

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวาน
และความดันโลหิตสูงในตำบลแม่แฝก อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

THE RELEVANT FACTORS FOR CONTROLLING BLOOD SUGAR AND BLOOD
PRESSURE OF DIABETES MELLITUS AND HYPERTENSION PATIENTS IN
MAE PHAG SUB-DISTRICT, SANSAI DISTRICT, CHIANG MAI PROVINCE

รอยพิมพ์ เลิศวิริยานันท์ พ.บ , ว.ว.เวชศาสตร์

Roypim Lertwiriyanan M.D., Cert. in Family

ครอบครัว

Medicine

โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

Sansai Hospital, Chiang Mai Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ป่วยทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านร่มหลวง (รพ.สต. บ้านร่มหลวง) ตำบลแม่แฝก อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ครอบครัว/ญาติ อสม., ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งสิ้น 58 คน เก็บข้อมูลโดย อาศัยข้อมูลมือสองจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย แบบทดสอบความรู้ในเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มย่อย และการสังเกต ระยะเวลาศึกษา ตั้งแต่เดือนมกราคม 2554 ถึง เดือนธันวาคม 2554 ผลการศึกษา พบว่า (1) การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากจำนวนผู้ป่วย 20 ราย มีจำนวน 7 ราย ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดี และ 13 ราย ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ และ (2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตของผู้ป่วย ได้แก่ หนึ่ง การมีปัจจัยเสี่ยงหลักหรือมีพฤติกรรมเสี่ยง ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต มี

พฤติกรรมเสี่ยงหลักอยู่น้อย ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง ทั้งการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ทานอาหารหวาน มัน เค็ม ยังคงชอบทานประเภทเนื้อสัตว์มากกว่าผักผลไม้ และบางรายดื่มเหล้าเป็นประจำ มีอาการกำลังกายบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ บางรายทำงานหนักและหักโหมไม่มีเวลาพักผ่อน มีความเครียดและความกังวลอยู่มาก ผู้ป่วยมักลืมหรือทานยาไม่ครบและไม่ตรงเวลา และไม่พบแพทย์ตามนัด สอง ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ประกอบด้วย การสนับสนุนของครอบครัว/ญาติ ซึ่งพบว่า ครอบครัวและญาติในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ยังมีบทบาทการสนับสนุนที่จำกัดเนื่องจากข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจครัวเรือน ทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่มีเวลาเพียงพอที่จะเข้ามามีส่วนในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง นอกจากนี้ในชุมชนยังมีภัยคุกคามและสภาพแวดล้อมในชุมชนที่ไม่เอื้อต่อผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง อาทิ การเลี้ยงอาหารในงานต่างๆ ในชุมชนที่จัดขึ้นบ่อย ซึ่งเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตของผู้ป่วย รวมถึงการมีและเข้าถึงเหล่า-เบียร์ได้ง่าย และ สาม ปัจจัยสนับสนุนอื่นๆ จากการระบบบริการสาธารณสุขของ รพ.สต.บ้านร่มหลวง และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย การเสริมศักยภาพแก่ครอบครัวและญาติในการดูแลผู้ป่วย รวมถึง การให้กำลังใจและเสริมพลังผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

คำสำคัญ: ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต

Abstract

This study is qualitative research. The objective is to find the factors which are related to control blood sugar and blood pressure of diabetes mellitus and hypertension patients. The study targeted 20 diabetes mellitus and hypertension patients in Bann Rom Luang Health Promotion Hospital, Mae Phag Sub-district, Sansai district, Chiang Mai province. The data was collected by the result of laboratory tests on blood pressure and blood sugar, knowledge test form on diabetes mellitus and hypertension, in-depth interview, focus group discussion and observation. The study was done from January – December 2011. The finding are (1) ability to control blood pressure and blood sugar of the

patients. Out of 20 patients, 7 patients were able to control their blood sugar and blood pressure, 13 patients were unable to control. (2) The relevant factors for controlling blood pressure and blood sugar of the patients. First is key risk factor. The patients who were unable to control their blood sugar and blood pressure performed high risk behaviors such as inappropriate consumption, lack of doing exercise, stress, overload working and no taking the medicine according to prescription. Second is socio-economic, cultural and environment factor. This factor is composed of family support and community environment. The study found less support from family in case the patients who can not control their blood sugar and blood pressure. Moreover, there are so many risks that threaten health care for the patients for instance, unsafe and inappropriate food and easy access to alcohol in their communities. Third are other support factors such as the Health Service System of the Rom Luang Health Promotion Hospital and Village Health Volunteers (VHVs). Rom Luang multidisciplinary team and VHVs were able to respond to patient's problems and needs under the concept of family medicine and holistic health care.

Keywords: Relevant factors, Blood sugar and blood pressure control

บทนำ

ประชาชนไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ พิจารณาจากสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด รวมถึงการเสพติดด้านต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความอ้วน ไขมันใน

เลือดสูง และวิถีชีวิตที่นำไปสู่การขาดการดูแลสุขภาพ เช่น การดื่ยาเสพติด ดื่มเหล้า บุหรี่ หรือการติดเกมส์ ติดการใช้อินเทอร์เน็ต ติดโทรศัพท์ ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน (สุพัตรา, 2554)

โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งและสอง ของ รพ.สต.บ้านร่มหลวง จากรายงานสรุปจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิต

สูงระหว่างปี 2551-2555 ของ รพ.สต.บ้านร่มหลวง พบว่า โดยในปี 2552 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 438 รายหรือร้อยละ 7.10 ในปี 2553 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 449 รายหรือร้อยละ 7.20 และในปี 2554 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 461 รายหรือร้อยละ 7.40 จากจำนวนประชากร 6,253 คน ส่วนผู้ป่วยเบาหวาน ปี 2552 มีจำนวน 208 รายหรือร้อยละ 3.4 ปี 2553 มีจำนวน 212 รายหรือร้อยละ 3.4 และในปี 2554 มีจำนวนผู้ป่วย 220 ราย หรือร้อยละ 3.5 ซึ่งจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

หากเปรียบเทียบอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานต่อประชากรพันคน ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านร่มหลวงกับอัตราผู้ป่วยในระดับประเทศ เฉพาะปี 2554 จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (อมรา ทองหงษ์ กมลชนก เทพสิทธิ์า และภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์, 2556) จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ในปี 2554 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 1,997,700 ราย อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 3,112.60 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือโรคเบาหวานมีผู้ป่วยจำนวน 1,025,337 ราย อัตราผู้ป่วยเบาหวาน 1,597.57 ต่อประชากรแสนคน

หากใช้ฐานอัตราผู้ป่วยต่อประชากรหนึ่งพัน พบว่า สถิติระดับประเทศ มีอัตราผู้ป่วยความดันความดันโลหิตสูง อยู่ที่ 31.13 และอัตราผู้ป่วยเบาหวาน 15.98 ส่วนในพื้นที่ความรับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านร่มหลวง มีอัตราผู้ป่วยความดันความดันโลหิตสูง อยู่ที่ 73.72 และอัตราผู้ป่วยเบาหวาน 35.18 จากตัวเลขดังกล่าว เห็นได้ชัดว่า มีความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรณีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านร่มหลวง อยู่ในระดับที่สูงมาก สาเหตุสำคัญอาจเนื่องจากการดำเนินวิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป การดำเนินชีวิตอย่างรีบเร่งภายใต้ภาวะเศรษฐกิจที่บีบรัด การผลิตพืชเชิงเดี่ยวที่ต้องใช้สารเคมีมากขึ้น การรับจ้างที่ต้องทำงานหนัก และหักโหม ขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย และสัดส่วนของอาหารที่รับประทานเปลี่ยนแปลง ทำให้ส่งผลต่อโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานตามมา

