

การดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ตามแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัว

แนวทางการดูแลผู้ใช้น้ำมันกัญชาด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

น้ำมันกัญชาเป็นผลิตภัณฑ์ใหม่ที่มีการเริ่มนำมาใช้เป็นการรักษาทางเลือกของการรักษาผู้ป่วยในหลายโรค โดยแนะนำให้ใช้ร่วมกับการรักษาในแผนปัจจุบัน จากแต่เดิมที่กัญชาได้ชื่อว่าเป็นยาเสพติด รวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ในปัจจุบันยังไม่ได้มีหลักฐานแน่ชัดเพียงพอว่ากัญชามีประโยชน์ ดังนั้นในการดูแลหรือการติดตามผู้ป่วยที่ใช้กัญชาเพื่อเหตุผลทางการแพทย์จึงควรมีการทำความเข้าใจเหตุผลในการตัดสินใจเลือกใช้ ความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้ ผลข้างเคียง ของการใช้ รวมถึงความเชื่อ ความคาดหวังในการใช้(1) นอกจากนี้ยังพบว่าสิ่งที่จะต้องติดตามในผู้ป่วยที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่เป็นการติดตามอาการที่เป็น การรับรู้ภายในของผู้ป่วยเองที่เป็นคำบอกเล่าจากผู้ป่วย (Subjective sign) เช่น การนอนหลับ ความอยากรับประทานอาหาร ความคล่องตัวในการเดิน เป็นต้น จึงจำเป็นที่จะต้องมีการประเมินแบบองค์รวม (Comprehensive approach) มีการสื่อสารที่ชัดเจน และการฟังที่มีประสิทธิภาพ (Active listening) แนวทางดังกล่าวมีความสอดคล้องกับหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว และการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 6 ขั้นตอน

หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว (Principle of Family Medicine) กับการใช้กัญชาทางการแพทย์

หลักการ 9 ข้อของเวชศาสตร์ครอบครัวตามที่ Professor I. R. McWhinney จากมหาวิทยาลัย Western Ontario ประเทศแคนาดา ได้กล่าวไว้ (2) มีดังนี้

1. **ไม่มีจุดสิ้นสุดของการดูแล** (An open-ended commitment to patients) ในหลักการข้อนี้มีความหมายอยู่ 2 นัยยะ นั่นคือ 1) ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง แม้ว่าความเจ็บป่วยหรือโรคนั้นๆ ยุติลงแล้วก็ตาม และ 2) ให้การดูแลได้ในทุกโรค ทุกเพศ ทุกวัย นั่นหมายถึง หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวเน้นให้มีการดูแลเป็นคน หากคนคนนั้นเป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่ที่จะต้องรับผิดชอบดูแลก็จำเป็นที่จะต้องให้การบริการดูแลตราบเท่าที่บุคคลคนนั้นยังมีชีวิต (continuing responsibility for patients over long periods of time) บนพื้นฐานของความสัมพันธ์ที่ระหว่างที่มสุขภาพ และผู้มารับบริการ โดยไม่จำกัดด้วยโรค เพศ หรืออายุ (The person, Not the Problems)
2. **เข้าใจในบริบท** (An understanding of the context of illness) ทั้งในระดับบุคคล และครอบครัว การดำเนินงานตามแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัวที่มีการดูแลต่อเนื่อง มีการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน มีโอกาสได้คุย ได้เห็นการดำรงชีวิตของผู้ป่วยทั้งที่โรงพยาบาล และที่บ้าน ทำให้ได้รับรู้ เข้าใจ ถึงบริบท ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวซึ่งล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของแต่ละบุคคล การดูแลที่ออกแบบเฉพาะรายบุคคลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการทำความเข้าใจในบริบทของผู้คนและครอบครัว

