



การจัดการตนเอง การรับรู้อาการเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
(เบาหวานและความดันโลหิตสูง) จังหวัดสระบุรี

Self-management, perceived of warning signs and risks of complications,
and management for complications in chronically ill patients
(Diabetes Mellitus and Hypertension) in Saraburi province

ดร. ปฐยาวัชร ปรากฎผล

ดร. ยาวดี สุวรรณาคะ

ดร. อรุณี ไชยฤทธิ์

ดร. บุญสืบ โสโสม

นายสรวิทย์ สีสาน

เภสัชกรหญิงมยุรี สร้อยศรีสวัสดิ์

นางสำราญ จันทร์พงษ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ปี พ.ศ. 2558

คำนำ

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดสระบุรีและประเทศไทย โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เป็นพื้นฐานในการก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ตามมา อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อและก่อให้เกิดความเสียหายต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ การจัดการโรคเรื้อรังให้ประสบผลสำเร็จได้นั้นจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการจัดการตนเองที่เหมาะสม มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่สำคัญ ได้แก่การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และการจัดการความเครียด การควบคุมน้ำหนัก การงดสูบบุหรี่และดื่มสุรา การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดตามมาได้ นอกจากนี้แล้วการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการรับรู้อาการเตือน โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนเป็นสิ่งสำคัญที่ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน ดังนั้นการจะพัฒนาระบบการจัดการโรคเรื้อรังให้ประสบผลสำเร็จได้จำเป็นต้องศึกษาว่าในสถานการณ์จริงผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการจัดการตนเอง การรับรู้อาการเตือน โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนอย่างไร เพราะการจัดการตนเองถือเป็นหัวใจสำคัญของการจัดการโรคเรื้อรังที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการรับผิดชอบภาวะสุขภาพของตนเอง ร่วมกับการดูแลจากบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองให้มีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลทำให้การจัดการโรคเรื้อรังประสบผลสำเร็จต่อไป

คณะผู้วิจัย

เมษายน 2558

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
กิตติกรรมประกาศ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
คำถามการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	4
นิยามศัพท์	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
แนวคิดเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง	6
องค์ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานและความดันโลหิตสูง	8
ภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ที่พบบ่อย	24
แนวคิดการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	34
การจัดการตนเองที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)	39
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	46
รูปแบบการวิจัย	46
วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	48
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	49
การวิเคราะห์ข้อมูล	51
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	51

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	52
ข้อมูลเชิงปริมาณ	52
ข้อมูลเชิงคุณภาพ	85
บทที่ 5 การอภิปรายและสรุปผลการวิจัย	116
บรรณานุกรม	137
ภาคผนวก	148

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การวินิจฉัยโรคเบาหวาน, Impaired Fasting Glucose (IFG), Impaired Glucose Tolerance(IGT)	15
ตารางที่ 2 เป้าหมายการควบคุมเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่	16
ตารางที่ 3 เป้าหมายการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือด	16
ตารางที่ 4 การประเมินผู้ป่วยเพื่อหาความเสี่ยง/ระยะของโรคแทรกซ้อนและการส่งปรึกษา/ส่งต่อ	18
ตารางที่ 5 การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป	20
ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	52
ตารางที่ 7 ประเภทของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำแนกตามระดับสถานบริการสุขภาพ	60
ตารางที่ 8 คะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	61
ตารางที่ 9 คะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	64
ตารางที่ 10 คะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	66
ตารางที่ 11 ร้อยละการรับรู้การเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	70
ตารางที่ 12 ร้อยละการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	71
ตารางที่ 13 ร้อยละของการจัดการภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	72
ตารางที่ 14 ร้อยละของการรับรู้การเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน	74
ตารางที่ 15 ร้อยละของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน	75
ตารางที่ 16 ร้อยละของการจัดการภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานทั่วไป	76
ตารางที่ 17 คะแนนและร้อยละการจัดการภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในการดำเนินชีวิตประจำวัน	77
ตารางที่ 18 ร้อยละของการรับรู้การเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	79
ตารางที่ 19 ร้อยละของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	80
ตารางที่ 20 ร้อยละของการจัดการภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง	81
ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของการรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง	82