ผู้วิจัยได้ร่วมปฏิบัติงานกับทีมเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านร่มหลวงในการควบคุม ป้องกันโรคเรื้อรัง พบว่า แนวโน้มของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจากการรักษาและติดตามผลการรักษาผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยที่ป่วยทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วย

จำนวนมากยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเท่าที่ควร โดยในปี ๒๕๕๔ มีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้มีจำนวน ๘๗ ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่ป่วยทั้งสองโรค ๑๓๗ ราย และในจำนวน ๘๗ ราย จากการติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองและประวัติการรักษา พบว่า สามารถแบ่งได้เป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง มีจำนวน ๓๕ ราย หรือคิดเป็นร้อยละ ๔๐ ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายในระดับประเทศที่ตั้งเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตไว้ที่ร้อยละ ๕๐

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่ามีปัจจัยอะไรที่เกี่ยวข้องต่อความสามารถหรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การศึกษานี้สามารถนำมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการทำงานของ รพ.สต. บ้านร่มหลวง เพื่อช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

นิยามปฏิบัติการ:

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือด (Fast Blood Sugar:FBS) = 80-130 mg/dl และความดันโลหิต (Blood Pressure:BP) = 130/80 mmHg (JNC 7 Express, 2003)

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน ๒๐ ราย และครอบครัว/ญาติ ๒๐ คน และผู้เกี่ยวข้องได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ๗ คน และผู้นำชุมชน ๗ คน จากหมู่ ๔ หมู่ ๕ หมู่ ๖ หมู่ ๘ หมู่ ๙ หมู่ ๑๐ และหมู่ ๑๒ นายกเทศมนตรีตำบลแม่แฝก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.บ้านร่มหลวง ๓ คน รวมทั้งสิ้น ๕๘ คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดย ข้อมูลมือสองจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับการควบคุมโรค สัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยในประเด็นพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ร่วมกับการสังเกตการปฏิบัติตัว

ในโอกาสที่ออกเยี่ยมบ้าน สัมภาษณ์ครอบครัว/ญาติในประเด็นการดูแลผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้นำชุมชนและผู้นำท้องถิ่นในประเด็นปัจจัยแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อ/ไม่เอื้อต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย การสนทนากลุ่มย่อยกับกลุ่มญาติและครอบครัว ผู้นำชุมชน/ผู้นำท้องถิ่น ในประเด็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรวมถึงมาตรการป้องกันในกลุ่มเสี่ยง ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าและการการสะท้อนข้อมูลให้แก่ผู้เกี่ยวข้อง ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงปริมาณโดยหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยและการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยเน้นการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยพิจารณาจากแบบแผนความสัมพันธ์ของข้อมูลตามแนวทางการวิเคราะห์โดยเริ่มจากการจำแนกกลุ่มกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตได้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมได้ จากนั้นทำการวิเคราะห์โดยพิจารณาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ส่วน มาวิเคราะห์ได้แก่ ส่วนที่หนึ่ง ปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต ได้แก่ บริโภคไม่ถูกส่วน (กินหวาน เค็ม มัน) บริโภคผักผลไม้ไม่พอ ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด

และการขาดหรือไม่กินยาตรงเวลาและสม่ำเสมอ รวมถึงไม่พบแพทย์ตามกำหนดนัด ส่วนที่สอง วิเคราะห์ปัจจัยภายนอกทั้งทางด้านเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อม รวมถึงระบบบริการสาธารณสุขของ รพ.สต.ร่มหลวงที่เอื้อหรือไม่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่ข้อสรุปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่ตั้งไว้ ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคม 2554 - เดือนธันวาคม 2554 รวมระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น 12 เดือน

ผลการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ราย ชาย 5 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 25 หญิง 15 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 75 อายุอยู่ในช่วง 50 - 75 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม 5 ราย รับจ้าง 6 ราย ค้าขาย 2 ราย และเป็นแม่บ้าน 7 ราย มีรายได้ 15 ราย ตั้งแต่ 2,500 – 6,000 บาท ที่เหลือได้รับเพียงเบี้ยผู้สูงอายุ สถานภาพโสด 1 ราย ระยะเวลาเป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวานตั้งแต่ 1 – 3 ปี ในผู้ป่วย 20 ราย มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (FBS 80-130 mg/dl) และความดันโลหิต (130/80 mmHg) ได้ดี มีจำนวน 7 ราย คิด

เป็นร้อยละ 35 และผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ ร่าย หรือคิดเป็นร้อยละ 65 ดังตารางที่ 1
น้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตได้ มีจำนวน 13

ตารางที่ 1 การควบคุมความดันโลหิตและน้ำตาลกับการมีพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย

รายที่ (BMI)	ระดับน้ำตาล (80-130 mg/dl) ความดันโลหิต (< 130/80 mmHg)			ผลการ ควบคุม	พฤติกรรมเสี่ยง
	ต้นปี	กลางปี	ปลายปี		
รายที่ 1 (30.01)	184 148/82	212 142/80	154 171/84	ไม่ดี	ชอบทานอาหารรสจัด ทานอาหารไม่ตรงเวลา อาหาร เข้าไม่ได้ทานบ่อยๆ ชอบทานข้าวเหนียว เพราะทาน ข้าวข้าวจะไม่มีแรง ไม่ออกกำลังกายและไม่ทานยา ตามเวลา และไม่ไปรับยาตามนัดอยู่บ่อยครั้ง จะไปก็ ต่อเมื่อยาหมด เนื่องจากลืมด้วย และไม่มีเวลาดูด้วย ต้องทำงานตั้งแต่เช้า ส่วนใหญ่ไม่ทานอาหารเช้า ดื่ม สุราสัปดาห์ละ 2-3 วัน
รายที่ 2 (23.93)	141 183/80	148 149/77	152 214/91	ไม่ดี	ทานอาหารรสจัด หวาน มัน เค็ม และทานอาหารพวก ไข่สัปดาห์ละ 4 ครั้ง ไม่ออกกำลังกายและคลาย กล้ามเนื้อ เนื่องจากเหนื่อยจากการทำงานอยู่แล้ว แต่ ไปรับยาตามแพทย์ทุกครั้ง
รายที่ 3 (18.55)	147 122/69	232 115/61	290 136/58	ไม่ดี	ทานอาหารไม่ตรงเวลา และอดไม่ได้กับการทาน อาหารรสหวาน มัน ดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำ ไม่ค่อย ออกกำลังกายเนื่องจากเหนื่อยจากงานซึ่งค่อนข้าง หนัก และไม่เคยคลายกล้ามเนื้อ และเคยลืมทานยา ความดันโลหิต บ่อยๆ เพราะลืม พบแพทย์ตามนัดก็ ไปบ้างไม่ไปบ้าง

ตารางที่ 1 การควบคุมความดันโลหิตและน้ำตาลกับการมีพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย (ต่อ)