3. **ส่งเสริมป้องกันทุกครั้งที่มีโอกาส** (The use of all visits for preventive purposes) นั้นหมายถึง ในทุกครั้งที่ได้มีโอกาสเจอผู้ป่วย ถือเป็นโอกาสที่จะให้คำแนะนำในการส่งเสริมป้องกันสุขภาพให้กับบุคคลนั้นๆ การดำเนินการตามหลักการนี้ที่มสุขภาพจึงจำเป็นที่จะต้องทราบถึงภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ควบคู่ไปด้วย ดังนั้นในแต่ละครั้งที่มีโอกาสจะต้องพยายามมองหาภาวะเสี่ยง และหาช่องที่จะให้การส่งเสริมป้องกันควบคู่กันไปกับการรักษา
4. **ดูแลรายกลุ่มประชากร** (The view of practices as a population at risk) การดำเนินงานตามแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัวที่เป็นการดูแลผู้คนที่ทั้งชุมชน ไม่ใช่ให้การดูแลเป็นคนๆ หรือเป็นครั้งๆ จึงจำเป็นที่จะต้องมมุมมองที่กว้าง เป็นรายกลุ่มประชากรมากกว่ามุมมองเฉพาะราย เช่น กลุ่มเพศชาย เพศหญิง กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน เด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น
5. **ทำงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชน** (The use of a community-wide network of supports) การทำงานต่อเนื่อง ผังตัวอยู่ในชุมชน รู้จักผู้คนตลอดจนเข้าใจในบริบทของชุมชนหรือพื้นที่นั้นๆ การมองหาและสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนจึงเป็นสิ่งสำคัญในการทำงานเสมือนหนึ่งการมีเพื่อน มีทีมทำงานร่วมกันในชุมชน
6. **เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน** (The sharing with patients of the same habitat) มีการทำงานร่วมกับชุมชนหรือให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ยาวนาน จนทำให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน
7. **ดูแลทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน** (The care of patients in office, home and hospital) การลงเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ซึ่งทำให้เห็นการใช้ชีวิต บริบท และมิติอื่นๆ ในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ข้อมูลเหล่านี้สามารถนำมาประกอบการตัดสินใจในการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น
8. **ยอมรับถึงความรู้สึกภายใน** (A recognition of the Subjective Aspects of Medicine) เช่น คำบอกเล่าอาการที่เป็นเพียงความรู้สึกของร่างกาย การรับรู้ของแต่ละบุคคล (Awareness of Self) ความคิด อารมณ์ คุณพินิจของผู้มารับบริการ สิ่งที่ผู้รับบริการให้คุณค่าหรือความสำคัญ เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการทำความเข้าใจ รวมไปถึงการออกแบบวางแผนการดูแลรักษาและติดตาม
9. **เป็นผู้จัดการ** (A manager of resources) ในการทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในระบบสุขภาพที่กำหนดให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำหน้าที่เป็นด่านหน้า (Gate keeper) และเป็นหมอกคนแรก (First contact physician) ที่ผู้ป่วยจะต้องมาพบเพื่อขอคำปรึกษาหรือตรวจรักษาก่อนที่จะไปตรวจหรือรักษากับแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ และเป็นผู้ที่รับรู้บริบทของผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจถึงข้อจำกัด ทรัพยากรที่ผู้ป่วยมี เช่น สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้ดูแล ศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวในการดูแล เป็นต้น ดังนั้นบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจึงเสมือนหนึ่งเป็นผู้จัดการการดูแลที่จะต้องวางแผนการดูแล การส่งต่อ การนัดหมายติดตามอาการ การนอนโรงพยาบาล รวมถึงการลงเยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม ประเมินหรือให้การรักษาที่บ้าน ภายใต้การรับรู้ และเข้าใจบริบทและต้นทุนของผู้ป่วยและครอบครัว

ตารางสรุปหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว การนำไปใช้และประเด็นสำคัญที่ต้องดำเนินการ

หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว	การนำไปใช้	ประเด็นสำคัญที่ต้องดำเนินการ
1. ไม่มีจุดสิ้นสุดของการดูแล (An open-ended commitment to patients)	ดูแลต่อเนื่องไม่ว่าจะใช้หรือไม่ใช้รักษา แม้ว่าโรคที่เป็นข้อบ่งชี้ของการใช้รักษาหมดไป แต่การดูแลก็ยังไม่สิ้นสุด หากผู้ป่วยยังคงใช้รักษา ก็สามารถให้การติดตามดูแลต่อได้เพื่อเป็นการติดตามถึงการเปลี่ยนแปลง และผลข้างเคียง	พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง
2. เข้าใจในบริบท (An understanding of the context of illness)	ทำความเข้าใจที่ไปที่มาของการตัดสินใจ รวมถึงความคาดหวัง ความเชื่อในการใช้การรักษา ทั่วๆไปที่ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้ยังเป็นที่ยกเถียงกัน ผู้ป่วยอาจจะกำลังอยู่ในภาวะสิ้นหวังเมื่อการแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถให้การรักษาได้ หรืออาจมีความทุกข์เกี่ยวกับโรคที่ไม่หายหรือมีความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค จึงอาจมีความคาดหวังกับการใช้รักษาเป็นทางเลือก นอกจากนี้ควรมีการประเมินความเชื่อ ความเข้าใจ(1) และความเห็นของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการใช้รักษาในการรักษา ควบคู่กันไปด้วยว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผู้ป่วยหรือไม่	มีการประเมินแบบองค์รวม(Comprehensive approach) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient center medicine approach) (หมายเหตุ มีคำอธิบายท้ายบท)
3. ส่งเสริมป้องกันทุกครั้งที่มีโอกาส (The use of all visits for preventive purposes)	ส่งเสริมป้องกันในที่นี้นอกจากจะหมายถึง การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แล้ว ยังหมายรวมถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล และวิธีการลดผลข้างเคียงจากการใช้รักษา	มีการประเมินความเสี่ยง และมีแนวทางการส่งเสริม และป้องกันอย่างถูกวิธีเพื่อลดผลข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อนของการใช้รักษา
4. ดูแลรายกลุ่มประชากร (The view of practices as a population at risk)	เมื่อพบมีผู้ป่วยที่ใช้รักษาในชุมชน ย่อมต้องมีผู้ป่วยหรือคนในชุมชนที่มีการนำภูมิต้านทานมาใช้ทางการแพทย์ด้วย ซึ่งอาจมีได้ทั้งที่ภูมิต้านทานที่ผ่านกระบวนการรับรอง และไม่ผ่านกระบวนการรับรอง แพทย์อาจจะต้องมีการรวบรวมกลุ่มผู้ที่ใช้เหล่านั้นเพื่อทำการติดตามถึงประโยชน์ ผลข้างเคียง ดังกล่าวในชุมชนควบคู่กันไปกับการดูแลรายบุคคล	พัฒนาระบบให้เกิดการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มผู้ใช้รักษาในชุมชน
5. ทำงานร่วมกับ	เรื่องของรักษาเป็นเรื่องที่ยังไม่ชัดเจนสำหรับทางการแพทย์	มองหาเครือข่าย รวบรวม

<p>เครือข่ายในชุมชน (The use of a community-wide network of supports)</p>	<p>มีการนำไปใช้ทั้งในทางที่ถูกต้องและผิด รวมถึงการสรรหาสารสกัดน้ำมันกัญชามาใช้กันเองในชุมชน ดังนั้นการลดอันตรายที่เกิดจากการใช้กัญชาที่ผิดวิธีหรือใช้อย่างไม่มีความรู้ อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ จึงจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินการร่วมกับเครือข่ายในชุมชนในการสื่อสาร และหาแนวทางร่วมกันเพื่อให้เกิดการใช้กัญชาที่ปลอดภัยในชุมชน</p>	<p>เครือข่าย และมีกระบวนการทำงานร่วมกับชุมชน</p>
<p>6. เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน (The sharing with patients of the same habitat)</p>	<p>ควรสร้างให้มีความรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน เป็นพื้นฐานที่ดีในการสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจ นำไปสู่การทำงานร่วมกันเป็นภาคีร่วมกับชุมชน ทำให้การดำเนินการเกี่ยวกับการใช้กัญชาให้ถูกต้อง ปลอดภัยมีความเป็นไปได้อย่างยิ่ง</p>	<p>ทำความเข้าใจ และเข้าใจวิถีชุมชน</p>
<p>7. ดูแลทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน (The care of patients in office, home and hospital)</p>	<p>เนื่องจากหลายครั้งพบว่าวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่บ้านกับที่โรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นการดำรงชีวิต การปฏิบัติตัว หรือยาที่ใช้ ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องมีการติดตามดูแลที่บ้าน</p>	<p>พัฒนาระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน</p>
<p>8. ยอมรับถึงความรู้สึกภายใน (A recognition of the Subjective Aspects of Medicine)</p>	<p>การติดตามผู้ป่วยที่ใช้กัญชาในหลายกรณี พบว่า เป็นการติดตามที่ต้องอาศัยการซักประวัติ สอบถามอาการที่เป็นคำบอกเล่าของผู้ป่วย เช่น อาการปวด การนอนหลับ หรือแม้กระทั่งการปรับปริมาณของการใช้ (Self-titrated) ซึ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งภายใน (Subjective sign) ที่ไม่สามารถตรวจพบได้จากการตรวจร่างกาย หรือทางห้องปฏิบัติการ (Objective sign)</p>	<p>พัฒนาศักยภาพของการฟัง (Active listening)</p>
<p>9. เป็นผู้จัดการ (A manager of resources)</p>	<p>ผู้ป่วยหลายรายที่นำกัญชามาใช้มักจะเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคที่อาจจะรักษาไม่ได้ด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น สถานการณ์เหล่านี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการจัดการ ไม่ว่าจะเป็นการนัดหมาย การจัดการรายการยาที่มีอยู่หลายชนิด มีการประสานงานกับแพทย์สาขาที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นจึงต้องมีแพทย์ที่เป็นเสมือนผู้จัดการการดูแล</p>	<p>มีระบบการดูแลที่มีทีมดูแลประจำตัว หรือแพทย์ประจำตัว</p>

การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Medicine)(3)

- ❖ เป็นแนวทางที่มีความยืดหยุ่น และไม่ตายตัวเนื่องจาก
- ❖ ไม่จำเป็นต้องทำตามลำดับขั้น สามารถสลับไปมาได้ตามความเหมาะสม
- ❖ ไม่จำเป็นต้องดำเนินการให้เสร็จภายในครั้งเดียว แต่ต้องมีการดูแลติดตามต่อเนื่องจนครบทุกประเด็น
- ❖ ไม่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วยบริการที่มีปัญหาด้านจิตใจเท่านั้น แต่สามารถนำไปใช้ได้ในทุกสถานการณ์ แม้กระทั่งในสถานการณ์ฉุกเฉิน
- ❖ ไม่จำเป็นต้องใช้เวลานาน แต่ต้องเปลี่ยนรูปแบบจากการซักประวัติแบบเดิมที่เน้นการถามเฉพาะโรคมาเป็นฟังผู้ป่วยให้มากขึ้น การ “ฟัง” ในที่นี้ หมายถึง “หูฟัง” คำบอกเล่าจากผู้ป่วย และ “ตาสังเกต” ปฏิบัติกรอื่นที่เป็นคำตอบรวมทั้ง “ถามกระตุ้น” ให้ผู้ป่วยเล่า (สายพิณ หัตถ์รัตน์, 2545)

ตาราง 1 ขั้นตอนการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care - PCC) 6 ขั้นตอน

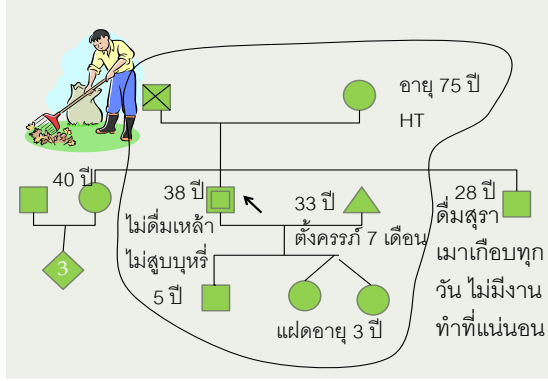
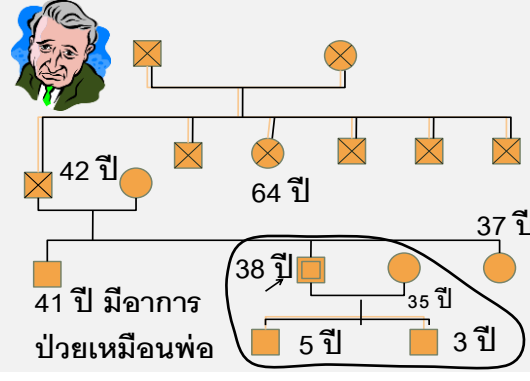
ขั้นที่ 1 สืบค้นทั้งโรคและความทุกข์ (Disease & Illness)	
ความเจ็บป่วยทางกาย/โรค (Disease)	ความทุกข์ (Illness : IFFE)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ การวินิจฉัย ▪ แนวทางการรักษา ▪ การดำเนินโรค ▪ ภาวะแทรกซ้อน 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idea คิดอย่างไรกับความเจ็บป่วยที่กำลังเป็นอยู่ ▪ Feeling ความรู้สึก ▪ Function ผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังความเจ็บป่วย ▪ Expectation ความคาดหวัง หรือความช่วยเหลือที่ต้องการได้รับจากทีมหมอครอบครัว
ขั้นที่ 2 ทำความเข้าใจชีวิตบุคคลและครอบครัว (Understanding the whole person)	
<ul style="list-style-type: none"> ● ตัวตนที่แท้จริงของผู้ป่วย และสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว เช่น ภูมิหลัง วัย การศึกษา อาชีพ รายได้ บุคลิก/ลักษณะนิสัย, ความเชื่อ ● เหตุการณ์สำคัญในชีวิตของผู้ป่วย และความเจ็บป่วยสำคัญ ● ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว และเครือข่ายอื่นของครอบครัว ● สามารถทำได้โดยการวาดผังเครือญาติ (Family Genogram) 	
ขั้นที่ 3 ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมหมอครอบครัวร่วมกันหาแนวทางการดูแล (Finding common ground regarding management)	
<ul style="list-style-type: none"> ● จัดลำดับความสำคัญของปัญหาความเจ็บป่วยร่วมกัน <ul style="list-style-type: none"> ○ ปัญหาหลัก 	

