสูงระดับชาติพบว่าประชาชนในวัยผู้ใหญ่มีอัตราสูงของการเกิดโรคเบาหวานร้อยละ 9.6 โดยเป็นกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วร้อยละ 4.8 ส่วนอีกร้อยละ 4.8 เป็นกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่²

ด้วยลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพไปตามระยะการดำเนินของโรค ตั้งแต่ระยะที่เริ่มได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานไปจนถึงระยะที่เริ่มมีอาการแทรกซ้อน ด้วยสภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความต้องการการดูแลทั้งจากระบบบริการสุขภาพรวมถึงการจัดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคเบาหวานได้ตามปกติ^{3,4}

ผลของการประยุกต์แนวคิดการดูแลต่อเนื่องมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจะส่งผลดีต่อผู้ป่วย ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระบบบริการสุขภาพนั้น ส่งผลที่ดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁵ พบความสัมพันธ์ด้านบวกกับการควบคุมค่าน้ำตาลเกาะกับเม็ดเลือดแดง (HbA1c)⁶ ค่าดัชนีมวลกาย⁷ รวมถึงจำนวนครั้งของการมารับการตรวจตา ตรวจเท้า ตรวจระดับไขมันในเส้นเลือดและตรวจวัดความดันโลหิต⁸ นอกจากนี้การดูแลต่อเนื่องยังมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับความพึงพอใจของผู้ที่เป็นเบาหวานต่อบริการที่ได้รับ⁹ แต่เนื่องจากแนวคิดการดูแลต่อเนื่องมีการตีความแตกต่างกันหลากหลายขึ้นอยู่กับผู้ที่ศึกษา และบริบทที่นำแนวคิดไปใช้ศึกษา¹⁰ เช่น ในบริบทของบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ความหมายของความต่อเนื่องจะเป็นความต่อเนื่องของการติดต่อ ทีมผู้ให้บริการสุขภาพจะต้องคงไว้ซึ่งการติดต่อกับผู้รับบริการติดตามดูแลอาการอย่างต่อเนื่องและสนับสนุนให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ต้องการได้

ดังนั้นการเข้าถึงบริการจึงถูกรวมเข้าไปในมิติของการดูแลต่อเนื่อง ประเด็นของความต่อเนื่องและการเข้าถึงบริการจึงมีความใกล้เคียงกันมาก¹¹

ในบริบทด้านการรักษาโรคมักให้ความหมายของการดูแลต่อเนื่องว่าเป็นบริการที่มีความสอดคล้องความต่อเนื่องจากผู้ให้บริการในแหล่งบริการที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่เนื้อหาจะเป็นแนวทางการให้การรักษารักษาต่าง ๆ (care protocols or management strategies)^{11,12}

ในบริบทของการพยาบาล การดูแลต่อเนื่องมักจะให้ความสำคัญกับความต่อเนื่องในการสื่อสารข้อมูลระหว่างพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลในระดับบุคคลมีความต่อเนื่อง และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องของพยาบาลมักจะศึกษาในหน่วยบริการระดับตติยภูมิและระดับตติยภูมิ แนวคิดนี้จึงมักจะถูกตีความว่าเป็นการวางแผนก่อนกลับบ้าน (discharge plan) เพื่อให้มีความต่อเนื่องของการรักษาแบบฉุกเฉินจากสถานบริการกับการดูแลต่อในระดับชุมชน หรือดูแลตนเอง^{11,13}

สำหรับในบริการระดับปฐมภูมิ การดูแลต่อเนื่องมักจะถูกตีความว่าเป็นการให้บริการโดยบุคลากรวิชาชีพหรือผู้ให้บริการคนเดียวอย่างต่อเนื่อง¹⁴⁻¹⁸ และความหมายในเชิงความรู้สึกของการเป็นเจ้าของระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ (คนไข้ของฉันหรือหมอของฉัน) ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้รับบริการได้พบกับผู้ให้บริการคนเดิมตลอด นำมาซึ่งความรู้สึกไว้วางใจ ความเข้าใจซึ่งกันและกัน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงความรับผิดชอบที่เกิดขึ้นตลอดเวลา¹⁹

จากความหมายที่หลากหลายของการดูแลต่อเนื่องทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะทำความเข้าใจถึงการสะท้อนความหมายการดูแลต่อเนื่องของคนใน ซึ่งได้แก่กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวาน ผู้ดูแล และผู้ให้บริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เลือกศึกษา รวมถึงศึกษาถึงการจัดการของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแล และผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อให้กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยผลจากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องซึ่งเป็นการศึกษาในระยะต่อไปของงานวิจัยนี้



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการให้ความหมายการดูแลต่อเนื่องจากมุมมองของกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวาน ผู้ดูแล และผู้ให้บริการสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาการจัดการเพื่อให้กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องทั้งการจัดการของผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงผู้ให้บริการสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้ทำการศึกษาที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit = PCU) แห่งหนึ่งซึ่งตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น (ต่อไปจะใช้ชื่อสมมติว่า PCU รักถิ่น) รวมถึงหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 9 หมู่บ้าน โดยผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย ผู้ที่เป็นเบาหวาน 40 คน ผู้ดูแล 2 คน และผู้ให้บริการสุขภาพของ PCU รักถิ่น 6 คน