รายที่ (BMI)	ระดับน้ำตาล (80-130 mg/dl) ความดันโลหิต (< 130/80 mmHg)			ผลการ ควบคุม	พฤติกรรมเสี่ยง
	ต้นปี	กลางปี	ปลายปี		
รายที่ 4 (24)	171 160/100	130 131/76	194 162/97	ไม่ดี	ไปพบหมอและรับยาตามนัดทุกครั้ง แต่ทานยาไม่ ค่อยตรงเวลา ออกกำลังกายบ้างถ้ามีเวลา ประมาณ 5- 10 นาที ด้วยการบริหารข้อเท้า แขน ขา อาหารจะทาน รสจัด อาหารประเภทไข่ ทานบ่อยครั้ง รวมถึงขนม หวาน พยายามลดแต่ยังทำไม่ได้
รายที่ 5 (30)	96 150/93	120 134/83	113 144/89	ไม่ดี	ทานอาหารไม่ตรงเวลา ดิดในรสชาติอาหารและกิน เค็มเป็นประจำ ทานอาหารประเภทไข่และขนมหวาน 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ออกกำลังกายบ้าง ประมาณ 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ด้วยการเดิน ยกแขน ประมาณ 5-10 นาที ต่อครั้ง เรื่องการกินยา ลืมกินบ้างบางมื้อเนื่องจาก ทำงานเพลิน พบหมอดตามนัดทุกครั้ง
รายที่ 6 (19)	102 140/70	130 149/81	106 155/74	ไม่ดี	กินอาหารไม่ค่อยตรงเวลา และกินอาหารรสเค็ม ออก กำลังกายบ้างด้วยกายบริหารและบริหารเท้าทุกวัน รวมถึงการยืดกล้ามเนื้อ ไปปรับยาตามเวลาไม่เคยคิด นัด
รายที่ 7 (26)	133 140/70	105 172/83	92 110/79	ไม่ดี	ดื่มเหล้าบ้าง 2-3 สัปดาห์ต่อครั้ง ทานอาหารที่มีรส เค็มเป็นประจำ และอาหารที่ชอบมากประเภทแกง กระเทียม ขาหมู ข้าวมันไก่ ซึ่งกินเป็นประจำ ออกกำลัง กายบ้างด้วยกายบริหารและการเดิน แต่ไม่ทำเป็น ประจำ มีลืมหานยาบ้าง แต่พบหมอทุกครั้ง
รายที่ 8 (32)	138 170/90	126 136/89	125 118/78	ดี	คุมเรื่องอาหารได้ โดยหลีกเลี่ยงอาหาร หวาน มัน เค็ม มีปรุงรสบ้าง นานๆ ครั้ง ออกกำลังกายบ่อยครั้งแต่ไม่ สม่ำเสมอด้วยการเดิน ประมาณ 30 นาทีถึงหนึ่ง ชั่วโมงต่อครั้ง มีการบริหารเท้าประมาณ 3-5 ครั้งต่อ สัปดาห์ เรื่องการกินยาก็มีลืมหานบ้าง ไปพบหมอทุก ครั้งแต่ไม่ตรงนัดบ้างบางครั้ง

ตารางที่ 1 การควบคุมความดันโลหิตและน้ำตาลกับการมีพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย (ต่อ)

รายที่ (BMI)	ระดับน้ำตาล (80-130 mg/dl) ความดันโลหิต (< 130/80 mmHg)			ผลการ ควบคุม	พฤติกรรมเสี่ยง
	ต้นปี	กลางปี	ปลายปี		
รายที่ 9 (22.22)	96 140/70	112 111/82	101 130/60	ดี	ทานอาหารตรงเวลาเป็นบางครั้ง แต่มีการควบคุม ประเภทและรสชาติอาหารให้พอเหมาะ ออกกำลังกาย ประมาณ 3 วันต่อสัปดาห์ ด้วยการเดินประมาณครึ่ง ชั่วโมง มีลิ้มกินยาบ้าง แต่ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
รายที่ 10 (23.40)	120 159/76	103 140/83	82 130/80	ดี	ทานอาหารตรงเวลาเป็นบางครั้ง แต่มีการควบคุม ประเภทและรสชาติอาหารให้พอเหมาะ นานๆ ครั้งถึง จะได้ทานขนมหวานและอาหารประเภท ดับ เครื่องใน เนื้อสัตว์ ออกกำลังกายประมาณ 1 วันต่อสัปดาห์ ด้วย การวิ่งเหยาะประมาณ 15-20 นาที กินยาตามเวลาและ ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
รายที่ 11 (27.34)	122 141/79	120 149/77	118 166/77	ไม่ดี	ทานอาหารตรงเวลาบางครั้ง และทานอาหารที่มีรส เฝื่อน ออกกำลังกายบ้างแต่ไม่ประจำด้วยการเดิน ประมาณ 15 นาทีต่อครั้ง มีคลายกล้ามเนื้อบ้าง 2 ครั้ง/สัปดาห์ สัม ภาษณ์บางครั้ง แต่พบแพทย์ทุกครั้งที่นัด
รายที่ 12 (20.81)	111 121/62	120 112/69	95 110/60	ดี	ทานอาหารตรงเวลาบางครั้ง และทานอาหารที่มีรสชาติ พอเหมาะ ออกกำลังกายประจำประมาณ 3 ครั้งต่อ สัปดาห์ด้วยการเดินและกายบริหารประมาณ 30 นาที มี คลายกล้ามเนื้อ 3 ครั้ง เรื่องการทานยาทานตามเวลา ไม่เคยลืม และพบแพทย์ตามนัด
รายที่ 13 (19.89)	103 130/64	107 159/75	126 189/70	ไม่ดี	ทานอาหารตรงเวลาแต่ชอบทานอาหารรสเฝื่อน และ ชอบทานขนมหวาน น้ำหวาน และน้ำอัดลมมาก พยายามปรับแต่ทำได้น้อย ไม่ค่อยออกกำลังกายเพราะ ทำงานมาเหนื่อยและคิดว่าเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว แต่ มีการคลายกล้ามเนื้อบ้าง มีการดูแลความสะอาดเท้า และบริหารเท้าเป็นประจำ ทานยาไม่ตรงเวลาบ้าง แต่ พบแพทย์ตามนัด

ตารางที่ 1 การควบคุมความดันโลหิตและน้ำตาลกับการมีพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย (ต่อ)

รายที่ (BMI)	ระดับน้ำตาล (80-130 mg/dl) ความดันโลหิต (< 130/80 mmHg)		ผลการ ควบคุม	พฤติกรรมเสี่ยง
	ต้นปี	กลางปี		
รายที่ 14 (28.30)	94 136/76	125 125/76	107 149/85	ไม่ดี ทานอาหารไม่ตรงเวลา ทานเหล้าบ้าง 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ชอบทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ และอาหารปรุงรสที่ค่อนข้างเค็ม ทานยาตามเวลาครบทุกชนิด และพบแพทย์ทุกครั้งแต่ไม่ตรงนัด
รายที่ 15 (21.35)	141 123/82	122 127/97	136 145/84	ไม่ดี ทานอาหารไม่ตรงเวลา บางครั้งไม่ทานมื้อเช้า ทานยาครบทุกชนิดแต่ไม่ตามเวลา แต่แพทย์ตามนัดทุกครั้ง แต่ไม่ออกกำลังกายเนื่องจากต้องทำงานหนักไม่มีเวลา คิ้มเหล้าบ้างนานๆ ครั้ง แต่บริหารเท้าประมาณ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นคนที่ทำงานด้วยการยกของหนักเป็นประจำ ชอบทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์
รายที่ 16 (24.24)	109 139/83	103 143/90	109 130/78	ดี ทานอาหารตรงเวลาเป็นบางมื้อ แต่มีการควบคุมประเภทและรสชาติอาหารให้พอเหมาะ ไม่ทานอาหารประเภทไขมัน แต่ทานประเภทเนื้อสัตว์ นานๆ ครั้ง ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ด้วยการวิ่ง เดิน และกายบริหาร ประมาณ 30 นาทีถึง 45 นาที กินยาตามเวลาและไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
รายที่ 17 (29.90)	110 149/76	107 144/76	88 130/73	ดี ทานอาหารตรงเวลาเป็นส่วนมาก ชอบทานอาหารรสจืด นานๆ ที่มีการปรุงรสอยู่บ้าง เน้นทานปลา ไม่ทานอาหารประเภทไขมัน ไม่ทานขนม น้ำหวาน น้ำอัดลม ออกกำลังกาย 3 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ ด้วยการวิ่ง เดิน และแอโรบิค ประมาณ 30 นาทีถึง 45 นาที มีการบริหารเท้า 3-5 วันต่อสัปดาห์ กินยาตามเวลา และไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