**การจัดการตนเอง การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) จังหวัดสระบุรี**

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องการจัดการตนเอง การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) จังหวัดสระบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการตนเอง ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรค ประสิทธิภาพการจัดการตนเอง การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) จังหวัดสระบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยนี้ใช้รูปแบบผสมผสาน (Mixed method research) แบบ concurrent design ข้อมูลเชิงปริมาณได้มาจากผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) จำนวน 536 คน ข้อมูลเชิงคุณภาพได้มาจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้ป่วยจำนวน 6 – 10 คน รวม 165 คน จากสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 18 แห่งในจังหวัดสระบุรี ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่าง แบบ Multi-stage random sampling

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) แบบสอบถามการรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เครื่องมือนี้ทดสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน และทดสอบความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา โดยแบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม ได้ค่าความเที่ยง .79, .73 และ .77 ตามลำดับ และแบบสอบถามการรับรู้การเตือนของผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม ได้ค่าความเที่ยง .85, .75, และ .88 ตามลำดับ สำหรับเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแนวคำถามปลายเปิดเพื่อใช้ประกอบการสนทนากลุ่ม (Focus group) จำนวน 14 ข้อ คณะผู้วิจัยได้มีการบันทึกเสียงการสนทนาและจดบันทึกขณะทำการสนทนากลุ่ม ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้ Content analysis ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มจะถูกถอดออกมา เขียนเป็นสคริป และสกัดประเด็นสำคัญ จัดกลุ่มข้อมูลและหาความเชื่อมโยงของข้อมูล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 536 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตมากที่สุด จำนวน 231 คน (41.09%) รองมาเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 214 คน (39.93%) และผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 91 คน (16.98%) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 60.46 ปี ($SD=12.13$) อายุมากที่สุด 94 ปีอายุน้อยที่สุด 21 ปี ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 5.04 ปี ($SD=6.78$) โรคความดันโลหิตสูง 6.29 ปี ($SD=8.13$) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (จำนวน 360 ราย, 66.90%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (จำนวน 392 ราย, 73.13%) ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของบุคคลในครอบครัวใกล้เคียงกับไม่มีโรคเรื้อรัง คือร้อยละ 51.87 และ 48.19 ตามลำดับ มีโรคร่วม(Comorbidity) จำนวน 338 คน (63.06%) โดยเป็นโรคไข้มันในเส้นเลือดสูงมากที่สุด (จำนวน 211 ราย, 62.43%) ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (จำนวน 381 ราย, 71.08%) กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่ามีโรคแทรกซ้อนทางระบบประสาทขาปลายมือปลายเท้ามากที่สุด (จำนวน 81 ราย, 15.11%)

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (จำนวน 492 ราย, 91.79 %) ไม่ดื่มสุรา (จำนวน 485 ราย, 90.49%) ชอบรับประทานอาหารทอด บ้าง ย่าง (จำนวน 194 ราย, 36.19%) รับประทานอาหารรสจัด (จำนวน 179 ราย, 33.40%) รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ (จำนวน 171 ราย, 31.30%) ชอบดื่ม ชา กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีรสหวาน มากกว่า 2 แก้ว/วัน (จำนวน 166 ราย, 30.97%) และรับประทานอาหารจุบจิบ (จำนวน 137 ราย, 25.56%) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย (จำนวน 320 ราย, 59.70%) และกลุ่มที่ออกกำลังกายมีการออกกำลังกายเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานค่อนข้างน้อย (จำนวน 61 ราย, 28.24%) ประเภทของการออกกำลังกายที่พบมากที่สุดคือการแกว่งแขน (จำนวน 63 ราย, 29.17%) รองมาคือการเดิน (จำนวน 53 ราย, 24.51%) วิ่ง (จำนวน 22 ราย, 10.19%) และแอโรบิก (จำนวน 10 ราย, 4.63%) ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ (จำนวน 508 ราย, 94.78%) มีการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว/ญาติ/เพื่อน เพื่อนบ้านและบุคลากรทางสุขภาพอยู่ในระดับดี (จำนวน 442 ราย, 82.46%) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีกิจกรรมคลายเครียด และมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ (จำนวน 305 ราย, 56.90%) และมาตรวจตามนัดทุกครั้ง (จำนวน 521 ราย, 97.20%)