ด้วยสมมติฐานที่ว่า การดูแลที่ต่อเนื่องจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และเชื่อว่าการจะไปเข้าใจเรื่องใดเรื่องหนึ่งอาจจะเริ่มต้นด้วยการระบุคุณลักษณะในทางตรงข้าม นั่นคือ อะไรที่ไม่ใช่การดูแลต่อเนื่อง ดังนั้นจุดเริ่มต้นการเข้าถึงกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานจึงเริ่มจากการศึกษาข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ PCU รักถิ่น รวมถึงข้อมูลจากแฟ้มครอบครัว (Family Folder) แล้วสอบถามเจ้าหน้าที่ถึงผู้ที่เป็นเบาหวานที่เจ้าหน้าที่เห็นว่ามีปัญหา เช่น ขาดนัดบ่อยๆ ขาดยา หรือมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ยากลำบาก

หลังจากรวบรวมข้อมูลไปได้ระยะหนึ่งเกณฑ์ในการได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักก็ขยายขอบเขตมากขึ้นจากการบอกเล่าของกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวาน รวมถึงสมาชิกอื่นๆ ของชุมชน เช่น กลุ่ม อสม. แม่ค้าในชุมชน ผู้นำชุมชน รวมถึงประชาชนทั่วไป ซึ่งเกณฑ์ที่ขยายขอบเขตออกไปได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สนใจดูแลตนเอง ต้มสุราเป็นประจำ และไม่สนใจดูแลตนเอง นักวิจัยได้เข้าเยี่ยมกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักที่บ้าน ขออนุญาตสัมภาษณ์ ถ้าผู้ให้ข้อมูลยินดียิ่งจะขอให้เซ็นหนังสือยินยอม แต่ถ้าผู้ให้ข้อมูลไม่สบายใจที่จะเซ็นหนังสือยินยอม นักวิจัยก็ให้อนุญาตโดยวาจาและบันทึกเทป

กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 40 คนนั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 82.5) อยู่ใน

วัยสูงอายุ โดยผู้ที่มีอายุน้อยที่สุดคือ 42 ปี และมากที่สุด 80 ปี อายุเฉลี่ย 63.9 ปี อาศัยอยู่กับคู่สมรส และ/หรือ บุตร หลาน ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน 1-5 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 27.5) 6-10 ปี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 30.0) และมากกว่า 10 ปี จำนวน 17 คน (ร้อยละ 42.5) ส่วนใหญ่มารับบริการที่สถานีอนามัย (ร้อยละ 62.5) บางส่วนรับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 27.5) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (ร้อยละ 5.0) และมีผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาจากสถานบริการสุขภาพจำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.0) ส่วนภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานมีผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องตามองเห็นไม่ชัดเจน จำนวน 2 คน ตาบอดสนิททั้งสองข้าง 1 คน มีภาวะเคลื่อนไหวลำบาก ต้องใช้ไม้เท้าช่วยพยุงในการเดิน 3 คน ปัญหาคลื่นไส้สภาวะไม่ได้ 1 คน ปัญหาเป็นแผลเรื้อรังที่เท้า 3 คน และจาก 3 คน ที่มีแผลเรื้อรังนี้มีอยู่ 2 คน ที่มีประวัติต้องตัดนิ้วเท้า (Amputation) ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ที่มีแผลเรื้อรังทั้งหมดจะเป็นเพศชาย และมีประวัติดื่มสุราทั้ง 3 คน

กลุ่มผู้ดูแล: การศึกษาครั้งนี้มีผู้ดูแลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักเพียง 2 คน เนื่องจากกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี และสะท้อนว่าได้ดูแลตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแม้ว่าบางคนที่มีปัญหาเดินค่อนข้างลำบาก บางคนมองเห็นไม่ชัดเจน แต่บอกว่าสามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ บางคนยังสะท้อนว่านอกจากดูแลตนเองแล้วยังต้องดูแลบุตรหลาน ดังนั้นผู้ดูแลที่ให้ข้อมูลครั้งนี้เป็นญาติของผู้ป่วยที่มีภาวะเคลื่อนไหวลำบาก (disability) ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เกณฑ์ที่ใช้คัดเลือกกลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ที่เป็นเบาหวานระบุว่าเป็นผู้ที่ดูแลหลัก เพื่อให้ผู้ที่เป็นเบาหวานสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เช่น ดูแลในเรื่องอาหาร การพาไปตรวจตามนัด ดูแลเรื่องการรับประทานยา เป็นต้น

กลุ่มผู้ให้บริการของ PCU รักถิ่น: ผู้ให้บริการของ PCU รักถิ่นที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 6 คน เป็นเพศหญิง 5 คน ชาย 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 2 คน เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน ที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท 4 คน และปริญญาตรี 2 คน

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก สันทนากลุ่มและการสังเกต ในส่วนการสัมภาษณ์เชิงลึก