<ul style="list-style-type: none"> ○ ปัญหาอื่นๆ ให้บันทึกและระลึกไว้เสมอ ● พุดคุยร่วมกันถึงแนวทางและเป้าหมายในการดูแล
ขั้นที่ 4 ป้องกันโรค/ภาวะแทรกซ้อน และสร้างเสริมสุขภาพ (Incorporating Prevention & Health promotion)
<ul style="list-style-type: none"> ● คัดกรองโรค/ภาวะแทรกซ้อน ● ป้องกันโรค / ภาวะแทรกซ้อน ● ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาพ
ขั้นที่ 5 สร้างความสัมพันธ์ที่ดี (Enhancing the patient – doctor Relationship)
<ul style="list-style-type: none"> ● มีสติ รู้จักอารมณ์ของตนเอง และสัมผัสความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อทีมหมอครอบครัว และความรู้สึกของทีมหมอครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ● บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ให้ความช่วยเหลือดูแลเสมือนญาติ
<p style="text-align: center;">❖ ทีมหมอครอบครัวเป็นเสมือนหนึ่งที่พัก และเพื่อนคู่คิดของผู้ป่วยและครอบครัว อาจจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสปรึกษาหารือเรื่องต่างๆ</p> <p style="text-align: center;">“หากคุณจำเป็นต้องกรวให้หมอ หรือทีมของเราช่วยเหลืออะไรขอให้ออก ไม่ต้องเกรงใจ”</p>
<p style="text-align: center;">❖ ทีมหมอครอบครัวอาจจะต้องอนุโลมในเรื่องที่พอจะทำได้ หากเป็นเรื่องที่อนุโลมไม่ได้จริงๆ ควรให้เหตุผลในเชิงบวก บ่อยครั้งที่เรามักจะอ้างกฎระเบียบที่เราตั้งขึ้นโดยหลงลืมไปว่า บางครั้งผู้ป่วยและครอบครัวอาจมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบที่เราตั้งไว้</p> <p style="text-align: center;">✘ “เราคงอนุญาติให้คุณไปใช้สารสกัดกัญชา โดยไม่กินยา หมอคงไม่รับรักษาคุณไป เพราะไม่มีใครรับรองได้”</p> <p style="text-align: center;">✔ “ถ้าคุณไปใช้สารสกัดกัญชา โดยไม่กินยา หมออาจจะให้การรักษาลำบาก เพราะหมอไม่ทราบว่กัญชาจะช่วยลดน้ำตาลในเลือดได้มากน้อยเท่าไร หมอจะอนุโลมให้คุณไปใช้กัญชาได้ เพราะทราบดีว่าคุณอยากรักษาตัวเอง แต่ขอให้อธิบายประพยานยาหมอด้วยคุณัน”</p>

<p>ขั้นที่ 6 ให้การดูแลบนวิถีของความจริง (Being Realistic)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ภายใต้อาการที่เหมาะสมของเวลา • ความพร้อมและศักยภาพของ <p>ทีมหมอครอบครัว - ผู้ป่วย - ผู้ดูแล - ครอบครัว - ชุมชน และเครือข่าย</p>
--