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.58 - 3.72$, $SD = 0.42-0.52$ จากคะแนนเต็ม 5) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีคะแนนการจัดการตนเองมากที่สุดและน้อยที่สุดเหมือนกัน คือการจัดการตนเองเรื่องการรับประทานยาครบถ้วนถูกต้องตามแพทย์สั่งมากที่สุด ($\bar{X} = 4.53 - 4.79$, $SD = 0.77 - 1.08$) คะแนน

รองลงมาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวานคือการจัดการเรื่องการล้างทำความสะอาดเท้า เช็ดให้แห้งและตรวจเท้าเพื่อดูความผิดปกติตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล ($\bar{X} = 4.27 - 4.44$, $SD = 1.05 - 1.16$) และคอยสังเกตอาการหากมีอาการผิดปกติเช่น มีแผล อาการชา ปวดเท้า หรือสงสัยมีอาการผิดปกติจากการกินยาจะรีบไปพบแพทย์ทันที ($\bar{X} = 4.27 - 4.42$, $SD = 1.09 - 1.19$) ส่วนคะแนนรองลงมาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคือการการคอยสังเกตอาการผิดปกติ หากอาการไม่ดีขึ้น ฉะนั้นจะรีบไปพบแพทย์ทันที ($\bar{X} = 4.42$, $SD = 1.09$) สำหรับผู้ป่วยส่วนคะแนนการจัดการตนเองที่น้อยที่สุดของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเหมือนกันคือการงดเครื่องดื่มชูกำลังและเครื่องดื่มเกลือแร่ทุกชนิด ($\bar{X} = 2.36 - 3.16$, $SD = 1.52 - 1.72$) และหากไม่มีอาการผิดปกติ ฉะนั้นออกกำลังกายตามที่แพทย์/พยาบาลแนะนำจนได้เหงื่ออย่างน้อยวันละ 30 นาที ($\bar{X} = 2.57 - 3.03$, $SD = 1.52$) และในผู้ป่วยเบาหวานคือการดื่มน้ำผลไม้หรือน้ำอัดลม ($\bar{X} = 2.04$, $SD = 1.16$)

การรับรู้อาการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยอยู่ระหว่างร้อยละ 43.93 - 92.31 โดยผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวาน มีร้อยละของการรับรู้มากที่สุดเหมือนกันคือการรับรู้ว่ามีโอกาสเกิดแผลที่เท้ามากกว่าคนปกติและเมื่อเป็นแล้วแผลหายยาก (90.79 - 92.31%) ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ว่าการเป็นความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานแล้วควบคุมไม่ได้จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น (90.19%) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 3 กลุ่มมีการรับรู้อาการเตือนของภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดเหมือนกันคือไม่ทราบว่าการบวม ปัสสาวะออกน้อย หรือปัสสาวะไม่ออกเลยเป็นอาการเตือนที่สำคัญของโรคไตวาย (61.54 - 67.45%) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มมีการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าร้อยละ 80