สนทนากลุ่มเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นของตนเอง ผู้วิจัยได้ขออนุญาตอัดเทป โดยการขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลทุกครั้ง เทปที่ได้นำมาถอดเทปเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากหลายแหล่ง หลายวิธีการ หลายช่วงเวลา ตรวจสอบและสะท้อนข้อมูลกับอาจารย์ที่ปรึกษาอย่างสม่ำเสมอทั้งในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงการยืนยันความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลหลัก การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมีการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ชื่อของผู้ให้ข้อมูลและชื่อขององค์กรผู้วิจัยได้ใช้นามสมมติในการนำเสนอผลการวิจัย

ผลการวิจัย

1. การสะท้อนความหมายการดูแลต่อเนื่องของผู้ที่เป็นเบาหวาน ผู้ดูแล และการจัดการให้ผู้ที่ เป็นเบาหวานได้รับการดูแลต่อเนื่อง พบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานและผู้ดูแลได้สะท้อนการดูแลต่อเนื่องในลักษณะของกิจกรรมของผู้ที่เป็นเบาหวาน ผู้ดูแลทั้งที่เป็นบทบาทที่จะต้องรับผิดชอบในการจัดการด้วยตนเองภายใต้การกำหนดของผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ การไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การกินยาต่อเนื่อง นอกจากนั้นยังสะท้อนกิจกรรมที่เป็นอิสระไม่อยู่ภายใต้การกำหนดของผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ การประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองสม่ำเสมอ การจัดการดูแลตนเองรวมถึงการดูแลของสมาชิกครอบครัว รวมถึงได้สะท้อนกิจกรรมที่ต้องพึ่งพาผู้ให้บริการสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การที่ผู้ให้บริการสุขภาพติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การรับรู้ดังกล่าวเนื่องจากระบบนัดหมายของผู้ให้บริการสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ผู้ให้บริการสุขภาพจะมีระบบนัดหมายให้ผู้ป่วยกลับมาตรวจตามนัด นอกจากนั้นผู้ป่วยเบาหวานยังมีประสบการณ์ตรงที่เกิดภาวะแทรกซ้อนกับตนเองเมื่อไม่ไปรับการรักษาตามนัด รวมถึงการเห็น

ผู้ป่วยเบาหวานในหมู่บ้านที่ไม่ไปตรวจตามนัดแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต จากระบบนัดหมายรวมถึงประสบการณ์ตรงดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการดูแลต่อเนื่องนั้นหมายถึงการมาตรวจตามนัดทุกครั้งซึ่งจะทำให้ได้กินยาต่อเนื่องได้ตรวจเลือดตรวจปัสสาวะสม่ำเสมอ ได้รู้ว่าตนเองสามารถควบคุมเบาหวานได้มากขึ้นเพียงใด

“ดูแลเจ้าของดี....ดูแลเจ้าของนี้ก็ต่อเนื่องอยู่ได้ เป็นหยิ่งค่อยต่อเนื่องดี ต่อเนื่องเพราะบ่ได้ปะทางหมอ ถึงวันพินัดกะไป แม่นยาบ่หมดกะต้องไป แต่ยานี้ก็เหลือทุกครั้งแหละไปบ่ได้ขาด ถ้าขาดบางครั้งกะขาด 1 วัน พินกะถามว่า “แล้ววันนั้นทำไม่มา” ลูกกะบอกว่าติดธุระบ่มีคนพาแม่มา” (สัมภาษณ์PW1002, ธันวาคม 2549)

“ทุกเดือนเนาะยายเนาะ ว่าแต่พินัดเนาะ พินัดมือได้กะไปมือนั้น” (สัมภาษณ์PW602, พฤศจิกายน 2549) “ต่อเนื่องอยู่ บ่เคยขาดพินัดตอนไหนก็ไปตลอด ไปตรวจเลือดตรวจเยี่ยวทุก 3 เดือน ตอนเช้าเฮาบ่กินหยิ่ง” (สัมภาษณ์PW603, พฤศจิกายน 2549)

1.2 การกินยาต่อเนื่อง การรับรู้ดังกล่าวเป็นไปตามข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้บริการสุขภาพ รวมถึงประสบการณ์ของกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานด้วยกันว่าเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดต้องกินยาตลอดชีวิต นอกจากนั้นการให้ความหมายดังกล่าวเป็นผลจากการมีประสบการณ์จากเห็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่กินยาต่อเนื่องแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เป็นอันตรายต่อชีวิต

“เดี๋ยวนี้บ่ขาดยา ต่อเลย ต่อเลยกินยาบ่ให้ขาด หมอเขาว่าอย่าให้ขาดยา ขาดบ่ได้ แม่มันมีหลายโรค อนามัยแม่ไปเอาแต่ยาเบาหวาน โรคอื่นๆแม่ไปเอายาคลินิก” (สัมภาษณ์ PW501, พฤศจิกายน 2549)