ตารางที่ 1 การควบคุมความดันโลหิตและน้ำตาลกับการมีพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย (ต่อ)

รายที่ (BMI)	ระดับน้ำตาล (80-130 mg/dl) ความดันโลหิต (< 130/80 mmHg)			ผลการ ควบคุม	พฤติกรรมเสี่ยง
	ต้นปี	กลางปี	ปลายปี		
รายที่ 18 (29.89)	110 122/66	148 106/72	125 111/72	ดี	ทานอาหารตรงเวลาทุกมื้อ โดยส่วนใหญ่จะทานอาหารรสจืด นานๆ จะปรุงรสอยู่บ้าง เน้นทานปลา ทานอาหารประเภทไขมัน ขนมหวาน ไข่ทานบ้าง นานๆ ครั้ง ออกกำลังกาย 3 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ ด้วยการเดิน ประมาณ 30 นาที มีการบริหารเท้าน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ กินยาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
รายที่ 19 (25.39)	87 137/68	84 134/73	98 170/81	ไม่ดี	ทานอาหารตรงเวลา ชอบทานอาหารรสค่อนข้างเค็ม ทานไข่ ทานขนมหวานและอาหารประเภทไขมันบ้าง แต่ไม่บ่อย ออกกำลังกายด้วยการทำงานบ้านประมาณ 20 นาทีต่อครั้ง ลืมทานยาบ้างแต่ไปพบแพทย์ทุกครั้ง
รายที่ 20 (27.19)	188 140/90	123 104/69	130 140/81	ไม่ดี	ทานอาหารตรงเวลาบางมื้อ ชอบทานอาหารรสจืด มีบ้างนานๆ ครั้งที่ทานอาหารปรุงรส แต่ไม่ทานขนม น้ำหวานและน้ำอัดลม ไม่ค่อยออกกำลังกายเพราะอายุมากประกอบกับปวดเข่า เดินไม่ค่อยสะดวก ทานยาตามเวลาทุกชนิดที่หมอจ่ายมาให้ และพบแพทย์ทุกครั้งตามนัด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต

1. ปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิต

จากการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและ

ความดันโลหิต ได้แก่ บริโภคไม่ถูกส่วน (เกิน หวาน เค็ม มัน) บริโภคผักผลไม้ น้อย ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด และการขาดหรือไม่กินยาตรงเวลาและสม่ำเสมอ รวมถึง ไม่พบแพทย์ตามกำหนดนัด ในกลุ่มผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มผู้ป่วยสองกลุ่ม มีปัจจัยเสี่ยงหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงแตกต่างกันอย่างเห็นได้

ในทุกด้าน ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต ยังคงบริโภคอาหารไม่ถูกส่วน ชอบทานอาหารรสจัด ส่วนใหญ่ทานอาหารที่มีรสเค็ม ชอบอาหารประเภทแป้ง เนื้อสัตว์ บางรายชอบอาหารประเภทแกงกระทิ ขาหมู ข้าวมันไก่ บางรายยังมีการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ (2 ราย) ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ส่วนมากให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาและเหนื่อยจากการทำงานมาอยู่แล้ว และมีบางรายอายุมากและมีอาการปวดเข่าไม่สามารถออกกำลังกายได้ ส่วนในเรื่องความเครียด พบว่าผู้ป่วยทุกรายมีความเครียด เริ่มจากความกลัว ความกังวลต่างๆ เมื่อทราบว่า ตนเองป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและป่วยเป็นโรคเบาหวาน กลัวโรคแทรกซ้อน กลัวเป็นภาระของครอบครัว กลัวไม่ได้อยู่กับลูกหลาน กังวลว่าใครจะหาเลี้ยงและดูแลครอบครัวในผู้ป่วยที่ต้องเป็นผู้หารายได้หลัก ฯลฯ ความกลัวกลายเป็นเครียด แต่ในระยะต่อมา ในกลุ่มที่สามารถควบคุมได้จะมีความเครียดลดลงเนื่องจากมีความสบายใจและคลายกังวลมากขึ้น เมื่อรู้ผลจากการตรวจว่า สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตตามเกณฑ์ได้

นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้นั้น มี 9 รายมักจะลืมทานยาบ่อยๆ และทานยาไม่ถูกตาม

แพทย์สั่ง เช่น ยาเบาหวานต้องทานก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง แต่คนไข้ทานยาแล้วทานข้าวเลย หรือบางรายทานยาหลังอาหาร และมีผู้ป่วย 2 รายไม่ไปรับยาและพบแพทย์ตามกำหนดนัด นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า มีผู้ป่วยบางรายมีความเข้าใจที่ผิดในเรื่องการกินยา มีการปรับและลดยาเอง โดยคิดเอาเองว่าทานยามากจะเป็นอันตราย “ทานยาเยอะตามที่หมอสั่งแล้วไฉะฉานเลยทานยาน้อย” มีบางรายซื้อยามาทานเอง “ก็ซื้อยา ลูกกลอนมาทานนะหมอ ได้ยินจากโฆษณาทางวิทยุบ้าง คนในหมู่บ้านแนะนำก็มี ก็เลยลองซื้อมาทาน” ผู้ป่วยหลายราย “ทานยาบางอย่าง เช่น ยาลดน้ำตาลบ่อย (เพื่อใช้ผลข้างเคียงทำให้หลับง่าย) หาว่าไม่รู้ว่ายาลดน้ำตาลจะไปลดระดับฤทธิ์ของยาเบาหวาน” ส่วนสาเหตุสำคัญที่ไม่ไปพบแพทย์และรับยาตามกำหนด เนื่องจากความกลัวและอาย “กลัวหมอบ่น” “กลัวทำใจไม่ได้” และ “กลัวคนในครอบครัวบ่น” ถ้ารู้ว่าการตรวจออกมาไม่ดีและบางรายให้เหตุผลว่า “อายเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันเอง”

จากการทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า จากคะแนนเต็ม 18 คะแนน ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตที่ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.05 คะแนน และ

มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 12.05 คะแนน เมื่อนำมาจัดกลุ่มตามกลุ่มผู้ป่วยสองกลุ่ม จากตารางที่ ๒ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต เนื่องจากยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่าค่าเฉลี่ยถึง 10 ราย จาก 13 ราย แม้ความรู้เกี่ยวกับโรคอาจจะไม่ได้เป็นปัจจัยชี้ขาด

ถึงการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือไม่ อย่างไรก็ตามในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากการตอบแบบทดสอบความรู้ผู้ป่วยยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องอย่างน้อยสองเรื่อง หนึ่งคือความรู้เกี่ยวกับยา ซึ่งมีผู้ป่วยมากถึง 18 ราย จาก 20 ราย หรือร้อยละ 90 มีความเข้าใจผิด และสอง ไม่ทราบว่า อาหารตัวไหนมีน้ำตาลสูง หรือผลไม้อะไรควรทานถ้าเป็นโรคเบาหวาน