ตัวอย่างกรณีศึกษาการใช้เครื่องมือขั้นที่ 2 การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 6 ขั้นตอน (Patient's Center Care 6 Step)

ผู้ป่วยคนที่ 1	ผู้ป่วยคนที่ 2
<p>ชายไทยคู่อายุ 38 ปี อาชีพรับจ้าง</p> <p>มีอาการปวดหลังมา 2 สัปดาห์</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 สัปดาห์ก่อน ปวดหลังด้านข้าง ไม่ร้าวไปที่ใด ไม่มีอาการชาหรืออ่อนแรง ปวดมากขึ้นเวลาทำงานหรือก้มๆเงย มีอาการเช่นนี้เป็นประจำ ถ้าหยุดงาน หรือกินยาอาการดีขึ้น • ไม่มีโรคประจำตัว • ไม่มีประวัติอุบัติเหตุ • ตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติ, ไม่มีกระดูกสันหลังผิดรูป 	<p>ชายไทยคู่อายุ 38 ปี อาชีพรับราชการ</p> <p>มีอาการปวดหลังมา 2 สัปดาห์</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 ปีก่อน มีอาการปวดหลัง ไม่ร้าวไปที่ใด ไม่สัมพันธ์กับท่าทาง หรือการทำงาน ปวดไม่มาก ไม่จำเป็นกินยาเพื่อบรรเทาอาการ • 2 สัปดาห์ก่อน ไปเยี่ยมพี่ชายที่นอนอยู่รพ.จึงไปตรวจ หมอบอกว่าเป็นอาการปวดจากกล้ามเนื้อหลังอักเสบ ให้ยามารับประทานอาการไม่ดีขึ้น จึงมาตรวจซ้ำ • ไม่มีโรคประจำตัว • ไม่มีประวัติอุบัติเหตุ • ตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติ, ไม่มีกระดูกสันหลังผิดรูป
<p>ขั้นที่ 1 สืบค้นทั้งโรคและความทุกข์ (Disease & Illness)</p>	
<p>ความเจ็บป่วยทางกาย/โรค (Disease)</p> <p>ปวดหลัง (M54.5 Low Back Pain)</p>	<p>ความเจ็บป่วยทางกาย/โรค (Disease)</p> <p>ปวดหลัง (M54.5 Low Back Pain)</p>
<p>ความทุกข์ (Illness - IFFE)</p> <p>Idea คิดว่าปวดหลังเกิดจากการทำงาน</p> <p>Feeling กังวลว่าอาการปวดจะรุนแรงขึ้นจนทำงานไม่ได้</p> <p>Function ไม่สามารถทำงานหนักเหมือนเดิมได้</p> <p>Expectation ต้องการให้หายปวด</p>	<p>ความทุกข์ (Illness - IFFE)</p> <p>Idea คิดว่าอาจจะเป็นอาการเริ่มแรกของโรคที่พ้อและพี่ชายเป็น</p> <p>Feeling กลัวว่าตนเองจะเป็นเหมือนคนอื่นๆในครอบครัวที่ต้องเสียชีวิตตอนอายุ 40 ปี และกังวลว่าอาการแบบนี้จะ</p>