“กะมีบักเดียเด้ออีกคน น้ำตาลขึ้น 300 กว่า กะอยู่ได้บ่ถึง 3 เดือนกะตาย เห็นคนบอกว่าแก่บ่ค่อยไปเอายามากินดอก”

1.3 การประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองสม่ำเสมอ ประโยคที่ผู้ป่วยใช้เพื่อสะท้อนการประเมินสภาวะสุขภาพคือ “การชอม (สังเกต) เจ้าของ” โดยการชอมนี้จะเป็นการชอมว่าระดับน้ำตาลสูงหรือต่ำ ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวเนื่องจากภายหลังที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากผู้ให้บริการสุขภาพ



กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานด้วยกัน รวมถึงประสบการณ์ที่เคยเกิดกับตัวเอง จึงทำให้เกิดกระบวนการซ่อมตัวเอง เพราะผลจากการประเมินระดับน้ำตาลด้วยตนเองนี้จะนำไปสู่กระบวนการจัดการดูแลตนเองให้สอดคล้อง เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพของตนเองต่อไป

“พี่นี่ซอมเจ้าของเนาะว่าลืมนี้อาการเหนื่อยในตอนเช้า มันมีอาการบ่อยๆ เป็นเดือนละประมาณ 2 ครั้ง มันมักจะเป็นตอนเช้า พอมีอาการเขาจะกินข้าวเหนียวลวกปั้นมันกะลิตีขึ้นโลด เขาซอมเจ้าของเนี่ยมันลืฐ์เด่วว่าน้ำตาลเขาขึ้นหรือน้ำตาลเขาลง” (สัมภาษณ์ PW602, พฤศจิกายน 2549)

“ร่างกายเฮนี่เฮลียู๊ได้ เฮาเป็นเบาหวานมานาน เนาะ เฮาจะซอมเจ้าของ ยามมันขึ้น (ระดับน้ำตาล) ยามมันลงเฮาจะลืฐ์” (สัมภาษณ์ PW901, ตุลาคม 2549)

1.4 การจัดการดูแลตนเองรวมถึงการดูแลของสมาชิกครอบครัว การรับรู้ดังกล่าวเป็นผลจากการได้รับทราบข้อมูล ความรู้จากผู้ให้บริการสุขภาพ จากกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานด้วยกันรวมถึงประสบการณ์ตรงในการจัดการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาดแต่จะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ตามปกติถ้าสามารถดูแลตัวเองในเรื่องต่างๆ ได้ดี เช่น เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวจึงได้สะท้อนความหมายการดูแลต่อเนื่องดังกล่าว ซึ่งเป็นความหมายที่สะท้อนการจัดการที่เป็นอิสระของผู้รับบริการ ส่วนผู้ให้บริการสุขภาพจะมีบทบาทในการให้ข้อมูล การสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวสามารถจัดการดูแลตนเองและดูแลสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ และบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน

“พ่อได้ดูแลต่อเนื่องอยู่ได้ คือได้ออกกำลังกาย อยู่ตลอด เดินทุกเช้าบได้ขาด” (สัมภาษณ์ PM601, พฤศจิกายน 2549)

“ต่อเนื่องจะต้องทำไปตลอด ผมดูแลเมียผมไปตลอดผมเป็นคนทำให้แก แกเดินได้ผมจะต้องทำให้แก ผมจะทำไปเรื่อยๆจนโน้นแหละ.จนตายจากกัน เจ้าหน้าทีสถานีอนามัยจะมาเยี่ยมบางครั้ง มาบอกนั้นบอกนี้ผมจะมีกำลังใจ ผมนี้มันบ่ฮู้ฮัยยังคือหมอ หมอมาบอกนั้นบอกนี้ผมกะฮู้ว่าลืฐ์แลเมียอย่างไร ผมกะมีกำลังใจดูแลเมียผมขึ้นไปเรื่อย ๆ...ผมเชื่อหมอครับ ผมเป็น

คนดูแลส่วนหมอเป็นคนมาแนะนำนั่นแนะนำนี่” (สัมภาษณ์เชิงลึก, CM901, ธันวาคม 2549)

ส่วนกิจกรรมที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องพึ่งพา ผู้ให้บริการสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ได้แก่

1.5 ผู้ให้บริการสุขภาพติดตามเยี่ยมที่บ้าน การให้ความหมายดังกล่าวเนื่องจากผู้ป่วยบางคนที่มีปัญหาสุขภาพที่สลับซับซ้อน ลำพังผู้ป่วยและญาติไม่สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยตามลำพังได้ จึงต้องการให้ผู้ให้บริการสุขภาพมาเยี่ยมที่บ้าน เพื่อมาให้คำแนะนำ รวมถึงให้การดูแลเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

“...เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะมาเยี่ยมบางครั้งมาบอกนั้นบอกนี้ผมกะมีกำลังใจ ผมนี้มันบ่ฮู้ฮัยยังคือหมอ หมอมาบอกนั้นบอกนี้ผมกะฮู้ว่าลืฐ์แลเมียอย่างไร ผมกะมีกำลังใจดูแลเมียผมขึ้นไปเรื่อย ๆ...ผมเชื่อหมอครับ ผมเป็นคนดูแลส่วนหมอเป็นคนมาแนะนำนั่นแนะนำนี่” (สัมภาษณ์เชิงลึก, CM901, ธันวาคม 2549)