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี ร้อยละ 83.52 - 95.60 ยกเว้นในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากที่สุดคือการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำให้ตาพร่ามัวหรือตาบอดได้ (95.24%) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่น้อยที่สุดคือการรับรู้เรื่องการดื่มเหล้าไม่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (46.75%) ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดน้ำตาลในเลือดสูงจากการรับประทานอาหารรสหวาน ผลไม้รสหวาน และการเป็นโรคเบาหวานทำให้ตาพร่ามัวหรือตาบอดได้มากที่สุดเท่ากัน (95.60%) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยเบาหวานรับรู้ที่น้อยที่สุด คือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วย (83.52 - 84.62%) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ระหว่างร้อยละ 50.93 - 89.25 โดยมีการรับรู้ว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้

เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้มากที่สุด (89.25%) ส่วนคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่น้อยที่สุดได้แก่การรับรู้เรื่องการดื่มเหล้าไม่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง (50.93%)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการจัดการภาวะแทรกซ้อนอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี โดยมีร้อยละของการจัดการตนเองระหว่าง 70.43 - 96.54 โดยผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ต้องตามแพทย์สั่ง (95.79 - 96.54%) และการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอมากที่สุด (95.51%) ส่วนการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่น้อยที่สุดเหมือนกันระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวาน คือเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ จะมีการโทรศัพท์เรียกรถการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 (70.43 - 76.92%) เมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวานจะรีบไปโรงพยาบาลใกล้บ้านที่สุดภายในระยะเวลา 3-4.5 ชั่วโมง (75.76 - 81.82%) และเมื่อเกิดอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงจะรีบไปโรงพยาบาลใกล้บ้านที่สุดภายในระยะเวลา 1 ชั่วโมง (81.82%) ส่วนการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่น้อยที่สุดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคือการหมั่นสังเกตอาการบวม ปัสสาวะออกน้อยเป็นหน้าที่สำคัญของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกคน (77.57%) เหมือนกับผู้ป่วยเบาหวาน (79.77%)

โดยภาพรวมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) มีการรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องทั้งหมดทุกข้อจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.07 ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่ต้องอยู่ในระดับต่ำ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) เชื่อว่าการเป็นโรคเรื้อรังเกิดจากทั้งกรรมพันธุ์ และไม่ใช่มรดกพันธุ์ และไม่ทราบสาเหตุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับการเจ็บป่วยได้เนื่องจากไม่มีอาการแสดงที่ผิดปกติ มีการรับรู้ว่าการจัดการตนเองเป็นสิ่งสำคัญและเป็นสิ่งที่ดีต่อการควบคุมโรค ประกอบด้วยการจัดการตนเองเรื่องควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และการจัดการความเครียด การเลิกสูบบุหรี่และดื่มสุรา การรับประทานยา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพยายามในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค แต่การปฏิบัติจริงยังขาดความตั้งใจและขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติโดยเฉพาะการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหาร การควบคุมอารมณ์และความเครียด การควบคุมน้ำหนัก ส่วนการจัดการด้านการออกกำลังกายมีการปฏิบัติน้อยที่สุด มีเพียงส่วนน้อยของกลุ่มตัวอย่างที่มีการจัดการตนเอง

ที่เหมาะสมในทุกด้าน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการจัดการตนเองที่ดีที่สุดคือการรับประทานยาตามแผนการรักษา และการมาตรวจตามนัด สิ่งที่สำคัญที่สุดในการจัดการตนเองให้ประสบความสำเร็จคือผู้ป่วยเองต้องมีความตั้งใจที่เข้มแข็ง ส่วนปัจจัยที่สนับสนุนให้การจัดการเป็นไปด้วยดีคือการสนับสนุนจากคนในครอบครัวและบุคลากรทีมสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเอง อุปสรรคในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ที่สำคัญได้แก่ การตามใจตนเอง ความขี้เกียจ การไม่สามารถหักห้ามใจตนเอง การขาดความรู้ วิธีการดำเนินชีวิต ภาวะเศรษฐกิจ ความเครียด การประกอบอาชีพ สภาพภูมิอากาศ และวัฒนธรรม ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง แต่ขาดการกำกับติดตามและการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