	<p>ถ่ายทอดไปยังลูกชายทั้ง 2 คน</p> <p>Function นอนไม่หลับ</p> <p>Expectation ต้องการตรวจให้ละเอียดว่าอาการปวดหลังเป็นอาการของโรคที่พ่อและพี่ชายเป็นหรือเปล่า</p>
<p>ขั้นที่ 2 ทำความเข้าใจชีวิตบุคคลและครอบครัว</p> <p>(Understanding the whole person)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> อาชีพลูกจ้าง มีภรรยา 1 คนช่วยกันทำงานหารายได้เลี้ยงดูลูกเล็ก 3 คน และมารดาอีก 1 คน รายได้ของทั้ง 2 คน รวมกันประมาณ 300 - 400 บาท/วัน แต่ช่วงนี้ภรรยาตั้งครรภ์ ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ ตามผังเครือญาติ  <ul style="list-style-type: none"> วงจรชีวิตครอบครัวระยะที่ 3 มีลูกเล็ก เป็นระยะที่ต้องรับภาระหนักในการดูแลครอบครัวตัวเองและพ่อแม่ที่ชรา การมีลูกเล็กทำให้มีรายจ่ายสูง แม้ร่างกายเริ่มเจ็บป่วยก็ไม่สามารถหยุดงานนานได้ เวลาว่างสามีกิจกรรมมีน้อยลงทำให้เกิดความหงุดหงิดอาจทำให้เกิดปัญหาชีวิตคู่ 	<ul style="list-style-type: none"> ชายวัย กลางคน เป็นข้าราชการระดับหัวหน้า รายได้ประมาณ 50,000 บาท/เดือน ภาระงานมาก เครียดเรื่องงาน เวลาเครียดมักสูบบุหรี่ไม่ค่อยมีเวลา ออกงานสังคมบ่อย ออกกำลังกายน้อย ส่วนภรรยาไม่ได้ประกอบอาชีพ อยู่บ้านเลี้ยงลูกชาย 2 คน ตามผังเครือญาติ ประวัติครอบครัว - ผู้ชายในครอบครัวทุกคนเสียชีวิตเมื่ออายุประมาณ 40 ปี โดยไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไร  <ul style="list-style-type: none"> วงจรชีวิตครอบครัวระยะที่ 3 มีลูกเล็ก ไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือการรับภาระหนักในการเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว แต่เป็นเสาหลักของครอบครัว ดังนั้นหากเกิดความเจ็บป่วยที่ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้สมาชิกในครอบครัวจะลำบาก
<p>ขั้นที่ 3 ร่วมกันหาแนวทางดูแลสุขภาพ</p> <p>(Finding common ground regarding management)</p>	

<ul style="list-style-type: none"> ● จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ปัญหาที่สำคัญที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ (Chief Concern) คือ อาการปวดหลังที่ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ ปัญหาอื่น ๆ ให้นันทิกและระลึกไว้เสมอ ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจ, ภาวะเครียดจากการหารายได้ และการเตรียมความพร้อมสำหรับสมาชิกใหม่ ● แผนการดูแล <ul style="list-style-type: none"> ○ รักษาเย็บยวอาการปวดหลังเพื่อให้สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ○ แนะนำท่าทางที่ถูกต้องในการทำงาน และกรอกกำลังกายเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง ○ วางแผนการคุมกำเนิด ○ ดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ที่ต้องการดูแลควบคู่กัน ได้แก่ แม่ที่ชราและเป็นความดันโลหิตสูง, ภรรยาที่ตั้งครรภ์ 	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ปัญหาที่สำคัญ คือ การที่ยังไม่ทราบว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ชายในครอบครัว และมักเสียชีวิตในช่วง 40 ปี ปัญหาอื่น ๆ ให้นันทิกและระลึกไว้เสมอ ได้แก่ ปัญหาอนไม่หลับ กังวลว่าลูกชายอาจจะมีอาการเหมือนผู้ชายคนอื่นๆ ในครอบครัว ● แผนการดูแล <ul style="list-style-type: none"> ○ หาข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่มีอาการเข้าได้กับประวัติในครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อจะได้วินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรกๆ ถ้าโรคคืออาจจะมีวิธีการป้องกัน
<p>ขั้นที่ 4 ป้องกันโรค/ภาวะแทรกซ้อน และสร้างเสริมสุขภาพ (Incorporating Prevention & Health promotion)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> ○ ความเสี่ยงตามวัย ได้แก่ เบาหวาน ความดัน ○ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียดและซึมเศร้า ● ความเสี่ยงด้านสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว <ul style="list-style-type: none"> ○ แม่เป็นความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ○ ภรรยาที่ตั้งครรภ์ มีความเสี่ยง คือ อายุ > 35 ปี (Elderly Gravidarum) และอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ● แผนการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ <ul style="list-style-type: none"> ○ คัดกรองเบาหวาน ความดันในผู้ป่วย ○ คัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย และภรรยา 	<ul style="list-style-type: none"> ● ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> ○ ความเสี่ยงตามวัย ได้แก่ เบาหวาน ความดัน ○ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียดและซึมเศร้า ○ พฤติกรรมสูบบุหรี่ (Z72.0 Tobacco use) ○ เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเหมือนพ่อ และพี่ชาย (Z84.8 Family history of other specific conditions) ● ความเสี่ยงด้านสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว <ul style="list-style-type: none"> ○ ความเสี่ยงจากการได้รับควันบุหรี่ (Z58.7 Exposure to tobacco smoke) ○ ภรรยาอายุในกลุ่มเสี่ยงที่จะต้องคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ○ ลูกชาย 2 คนเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเหมือนปู่และลุง ● แผนการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ <ul style="list-style-type: none"> ○ คัดกรองเบาหวาน ความดันในผู้ป่วย ○ คัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