การที่ผู้ป่วยเบาหวานให้ความหมายการดูแลต่อเนื่องดังกล่าวเมื่อไม่ได้รับการเยี่ยมจากผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ป่วยก็จะสะท้อนว่าตนเองไม่ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

“แม่บ่ได้ดูแลต่อเนื่องเท่าไรเพิ่นบ่มาดูแลบ่อยๆ สมัยหมอก.. อยู่เพิ่นมาดูแลดี ติมาบอกนั้นบอกนี้ แต่คิดว่าตัวเองอยู่ดีมีแรงกะบ่มีฮัยยังแล้ว อยู่ดีสบายอยู่ เพิ่นบ่มากะบ่ว่าฮัยยังดอก” (สัมภาษณ์, PW1805, ธันวาคม 2549)

ในส่วนของผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยนั้นเป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงของญาติที่จะดูแลผู้ป่วย ส่วนการมาเยี่ยมของผู้ให้บริการสุขภาพจะช่วยให้ญาติได้รับรู้ข้อมูลต่างๆ ที่ช่วยส่งเสริมให้สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงเป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจของผู้ดูแลด้วย

จากการสะท้อนความหมายการดูแลต่อเนื่องดังกล่าว เมื่อศึกษาถึงการจัดการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง พบว่าโดยธรรมชาติแล้วผู้ป่วยและครอบครัวมีการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง เช่น การพยายามไปรับบริการตามที่ได้รับนัดหมายทุกครั้ง แต่ถ้าไม่สามารถไปรับบริการได้เพื่อให้ได้รับประทานยาต่อเนื่องจะซื้อยามารับประทานเอง หรือยืมมาจากกลุ่ม



ผู้ที่เป็นเบาหวานด้วยกันมารับประทานถึงการสะท้อนของผู้ป่วยเบาหวาน

“ยาเบาหวานกับความดันโลหิต ฉันแขวนไว้ที่เสาน้ำบ้าน บ่อยไปมาขโมยไปหลายวันแล้ว ฉันกะยืมยาแม่จิต(นามสมมติ)กิน ตอนนี้อายุที่ขโมยมาหมดแล้วฉันเลยได้กินยา สิไปขอหมอเพิ่มใหม่กะยังบ่งถึงวันนัด ยานเพิ่มว่าเอ๋อ บักลาไป” (สัมภาษณ์เชิงลึก, PW0301, ธันวาคม 2549)

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพได้เองเนื่องจากมีภาวะเคลื่อนไหวลำบาก (disability) ญาติจะเป็นคนมารับยาให้แก่ผู้ป่วย บางครอบครัวจะติดต่อขอให้ผู้ให้บริการสุขภาพที่มีความคุ้นเคยมาตรวจเลือดให้ผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งในส่วนนี้ผู้ป่วยเบาหวานได้สะท้อนว่ามีความต้องการให้ผู้ให้บริการสุขภาพมาเยี่ยมดูแลที่บ้านเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมาก ๆ

“หมออนามัยดี...เวลาเจ็บป่วยหลายกะอยากให้เพิ่มมาดูแล มาบอกนั้นบอกนี้ แต่เวลาดี ๆ เป็นหยังพออยู่กะอยู่ไปหมอเพิ่มกะยาก งานเพิ่มกะหลาย” (สัมภาษณ์เชิงลึก, PW1301, พฤศจิกายน 2549)

2. การสะท้อนความหมายการดูแลต่อเนื่องของผู้ให้บริการสุขภาพ และการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ในส่วนผู้ให้บริการสุขภาพได้สะท้อนการดูแลต่อเนื่องในลักษณะกิจกรรมที่ผู้ให้บริการสุขภาพให้การดูแลแก่ผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ให้บริการสุขภาพติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน นอกจากนั้นยังสะท้อนกิจกรรมที่ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบจัดการดูแลตนเองภายใต้การกำหนดของทีมผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยจะต้องมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ กินยาต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามมีผู้ให้บริการสุขภาพ 1 คนที่สะท้อนให้เห็นบทบาทการจัดการที่เป็นอิสระของผู้ป่วยและครอบครัว โดยสะท้อนในเรื่องการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ผู้ให้บริการสุขภาพติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งนี้ผู้ให้บริการสุขภาพสะท้อนว่าการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะทำให้รู้เหตุผลของผู้ป่วยที่ไม่มาตรวจตามนัด ได้รู้ว่าผู้ป่วยได้กินยาสม่ำเสมอหรือไม่ ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคในการจัดการดูแลตนเองอย่างไร การติดตามเยี่ยมบ้านจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เชื่อมโยงกันระหว่างสถาน