ตารางที่ ๒ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแยกตามกลุ่มกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถและไม่สามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิต

กลุ่มผู้ป่วย	จำนวน (ราย)	ความรู้เรื่องโรคความดัน		ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	
		ค่าเฉลี่ย 14.05 คะแนน		ค่าเฉลี่ย 12.05	
		ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	สูงกว่าค่าเฉลี่ย	ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	สูงกว่าค่าเฉลี่ย
มีพฤติกรรมเสี่ยงน้อย	7 ราย	3 ราย	4 ราย	3 ราย	4 ราย
มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง	13 ราย	10 ราย	3 ราย	3 ราย	10 ราย
รวม	20 ราย	13 ราย	7 ราย	6 ราย	14 ราย

การสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิต เบาหวาน ขึ้นอยู่กับ ความเชื่อ ความรู้สึกและความคุ้นชิน ทางด้านความรู้สึก ความเชื่อของผู้ป่วยส่วนใหญ่ “กินข้าวจ้าวแล้วรู้สึกไม่มีแรง ผู้ข้าวเหนียวไม่ได้” หรือ “ชอบ

ทานมะม่วงสุกกับข้าวหนึ่ง เพราะอิมท้อง มีแรงทำงาน” หรือ “กินคำสองคำคงไม่เป็นไรมั้ง?” หรือ “ไหนๆก็ป่วยแล้ว ไม่นานก็ตาย อยากกินอะไรหรือมีอะไรก็กินๆ ไปเถอะ ยาที่หมอสั่งก็กินอยู่นะ” หรือ “ทำใจได้ละ เป็นแม่ค้าขายขนมหวาน ก็ต้องชิม”

นอกจากนี้ยังพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตได้ มีจำนวน 10 ราย จาก 13 ราย หรือร้อยละ 77 มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน โดยดูจากดัชนีมวลกาย Body Mass Index (BMI) ที่เกินค่าปกติที่ 18.5-23.4 ได้แก่ ในรายที่ 1, 2, 4, 5, 7, 11, 14, 15, 19 และ 20

2. ปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการควบคุม น้ำตาลและความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

การศึกษาปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้อง ก็เพื่อที่จะเข้าใจถึงสภาพและเงื่อนไขแวดล้อมที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วย 7 รายที่สามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตจากการที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และในผู้ป่วย 13 ราย ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงหรือไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ จากการศึกษา พบว่า มีปัจจัยที่สำคัญ ดังนี้

2.1 ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม

2.1.1 การสนับสนุนและดูแลจากครอบครัว/ญาติ

ครอบครัว/ญาติของผู้ป่วยทั้ง 20 ราย มีการสนับสนุนและดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านการคุมอาหาร การออกกำลังกาย การให้กำลังใจ ดูแลเรื่องการกินยา และการรับส่งผู้ป่วยเพื่อมารับยาตามนัด โดยทุกครอบครัวเห็นว่า ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยคือ ปัญหาสุขภาพของครอบครัวโดยรวม “ผู้ป่วยเครียด ครอบครัวก็เครียดไปด้วย ยิ่งถ้าดูแลได้ไม่ดี เป็นโรคแทรกซ้อน ครอบครัวก็ยิ่งมีภาระหนักขึ้น” อย่างไรก็ตาม จากการศึกษา พบว่า การสนับสนุนผู้ป่วยทั้งในเชิงปริมาณ ซึ่งหมายถึงการได้ให้การสนับสนุน และการสนับสนุนเชิงคุณภาพ คือ การสนับสนุนที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย มีความแตกต่างกันในครอบครัวสองกลุ่ม

กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตได้ ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงน้อยจำนวน 7 ราย เนื่องจาก สัมพันธภาพและการสื่อสารภายในครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก (ทั้ง 7 ครอบครัว) ประกอบกับจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากพอ (4-6 คน) และมีการจัดการภายในครอบครัว มีการแบ่งบทบาทในการช่วยกันดูแล “ก็ต้องช่วยกัน ถึงแม้แต่ละคนจะยุ่งและมีความจำเป็นต้องทำ แต่ก็สลับกัน โดยจะคอยกันอยู่ตลอด” ครอบครัวจึงสามารถสนับสนุนผู้ป่วยได้อย่าง

ต่อเนื่องและมีคุณภาพ เช่น การควบคุมและจัดการเรื่องอาหารอย่างจริงจัง ลดหวาน มัน เค็ม ผู้ป่วยรายหนึ่งให้ข้อมูลว่า “ที่บ้านเน้นอาหารพื้นบ้าน ต้องทำอาหารเอง จะได้คุมได้เพราะผู้ป่วยชอบทานเค็ม” มีการดูแลและให้ผู้ป่วยระวังการเป็นแผลที่สำคัญคือด้านกำลังใจเพื่อลดความเครียด ด้วยการสื่อสารที่สะท้อนถึงความเป็นห่วงเป็นใย มักจะถามไถ่อาการและความรู้สึกบ่อยๆ ที่สำคัญคือ การที่สมาชิกครอบครัวเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพร่วมกัน ไม่เพียงแต่เตือนหรือบอก แต่ชวนและร่วมทำกิจกรรมที่ลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ออกกำลังกายด้วยกัน ทานข้าวร่วมกัน ชวนดูหนังฟังเพลง ไปวัดทำบุญ นั่งสมาธิ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องมากขึ้น

สำหรับ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตได้ ที่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงจำนวน 13 ราย พบว่า มี 2 ครอบครัวที่สัมพันธ์ภาพและการสื่อสารภายในครอบครัวไม่ดี ขัดแย้งกันอยู่บ่อยๆ มี 6 ครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อย) 2-3 คนและใน 6 ครอบครัวมี 2 ครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นผู้นำครอบครัว ซึ่งต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว และยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่มาก เนื่องด้วยความเป็นที่ทำงาน

หนักและหักโหมเพื่อรายได้ พักผ่อนน้อย ไม่ค่อยออกกำลังกาย ทานอาหารไม่ตามเวลา ลืมทานยาบ่อย ทำให้การสนับสนุนและดูแลผู้ป่วยทำได้ไม่เต็มที่ พยายามทำให้ดีที่สุดเท่าที่ทำได้ เช่น รับส่งไปพบแพทย์ตามนัดแต่ทำได้บางครั้ง เตือนเรื่องอาหารหรือ พยายามโน้มน้าวและขอให้อดเค็มเหลือ แต่ก็ไม่ค่อยได้ผล ผู้ป่วยสะท้อนว่า “ทำได้แค่เตือนเรื่องวันนัด และการกินยา พุดมากไม่ได้ ผู้ป่วยจะอารมณ์เสีย” “ผู้ป่วยค่อนข้างคือ ก็เข้าใจเขาว่าเขามีภาระที่ต้องทำงานหาเงินมาเลี้ยงครอบครัว” หรือแม้แต่เรื่องการควบคุมอาหาร มี 2 ราย เนื่องจากชอบทานเค็มก็จะทำอาหารทานเอง “คนอื่นทำไม่อร่อย ไม่ถูกปาก ทำให้ก็ไม่ทาน ก็ไม่รู้จะทำยังไง” ส่วนอีก 7 ครอบครัว แม้ว่าจะมีสมาชิกมาก 4-9 คน แต่ก็มีเวลาดูแลผู้ป่วยน้อยเนื่องจากต้องทำงานและบางส่วนไม่มีการจัดการในครอบครัวที่ดี “ต่างคนต่างทำงาน ต่างคนต่างคิดว่าคงมีพี่น้องช่วยกันดูแลอยู่แล้ว เลยไม่มีใครให้เวลาในการมาดูแล” ตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง ต้องใช้ยาเบาหวานชนิดฉีด ต้องรอถูก รออนุติเป็นคนฉีดหรือจัดยาให้ ถ้าวันไหนลูกไม่ว่างก็จะไม่ได้รับยามื้อนั้นไป หรืออีกรายหนึ่งในเรื่องการควบคุมอาหาร “อาหารแล้วแต่ลูกๆ ซื้อมา เลือกไม่ได้”