<ul style="list-style-type: none"> ○ คัดกรองภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงของแม่ ○ ดูแลภาวะตั้งครรภ์ของภรรยา และคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังคลอด 	<ul style="list-style-type: none"> ○ แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่และออกกำลังกาย ○ คัดกรองโรคในครอบครัวหลังจากได้ข้อมูล ○ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ภรรยา
<div style="border: 1px dashed blue; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>❖ ควรประเมินค้นหาภาวะเสี่ยง, ภาวะแทรกซ้อน เพื่อป้องกันโรค/ภาวะแทรกซ้อน และให้การส่งเสริมสุขภาพ ทั้งผู้รับบริการ และสมาชิกในครอบครัว</p> </div> <p>(Enhancing the patient – doctor Relationship)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● ใช้ทักษะการสื่อสาร (หัวใจดวงที่ 1) ● เน้นรักษาคนคู่กับการรักษาโรค ● มีสติ ให้ตระหนักถึงอารมณ์ของตนเอง และรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย และครอบครัว <ul style="list-style-type: none"> ● ความรู้สึกเดิมที่มีต่อผู้ป่วยอาจจะรู้สึกว่า ผู้ป่วย “น่าเบื่อ น่ารำคาญ” และสุดท้ายอาจจะจบแค่การให้ยาแก้ปวดบรรเทาอาการเหมือนกันทุกคน แต่หลังจากได้ทำความเข้าใจตามขั้นตอนที่ 2 อาจทำให้ทีมหมอครอบครัวอาจมีความเข้าใจว่า ความทุกข์ที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว และสิ่งที่เขาต้องการความช่วยเหลือที่แท้จริงคืออะไร 	
<p>ขั้นที่ 6 ให้การดูแลบนวิถีของความจริง</p> <p>(Being Realistic)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● ภายใต้ความเหมาะสมของเวลา ☺ ให้ยาบรรเทาปวด และแนะนำท่าทางที่เหมาะสมในการทำงาน และติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินและให้การดูแลแม่ และภรรยารวมถึงให้คำแนะนำวางแผนครอบครัว 	<ul style="list-style-type: none"> ● ภายใต้ความเหมาะสมของเวลา ☹ นัดติดตามดูแลต่อเนื่อง และขอเวลาในการหาข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้ป่วยที่ใช้กัญชามากจะเป็นผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากอาการป่วยเรื้อรังมานาน ไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยการรักษาแบบเดิมๆ การใช้กัญชาเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ และเป็นวิธีหนึ่งที่ผู้ป่วยอยากจะใช้ในการรักษาตัวเอง หากแพทย์และทีมสุขภาพมีความเข้าใจ ไม่ปฏิเสธที่จะให้การดูแลต่อ แต่กลับมีความยินดีที่จะให้การดูแล รับฟัง และยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยในการที่จะเลือกวิธีการรักษาตัวเอง ผู้ป่วยคงมีความสุขที่มีคนรับฟังและยอมรับแม้จะไม่เห็นด้วยก็ตาม **การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง** ช่วยให้แพทย์และทีมสุขภาพเข้าใจบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแตกต่างกัน **มีความพิเศษเฉพาะรายที่มาจากความเข้าใจ และอยากช่วยเหลือดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์**

เอกสารอ้างอิง

1. LeNoue SR, Wongngamnit N, Thurstone C. Practical Aspects of Discussing Marijuana in a New Era [Internet]. Vol. 22, Journal of Psychiatric Practice. 2016 [cited 2019 Sep 12]. p. 471–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27824781>
2. McWhinney IR. Teaching the principles of family medicine. Can Fam physician Médecin Fam Can [Internet]. 1981 May [cited 2016 Feb 17];27:801–4. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2305997&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
3. Stewart M. Patient-centered medicine : transforming the clinical method [Internet]. Radcliffe Medical Press; 2003 [cited 2019 Sep 13]. 360 p. Available from: https://books.google.co.th/books/about/Patient_centered_Medicine.html?id=qnfytcp9neUC&redir_esc=y