บริการสุขภาพกับบ้านของผู้ป่วย

“หนูคิดว่า การดูแลต่อเนื่องหมายถึงการติดตามดูแลผู้ป่วย มีการติดตามดูแลที่บ้าน มีการออกไปติดตามผู้ป่วยว่ากินยาไหม ขาดยาไหม ไปหาหมอตามนัดทุกครั้งไหม การกินยาของเขาใครดูแลบ้าง กินถูกต้องไหม อย่างนี้เราต้องดูแลทุกอย่าง ดูแลทุกอย่าง แม้แต่วิถีชีวิตของเขา เป็นการดูแลต่อเนื่องติดตามทุกขั้นตอน คิดว่าทุกอย่างเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย เมื่อเขาอยู่ที่สถานอนามัย เขาก็ต้องได้รับการดูแลมันต้องทั้งที่อนามัยและที่บ้านสองส่วนต้องเชื่อมกัน” (สัมภาษณ์ HP01, ธันวาคม 2549)

“น่าจะได้อะไรต่อเนื่อง มีการเข้าไปเยี่ยมในหมู่บ้านอย่างนี้ จริงๆ แล้วใน Folder ผู้ป่วยเรื้อรังเราต้องตามเยี่ยม แต่ระยะหลังมา ผู้ป่วยเยอะมาก ไม่มีเวลาออกไป” (สัมภาษณ์ HP02, ธันวาคม 2549)

2.2 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ด้วยระบบนัดหมายผู้ป่วยที่ถูกกำหนดขึ้นโดยทีมผู้ให้บริการของ PCU รักถิ่นโดยผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทาง PCU รักถิ่นจะนัดมาตรวจรักษาทุก 2 เดือน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล และ/หรือมีภาวะแทรกซ้อนจะได้รับการนัดกลับมาตรวจทุก 1 เดือน ซึ่งผู้ให้บริการของ PCU รักถิ่นเชื่อว่าการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab) ได้กินยาสม่ำเสมอ ได้รับการส่งต่อพบแพทย์เมื่อไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้ และ/หรือมีภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นผู้ให้บริการของ PCU รักถิ่นจึงได้สะท้อนความหมายการดูแลต่อเนื่องดังกล่าว

“ต่อเนื่อง..น่าจะเป็นลักษณะการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในเรื่องการกินยาที่ควรได้รับการดูแลคือไม่ให้ขาดยา มาตามนัดทุกครั้งหรือถ้าเขาไม่มาก็ควรได้รับการติดตามเยี่ยมว่าเขามีปัญหาอะไรไหม” (สัมภาษณ์ HP05, ธันวาคม 2549)

“หนูคิดว่าคนไข้เบาหวานประมาณ 60% ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งคนไข้ของเรามีปัญหาอยู่ไม่กี่คน เช่นเป็นผู้สูงอายุอายุไม่ได้ ไม่มีผู้ดูแล ไม่มีผู้พามาอย่างนี้ ซึ่งตรงนี้ก็ปัญหาอยู่ว่าเราจะแก้ไขอย่างไร ...ก็มีบางคนเท่านั้นที่หายไปบางช่วงขาดไปบ้าง ไปต่างประเทศบ้าง ลืมบ้าง” (สัมภาษณ์ HP04, ธันวาคม 2549)



2.3 ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ให้บริการสุขภาพของ PCU รักถิ่นรับรู้ว่าการรักษาด้วยยาเป็นวิธีการควบคุมเบาหวานที่สำคัญอีกวิธีหนึ่งที่ได้ผลค่อนข้างดีนอกเหนือจากการที่ผู้ป่วยต้องจัดการดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด เป็นต้น และรับรู้ว่าการรักษาจะได้ผลดีผู้ป่วยจำเป็นต้องกินยาต่อเนื่อง การขาดยาจะทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายกับผู้ป่วยเบาหวานได้

“น่าจะเป็นลักษณะการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในเรื่องการกินยาที่ควรได้รับการดูแลคือไม่ขาดยา” (สัมภาษณ์ HP05, ธันวาคม 2549)

2.4 การจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชนอย่างสมคูลนั้นได้ถูกกำหนดเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่เป็นหัวใจสำคัญของคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ²⁰ ซึ่งผู้ให้บริการของ PCU รักถิ่นบางคนรับรู้ถึงความสำคัญของการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย

“...คนในครอบครัวก็ควรจะมีส่วนในการดูแลผู้ป่วย ถ้าคิดว่าผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาครอบครัวก็ควรจะต้องเข้าใจว่าจะให้การดูแลได้อย่างไร โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เพื่อให้การรักษาได้ผลและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติ อีกอย่างก็คือตัวผู้ป่วยเองสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และสอดคล้องกับชีวิตของเขาไม่ยากเกินไป” (สัมภาษณ์ HP05, ธันวาคม 2549)

จากการสะท้อนความหมายดังกล่าวทีมผู้ให้บริการสุขภาพของ PCU รักถิ่นมีการจัดการเพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ได้แก่ การใช้ระบบนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับบริการตามนัด การให้ข้อมูลความรู้เพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย การพยายามติดตามเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยขาดนัด นอกจากนี้ผู้ให้บริการของ PCU รักถิ่นสะท้อนว่าระบบข้อมูลผู้ป่วยที่มีความครอบคลุม ระบบติดตามผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง แต่สถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน PCU รักถิ่นยังไม่สามารถจัดการระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยให้มีความ