2.1.2 ปัจจัยคุกคาม/สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อ

จากการศึกษา พบว่า ชุมชนในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านร่มหลวง ตำบลแม่แฝก มีปัจจัยคุกคามและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่

การเกษตรที่ใช้สารเคมีและยาปราบศัตรูพืช เนื่องจากพื้นที่ทำการเกษตรส่วนใหญ่ของตำบลแม่แฝก เป็นการทำการเกษตรที่ใช้สารเคมีและยาปราบศัตรูพืช จากผู้ป่วยจำนวน 20 ราย มีผู้ป่วย 11 ราย (ทำการเกษตร 5 ราย และรับจ้าง 6 ราย) มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับสารเคมีและยาปราบศัตรูพืชปนเปื้อนในร่างกาย นอกจากสารเคมียังพบว่าการเลี้ยงอาหาร/เครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อการควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิต “ไปรับจ้างช่วยงานปลูกนา นายจ้างเลี้ยงน้ำหวาน เหล้า เบียร์ เพราะปฏิเสธไม่ได้ เกรงใจนายจ้าง เลยต้องทาน” และเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ รับประทานอาหารจากตลาด มากกว่าทำอาหารเอง ทำให้ไม่สามารถควบคุมคุณภาพของอาหารที่นำมารับประทานได้ ทั้งอาหารที่ปนเปื้อนสารเคมีและอาหารที่มีการปรุงรสที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย

การเลี้ยงอาหารในงานบุญประเพณี งานศพ งานแต่งงาน และงานชุมชนอื่นๆ ซึ่งในแต่ละปีจะมีงานต่างๆ เหล่านี้อยู่บ่อย ประกอบกับการจัดงานเลี้ยงในรูปแบบใหม่ๆ ตามค่านิยมสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น งานวันเกิด งานฉลองรับปริญญา ฯลฯ มักเป็นอาหารที่นิยมปรุงรสด้วยผงชูรส เกลือ น้ำปลา โดยเฉพาะอาหารที่คนในพื้นที่นิยมบริโภค ส่วนใหญ่ก็ต้องปรุงรสชาติเต็ม “น้ำปลา เกลือนี่ขาดไม่ได้ ถ้าขาดไปอาหารจะหมดรสชาติ ยังเป็นงานเลี้ยงคนส่วนใหญ่ ยังต้องทำให้ถูกใจแขกที่ร่วมงาน” ซึ่งเป็นวิถีวัฒนธรรมการบริโภคของสังคมที่สั่งสมมาอย่างยาวนาน ผู้ป่วยทุกรายก็ทราบว่า ตนเองต้องควบคุมอาหารแต่ก็ปฏิบัติไม่ค่อยได้ “เวลาไปร่วมงานต้องทานอาหารตามที่เจ้าภาพจัดเลี้ยงหลีกเลี่ยงไม่ได้” หรือ “มันอดไม่ได้หมด ต้องกินนิดหน่อยก็ยังดี ก็รู้ว่าจะทำให้น้ำตาลและความดันสูง” ส่วนเครื่องดื่มที่เลี้ยงก็มักจะเป็นประเภตน้ำหวาน น้ำอัดลม ประกอบกับการเลี้ยงเหล้า-เบียร์ในปริมาณมาก “ในงานก็พาแท้ว ยังมีการเลี้ยงเหล้าตั้งแต่เช้าจนดึกเลยหมด”

นอกจากนี้ ในพื้นที่มีร้านเหล้าเบียร์จำนวนมาก ประชาชนสามารถเข้าถึงเหล้าได้ง่าย โดยเฉพาะร้านเหล้าตอง (ร้านขายเหล้าแบบแบ่งขาย) ที่เป็นที่ยินยมนักดื่มที่มักจะแวะดื่มก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วย 2 รายก็ใช้บริการร้านเหล้าตองเหล้าเนื้ออยู่เป็นประจำที่มักจะแวะดื่มตอนเย็นหลังเลิกงาน และมีบ่อยครั้งที่ดื่มจนล้มทันทายมือเย็น

จากสภาพแวดล้อมและภัยคุกคามข้างต้น มีผลทำให้การควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตไม่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตจำนวน 13 ราย มีถึง 11 ราย หรือร้อยละ 85 ที่ผลการตรวจระดับน้ำตาลและความดันโลหิตในช่วงปลายปี จะสูงกว่าระดับน้ำตาลและความดันโลหิตในช่วงกลางปี เนื่องจากช่วงปลายปี ในหมู่บ้านและตำบลมีงานประเพณีและงานอื่นๆ บ่อยครั้งกว่าช่วงกลางปี จนกลายเป็นแบบแผนที่หมอมและเจ้าหน้าที่สามารถคาดเดาสาเหตุได้ และมักมีคำถามกับผู้ป่วยเสมอๆ ว่า “ช่วงนี้ในหมู่บ้านมีงานอะไรหรือ?” หรือ “เมื่อวานที่บ้านมีงานเลี้ยงแม่เลย ใช้นัยยะ?”

จากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน ในประเด็นภัยคุกคามและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อที่มีอยู่นั้น ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่เห็นว่า เป็นเรื่องธรรมดา ผู้นำ

คนหนึ่งสะท้อนว่า “การดื่มเหล้า เลี้ยงเหล้า ก็เป็นอย่างนี้มาตั้งนานละหมอ นาจิตตั้ง ถ้ามีงานอะไรแล้วไม่เลี้ยงเหล้า ชาวบ้านเค้าก็ว่า จี๋เหนียว ไม่สปอร์ต.ก็ไม่ว่าจะทำยังไง” และส่วนใหญ่เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นเรื่องของหมอที่ดูแลอยู่แล้ว ผู้นำก็พร้อมจะร่วมมือถ้าเจ้าหน้าที่ประสานมา อย่างไรก็ตาม พบบางชุมชนที่มีการลดปัจจัยคุกคามอยู่บ้าง เช่น หมู่ 12 บ้านหนองไผ่ มีการณรงค์และประชาคมเพื่อลดเหล้าในงานศพ หมู่ 4 บ้านร่มหลวง หมู่ 5 บ้านศรีงาม และหมู่ 9 บ้านพระธาตุ มีเครือข่ายผู้ปลูกผักอินทรีย์ เพื่อมีอาหารที่ปลอดภัยไว้บริโภค แต่ยังเป็นกลุ่มเล็กๆ จำนวนสมาชิกประมาณ 10 คน ซึ่งก็เป็นการเริ่มต้นที่ดี แม้ว่าจะยังไม่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงได้มากนักก็ตาม ส่วนของท้องถิ่นคือเทศบาลตำบลแม่แฝก ยังไม่มีบทบาทในการช่วยลดหรือจัดการกับภัยคุกคามข้างต้นที่ชัดเจน มีการสนับสนุนด้านสุขภาพอยู่บ้างเป็นกิจกรรมๆ ไป เช่น สนับสนุนโครงการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง สนับสนุนการรณรงค์ป้องกันและเฝ้าระวังเบาหวาน และสนับสนุนยานพาหนะแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. บ้านร่มหลวงในการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นต้น

2.2 ปัจจัยสนับสนุนอื่นๆ เพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตในผู้ป่วย

2.2.1 ระบบการบริการสุขภาพ

การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของ รพ.สต. บ้านร่มหลวงประยุกต์ใช้แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวมาปฏิบัติ โดยเป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยมีกระบวนการทำงานสำคัญๆ คือ (1) การทำความเข้าใจร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เริ่มจากการทำความเข้าใจสถานการณ์ความรุนแรงและแนวโน้มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ การประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และปัญหาและความท้าทายที่สำคัญๆ ที่ต้องแก้ไข รวมถึง การพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของทีมงานในการนำแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวไปใช้ (2) การคัดกรองโดยการเจาะเลือดวัดความดันโลหิตเพื่อจำแนกกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย (3) สะท้อนผลการคัดกรองเพื่อให้แต่ละคนรู้ว่า ตนเองกำลังเผชิญอะไรตระหนักในตัวโรค พร้อมกับทำที่ที่รับฟังและพร้อมจะเข้าใจเรื่องราวและเงื่อนไขของชีวิตของ

แต่ละคน รวมถึง การสร้างกำลังใจและช่วยให้ผู้ป่วย เห็น เชื่อมมั่นในศักยภาพของในการดูแลตนเอง (4) วางแผนการรักษาร่วมกันทั้งทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว/ญาติ โดยผู้ป่วยแต่ละรายจะมีสมุดพกส่วนตัวที่บันทึกผลการวัดความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดเพื่อเป็นเครื่องมือประเมินตนเองของผู้ป่วย (5) การติดตามผล 3 วิธี หนึ่งคือการพบแพทย์ตามนัด สอง อสม.ช่วยติดตามและ สาม ติดตามแบบมีส่วนร่วมโดยใช้เครื่องมือสำคัญคือ “การเยี่ยมบ้าน” ซึ่งนอกจากจะเป็นการติดตามผลการรักษา ยังมีประโยชน์อย่างมากต่อการเรียนรู้ของทุกฝ่ายในการเข้าใจเงื่อนไขความเป็นจริงและการแก้ปัญหาผู้ป่วยในแต่ละราย (6) การสร้างการเรียนรู้และเสริมความเข้มแข็ง (Empower) ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว/ญาติ อสม. และผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงทีมงาน และ (7) การประสานเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเพื่อการขับเคลื่อนงานอย่างบูรณาการ

ผลการปฏิบัติสามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและญาติ กล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนมาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตได้ 7 ราย สะท้อนว่า การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวและกำลังใจจากหมอ

และทีมงาน ช่วยลดความกังวลและความเครียดลงได้มาก อีกทั้งยังมีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น “จิตใจที่เวลาคุณหอบมาเยี่ยมบ้าน ทีมงานคุณหมอคุยดีคุยสนุก ให้กำลังใจตลอด มาถามได้ทุกอย่าง อยากให้มาเยี่ยมบ่อยๆ” แต่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตได้จำนวน 13 ราย พบว่า กว่าครึ่งทีมงานยังไม่มีบทบาทมากนักต่อการสนับสนุนผู้ป่วยที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ทั้งนี้เนื่องจากเหตุผลสำคัญ 3 ประการ ประการแรก ตัวผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่ว่าจะด้วยเงื่อนไขความจำเป็นทางเศรษฐกิจหรืออื่นๆ ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่องและติดตามผลการรักษาได้ยาก ประการที่สอง ผู้ป่วยต้องการรักษาแต่ครอบครัวขาดความพร้อม ทำให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านไม่ดีเท่าที่ควร และ ประการที่สาม ทีมงานมีภาระงานมากทำให้การติดตาม โดยเฉพาะการเยี่ยมบ้านและการเสริมศักยภาพการดูแลตนเองและศักยภาพของครอบครัวมีจำกัด ส่วนงานเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายให้มีเกิดการดำเนินงานแบบบูรณาการ และการสร้างความเข้มแข็งชุมชนในเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการลดปัจจัยคุกคาม ยังเป็นเพียงความคิด ยังไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

2.2.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

จากการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. มีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย โดยมีบทบาทที่สำคัญ ได้แก่ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอ การช่วยเหลือผู้ป่วย ในเวลาที่ครอบครัว/ญาติไม่สามารถดูแล เช่น การพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด การรับยาแทนกรณี que ผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาได้ด้วยตนเอง และบทบาทในฐานะตัวเชื่อมระหว่างผู้ป่วยและญาติ กับทีมสหวิชาชีพ โดยการติดตามผลการรักษา การติดตามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับทีมสหวิชาชีพในการวางแผนการรักษา

อภิปรายผล

จากศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงนี้ พบว่า จากผู้ป่วย 20 ราย มี 7 รายสามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิต ส่วนอีก 13 ราย ไม่สามารถควบคุมได้ ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงหรือการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและ

ความดันโลหิต และ ปังจัยภายนอกซึ่งประกอบด้วย ปังจัย ทางเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม และปังจัยสนับสนุนอื่นๆ

ในด้านปังจัยเสี่ยงหลักหรือการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการควบคุมควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิต ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิต ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งครอบคลุมถึง บริโภคไม่ถูกส่วน (เกิน หวาน เค็ม มัน) บริโภคผักผลไม้ น้อย ดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด และการขาดหรือไม่กินยาตรงเวลาตามคำสั่งแพทย์ รวมถึงไม่พบแพทย์ตามกำหนดนัด รวมถึงมีน้ำหนักเกินและอ้วน ซึ่งสอดคล้องกับ แบบแผนการบริโภคและการดำรงชีวิตที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ ในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553) ระบุถึงปังจัยเสี่ยงพื้นฐานที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพจากพฤติกรรมบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน มัน เค็มมากเกินไป กินผักและผลไม้ น้อย ขาดการออกกำลังกาย ไม่สามารถจัดการกับ

อารมณ์และความเครียด สูบบุหรี่และดื่มสุราหรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ดังนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง จึงจะสามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตได้ สอดคล้องกับ วิชัย เทียนถาวร (วิชัย, 2555) เสนอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญของการทำงานในการป้องกันควบคุมโรคเรื้อรัง เช่น เสนอหลัก 3 อ. อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ซึ่งเป็นการสร้างวัคซีนชีวิต หรือภูมิคุ้มกันให้กับตัวเอง เป็น “คำตอบ” ของการลดปัญหาความรุนแรงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนปังจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ (1) การสนับสนุนของครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิต สอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนรัตน์ จเจริญและคณะ (วัฒนรัตน์และคณะ, 2551) ค้นพบปังจัยในเรื่องครอบครัว พบว่า สมาชิกครอบครัวมีบทบาทอย่างมากในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำเพื่อดูแลตนเองด้วยการยอมรับและเข้าใจผู้ป่วย ไม่สร้างแรงกดดัน ความเอื้ออาทรของญาติต่อผู้ป่วย รับประทานอาหารที่มีรสชาติอ่อนหวาน อ่อนเค็ม