ครอบคลุม มีการนำข้อมูลมาใช้เพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานค่อนข้างน้อย รวมถึงยังไม่สามารถติดตามกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดนัด ขาดยาได้อย่างครอบคลุม ซึ่งข้อมูลเหล่านี้นับว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบบริการของ PCU รักถิ่นเพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องต่อไป

การอภิปรายผล

ผลจากการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการดูแลที่ต่อเนื่องจากมุมมองของคนในทั้งผู้ให้บริการสุขภาพของ PCU รักถิ่น รวมถึงผู้ที่เป็เบาหวาน ผู้ดูแลยังได้รับอิทธิพลจากแนวคิดชีวการแพทย์อยู่มาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ ที่ยังเน้นเรื่องโรคและการรักษาโรค การสะท้อนความหมายที่ให้จึงยังให้ความสำคัญกับโรคเป็นสำคัญ ส่วนผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลได้สะท้อนแนวคิดการยอมตาม (compliance) กับระบบการรักษา

เมื่อเปรียบเทียบความหมายการดูแลต่อเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กับกรอบแนวคิดดั้งเดิม (Traditional framework) จะพบว่ามีความแตกต่างกัน โดยแนวคิดการดูแลต่อเนื่องในบริบทบริการระดับปฐมภูมิที่เป็นกรอบแนวคิดดั้งเดิมซึ่งส่วนใหญ่ที่นำมาใช้ในการศึกษาและการปฏิบัติโดยเฉพาะการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะหมายถึงการที่ผู้รับบริการได้พบกับผู้ให้บริการคนเดิมตลอด (Longitudinal continuity หรือ Provider continuity)²¹⁻²³ นอกจากนั้นยังมีมิติอื่นๆ ที่มีการนำมาศึกษาและปฏิบัติค่อนข้างบ่อยในบริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ ความต่อเนื่องของระบบข้อมูล (Information Continuity) ซึ่งหมายถึงการใช้ข้อมูลที่ผ่านมา รวมถึงบริบทต่างๆ ของผู้รับบริการเพื่อนำมาใช้วางแผนในการดูแลผู้รับบริการให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละคน^{11,23} ความต่อเนื่องของการจัดการ (Management continuity) เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าเมื่อเปลี่ยนผู้ให้บริการ ผู้รับบริการจะได้รับการดูแลที่มีความสอดคล้อง ซึ่งความต่อเนื่องของการจัดการ จะเน้นที่การให้บริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง^{11,23} จะพบว่ากรอบแนวคิดดั้งเดิมนั้นมีแนวคิดที่ยึดผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง จะเน้นที่ความต่อเนื่องที่การจัดการโดยทีมผู้ให้บริการสุขภาพเป็นหลัก ในขณะที่ผลการศึกษานี้มีความหมายได้ขยายขอบเขตไปสู่การจัดการที่เป็นอิสระของผู้รับบริการ



นอกจากนั้นผลการศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นว่าโดยปกติแล้วผู้ที่เป็เบาหวาน ผู้ดูแลมีการจัดการเพื่อให้ผู้ที่เป็เบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องอยู่แล้ว ซึ่งสะท้อนถึงศักยภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่พยายามจะจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง ตั้งแต่การตัดสินใจเลือกทำกิจกรรม การปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างสมดุลแม้จะมีภาวะโรคเรื้อรัง ซึ่งผลการศึกษานี้ได้สนับสนุนรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ที่การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-management support) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญองค์ประกอบหนึ่ง²⁴⁻²⁶ เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องมีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังเป็นเวลานานหลายปี การจัดการดูแลตนเอง เช่น การจัดการเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง การใช้ยา เป็นต้น เป็นสิ่งที่อยู่ภายใต้การควบคุมโดยตัวผู้ป่วยเองเป็นสำคัญ โดยผู้ให้บริการสุขภาพมีบทบาทเป็นเพียงผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ ข้อค้นพบดังกล่าวนี้บ่งชี้ว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการแก่กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานที่จะต้องปรับเปลี่ยนแนวคิดของผู้ให้บริการสุขภาพให้เชื่อในศักยภาพของผู้รับบริการ การพัฒนาจะต้องเน้นบทบาทที่เป็นอิสระของผู้รับบริการ ไม่ใช่เน้นให้ผู้รับบริการต้องยอมตาม (compliance) ระบบการรักษาที่ผู้ให้บริการเป็นผู้กำหนดอย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

แนวคิดการดูแลต่อเนื่องมีความสำคัญต่อการให้บริการในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน การศึกษานี้ได้ศึกษาเพื่อทำความเข้าใจแนวคิดการดูแลต่อเนื่องในมุมมองของคนในทั้งกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวาน ผู้ดูแลและทีมผู้ให้บริการสุขภาพในระดับ PCU ผลการศึกษา พบว่า แนวคิดที่พบจากการศึกษานี้ได้สะท้อนกิจกรรมที่แต่ละกลุ่มทั้งกลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแลและผู้ให้บริการสุขภาพจะต้องปฏิบัติ ในขณะที่กรอบแนวคิดดั้งเดิมจะสะท้อนแนวคิดที่เน้นการจัดการระบบบริการของผู้ให้บริการสุขภาพเป็นหลัก ผลที่พบจากการศึกษานี้ได้ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญและควรจะเน้นให้ผู้ให้บริการสุขภาพได้เห็นความสำคัญในประเด็นดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H, Wild S. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27(5):1047-1053.
2. Aekplakorn W, Stolk RP, Neal B, Suriyawongpaisal P, Chongsuvivatwong V, Cheepudomwit S, et al. The prevalence and management of diabetes in Thai adults: the international collaborative study of cardiovascular disease in Asia. *Diabetes Care* 2003; 26(1): 2758-2763.
3. ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. การศึกษาและพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานบนพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นอีสาน. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
4. วรณภา ศรีธัญรัตน์. กระบวนการดูแลตนเองของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวาน: a grounded theory study. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*. 2540; 1(1): 71-91.
5. Hanninen J, Takala J, Keinanen-Kiukaanniemi S. Good continuity of care may improve quality of life in type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2001; 51(2): 21-27.
6. Mainous AG, Koopman RJ, Gill JM. Relationship Between Continuity of Care and Diabetes Control: Evidence from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Public Health* 2004; 94(1): (January), 66-70.
7. Gulliford M, Naithani S, Morgan M. Continuity of Care in Type 2 Diabetes: Patients', Professionals' and carers' experiences and health outcomes. Division of Health and Social Care Research, King's College London [online] 2006 [cited 2006 April 13]. Available from: http://www.sdo.1shtm.ac.uk/pdf/continuity_gulliford_finalreport_13/06/2006
8. Parchman ML, Burge SK. Continuity and quality of care in type2 diabetes: A residency Research Network of South Texas Study. *The Journal of Family Practice* 2002; 51(7): 619-624.



9. Gulliford M, Naithani S, Morgan M. Continuity of Care in Type2 Diabetes: Patients', Professionals' and carers' experiences and health outcomes. Division of Health and Social Care Research, King's College London [online] 2006 [cited 2006 April 13]. Available from: http://www.sdo.lshmt.ac.uk/pdf/continuity_gulliford_finalreport_13/06/2006; 2006.
10. Biem HJ, et al. Breaks in continuity of care and the rural senior transferred for medical care under regionalization. *International Journal of Integrated Care*. 2003; 3(29): (September), 1-13.
11. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, et al. Continuity of Care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; 327(22): (November), 1219-1221. [online] 2006 [cited 2005 April 24]. Available from: <http://www.bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/327/7425/1219>.
12. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, and Porteous M. Integrated care pathways. *BMJ*. 1998; 316(2): 133-137.
13. Sparbel KJ, Anderson MA. Integrated literature review of continuity of care. Part1: conceptual issues. *Journal Nursing Scholar*. 2000; 32(5): 17-24.
14. Rogers J, Curtis P. The Concept and Measurement of Continuity in Primary Care. *American Journal Public Health*. 1980; 70(2): (February), 122-127.
15. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992; 304(16): 1287-1290.
16. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice?. [online] 1997 [cited 2006 June 17]. Available from: <http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/314/7098/1870?ijkey=80eb64f16>.
17. Streubert HS, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. 2nded. Philadelphia: Lippincott; 1999.
18. Guthrie B, Wyke S. Controversy in primary care: Does continuity in general practice really matter?. *British Medical Journal* 2000; 6(23): 734-735.
19. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the Confusion: concepts and measures of continuity of health care. *Canadian Health Services Research Foundation* [online] 2002 [cited 2004 February 7]. Available from: <http://www.chsrf.ca>
20. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือพัฒนาระบบงานศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้ได้มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
21. Overland J, Yue DK, Mira M. Continuity of care in diabetes: to whom does it matter?. *Diabetes Research and clinical Practice* 2001; 52(5): 55-61.
22. Parchman ML, Pugh JA, Noel PH, Larme AC. Continuity of Care, Self-Management Behaviors, and Glucose Control in Patients with Type 2 Diabetes. *Medical Care* 2002; 40(2): 137-144.
23. Gill JM, Mainous AG, Diamond JJ, Lenhard MJ. Impact of Provider Continuity on Quality of Care for Persons with Diabetes Mellitus. *Annals of Family Medicine* 2003; 1(1): 162-170.
24. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. *JAMA* 2002; October 9, 288(14): 1775-1779.
25. พนา พรพัฒน์กุล. การศึกษาผลการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดนครนายก. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(1): 21-28.
26. กอบกุล พันธุ์รัตนอิสระ, น้ำผึ้ง ดุงโคกรวดคม, รณฤทธิ์ บุตรแสน. การปรับปรุงแบบบริการร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโรงพยาบาลปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(1): 33-40.