ร่วมกับผู้ป่วย ออกกำลังกายของญาติพร้อมผู้ป่วย เป็นการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดูแลตนเอง กรณีผู้ป่วยที่ยังมี พฤติกรรมเสี่ยงหลักและไม่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลและความดันโลหิตได้น้อย 2 ราย ที่มี เจ็บใจในการปรับตัวได้ยาก ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ ครอบครัว ความเครียด ซึ่ง สอดคล้องกับ เลอแมน (Lerman, 2005) ที่ว่า กลุ่มที่ปรับตัวไม่ได้ จะมี มุมมองชีวิตในแง่ลบ กลุ่มใจ เครียด คับข้องใจ หงุดหงิด เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดห่อใจ เป็นแล้ว ไม่หาย พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นเรื่องยุ่งยาก ซ้ำซ้อนและไม่สะดวก ประกอบกับบางรายมี ปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว มีภาวะเครียด จากการประกอบอาชีพ เหล่านี้เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้ การเผชิญหน้าปัญหาไม่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (2) ภัยคุกคาม และสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อผู้ป่วย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง จากผล การศึกษา ยังคงมีปัจจัยคุกคาม หรือไม่เอื้อต่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยอยู่มากใน ชุมชน ทั้งทางด้านอาหารที่ไม่เหมาะสมกับการ ควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิต การเข้าถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้ง่ายและปัจจัยแวดล้อม อื่นๆ สอดคล้องกับสุพัตรา ศรีวนิชชากร และคณะ (สุพัตราและคณะ, 2553) ที่ได้สังเคราะห์ความรู้

เกี่ยวกับการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่ง เสนอว่า การทำงานเชิงรุกในชุมชน คือการที่มุ่งเข้าไป จัดการที่ปัจจัยความเสี่ยงและเสริมปัจจัยที่สร้าง สุขภาพในระดับชุมชน ที่จะเป็นแรงหนุนเสริม โอกาสให้กับระดับบุคคลในการปรับเปลี่ยนและมี พฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้โดยที่ชุมชนเป็นเจ้าของ ปัญหาด้วยตนเอง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิโรจน์ เจริญจรัสรังสี (วิโรจน์, 2554) เสนอ ใน ระดับนานาชาติกำลังสนใจ “ต้นแบบการดูแลโรค เรื้อรังภาคขยาย” (Expanded chronic care model) จากการผสมผสานการดูแลผู้ป่วยโดยระบบบริการ ซึ่งเป็นการสนับสนุนการดูแลตัวเอง การบริการเชิง รุก การสนับสนุนการตัดสินใจ ฐานข้อมูลทาง คลินิก เข้ากับการดูแลที่ครอบคลุมประชากรที่ยัง ไม่ป่วยในชุมชนด้วย โดยเน้นการสร้างนโยบาย สาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ สร้างสภาพแวดล้อมที่ เอื้อ เสริมความเข้มแข็งชุมชน

ส่วนปัจจัยสนับสนุนได้แก่ ระบบบริการ สาธารณสุข รวมถึง อสม. ที่สามารถสนับสนุนและ เสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถ และกำลังใจในการดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่อง ด้วย การทำงานของทีมสหวิชาชีพ และ อสม. ในการให้

คำแนะนำการปฏิบัติตัว ติดตาม เยี่ยมเยียน ซึ่งสอดคล้องกับอมรรัตน์ ภิรมย์ชม และอนงค์ หาญสกุล (อมรรัตน์และอนงค์, 2554) พบพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มี 4 ตัวแปร คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเบาหวาน รายได้ และการรับรู้ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้าย และสอดคล้องกับ กสิวัฒน์ ศรีประเสริฐ (กสิวัฒน์, 2555) ที่พบว่า ระบบบริการสาธารณสุขที่เน้นการทำงานเชิงรุก ทีมสหวิชาชีพสามารถวิเคราะห์บริบทของผู้ป่วย และครอบครัว สร้างความสัมพันธ์ระหว่างกัน ลด ช่องว่างของความกลัว ความอาย และสามารถเสริมพลัง (Empower) ทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว ติดตามเยี่ยมเยียนอย่างต่อเนื่อง จะสามารถดูแล ได้ผลกว่า การทำงานตั้งรับที่เน้นการรักษา โดยเฉพาะการรักษาอวัยวะที่เจ็บป่วยเพียงอย่างเดียว

โดยสรุป การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญได้แก่ การลด ละ พฤติกรรมเสี่ยงหรือปัจจัยเสี่ยงหลัก และการที่ผู้ป่วยจะสามารถปรับพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ได้หรือไม่ นั่น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยเพียงลำพังเท่านั้น

แต่ต้องการปัจจัยภายนอกเข้ามาสนับสนุน ซึ่งได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัว การลดปัจจัยที่คุกคามหรือไม่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีอยู่ในชุมชนท้องถิ่น คุณภาพของระบบบริการที่เน้นงานเชิงรุก เข้าถึงผู้ป่วยและให้การสนับสนุนตามเงื่อนไขของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม รวมถึงการเสริมความเข้มแข็งให้ครอบครัวและชุมชน ให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. สร้างความเข้าใจในเรื่องยาและการกินยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและครอบครัว/ญาติ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้
2. เสริมศักยภาพครอบครัวและญาติของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต เพื่อให้ครอบครัว/ญาติมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการลดปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย
3. ร่วมกับชุมชนและท้องถิ่นในการลดปัจจัยคุกคามและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น การรณรงค์หรือสร้างกระแสการลด

หวาน มัน เค็ม รวมถึงการลด หรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ ในงานประเพณีหรืองานสำคัญของหมู่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงและครอบครัวที่เข้าร่วมในการศึกษา ผู้นำชุมชน นายกเทศมนตรีตำบลแม่แฝกอสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่รพ.สต.บ้านร่มหลวง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันทรายที่ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน และให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กสิวัฒน์ ศรีประเสริฐ. วิฤติ “หมอด้วยใจ” คนไข้เดียวดาย. หนังสือพิมพ์คมชัดลึก. 2555 พฤศจิกายน 27; ทีมข่าวรายงาน พิเศษ: 3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล. แบบแผนการบริโภคและการดำรงชีวิตที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563.;2553: 7-11.

สุพัตรา ศรีวิชชากร. ปรับตัว ปรับระบบอย่างไรให้สอดคล้องกับโรคเรื้อรัง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2554; 2(6): 4-6.

สุพัตรา ศรีวิชชากร, สดงศ์ สุภผล, ทศนีย์ ญาณะและคณะ. กระบวนการพัฒนาระบบจัดการเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.). ใน: ลัดดา ดำริการเลิศ, บรรณาธิการบริหาร. การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2553: 41-123.

วิชัย เทียนถาวร. 30. วัคซีนชีวิตสร้างได้ด้วย “มือเรา”. หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน. 2555 กรกฎาคม 5; กระแสทรรศน์: 6. วิมลรัตน์ จงเจริญ, วันดี คหะวงศ์, รังศума อภิชาติ และคณะ. การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. สงขลา นครินทร์เวชสาร 2551; 26(1): 73-84.

- วิโรจน์ เจริญจรัสรังสี. ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง
ภาคขยาย. วารสารระบบบริการปฐมภูมิ
และเวชศาสตร์ครอบครัว 2554; 2(6): 48-
56.
- อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ์า, ภาณุภูมิ จง
พิริยะอนันต์. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่
ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2554. รายงานการเฝ้า
ระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
2556, 44: 146-148.
- Lerman I. Adherence to treatment: the key for
avoiding long-term complication of
diabetes. Arch Med Res 2005; 36: 300-6.