การรับรู้อาการเตือนของภาวะแทรกซ้อน โอกาสเสี่ยงและการจัดการภาวะแทรกซ้อน พบว่ามีความสอดคล้องกันระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 3 กลุ่มมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด รองมาคือการจัดการภาวะแทรกซ้อน และมีการรับรู้อาการเตือนของภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสรุนแรงต่อการเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวาย ความผิดปกติของการมองเห็น และระบบประสาท จากการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพ และเคยเห็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าอาการเตือนหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้น เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังและต้องจัดการอย่างไร โดยให้เหตุผลว่าอาการเตือนดังกล่าวยังไม่เคยเกิดขึ้นกับตนเอง จึงไม่รู้ว่ามีความผิดปกติ โดยเฉพาะอาการเตือนของโรคไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการรับรู้ที่น้อยที่สุด และถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องมีการจัดการเร่งด่วน และผู้ป่วยไม่สามารถใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ ดังนั้นการส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการเตือน การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการจัดการภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องดำเนินการแก้ไข เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ทั้งในภาวะปกติและมีภาวะแทรกซ้อน อันจะช่วยให้การจัดการโรคเรื้อรังของจังหวัดสระบุรีพัฒนายิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, การรับรู้อาการเตือน, โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

**Self-management, perceived of warning signs and risks of complications,
and management for complications in chronically ill patients
(Diabetes Mellitus and/or Hypertension) in Saraburi province**

Abstract

The study of “Self-management, perceived warning signs, risk of complications and management for complication in chronically ill patients (Diabetes mellitus and/or hypertension) in Saraburi province” purposed to examine self-management, influential factors and barriers, and experience to manage themselves of chronically ill patients. Furthermore, the perception of warning signs and risks of complications and management for complication in chronically ill patients (Diabetes mellitus and/or hypertension) in Saraburi province were explored.

Method: Mixed method design in relation to concurrent pattern was used in this study. Study sample was recruited from 18 health care settings in Saraburi province that were sampling by using multi-stage procedure. Quantitative data was collected in 536 chronically ill patients (Diabetes mellitus and/or hypertension) who visited health care settings in Saraburi province. Qualitative data was collected by conducting person focus group with 165 chronically ill patients (Diabetes mellitus and/or hypertension).

Instruments: Quantitative data was collected by three instruments that included: 1) Socio-demographic questionnaire 2) the Self management questionnaire, and 3) the perceived warning sign and risk of complication, and management for complications in chronically ill patients (Diabetes mellitus and/or hypertension. Study questionnaires were test for validity and reliability. Validity was examined by three experts. The reliability was tested using Cronbarch’s alpha. The reliability of the self-management questionnaire was .79, .73 and .77 in diabetes mellitus, hypertension and diabetes with hypertension patients respectively. For the perceived warning sign and risk of complication, and management for complications in chronically ill patients (Diabetes mellitus and/or hypertension, its reliability was .85, .75, and .88 in three groups of the patient. Qualitative data was collected by doing focus group using 14 open-end questions. Voice record and field note did during conducting focus group.

Quantitative data was analyzed using percentage, mean, and standard deviation. Qualitative data was analyzed by content analysis procedure. Data was categorized for the main theme of self management in chronically ill patients (Diabetes mellitus and/or hypertension).

Results: Sample included 536 chronically ill patients. The major group was diabetes mellitus with hypertension patients (n=231, 41.09%), hypertension patients (n= 214, 39.93%), and diabetes patients (n= 91, 16.98%). Average age of sample was 60.4 years (SD= 12.13). Maximum age was 94 years and minimum age was 21 years. Average period of suffering from diabetes mellitus was 5.04 years (SD=6.78), and hypertension was 6.29 years (SD=8.13). The majority of the patient was female (n=360, 66.90%). The major of education was primary school (n=392, 73.13%). The number of patient who had or had not family members suffering by chronically illness was not difference (51.87% and 48.19% respectively). The majority of co-morbidity was hyperlipidemia (n=211, 39.37%). The major sample has no complication (n=381, 71.08%). The majority of complication was neuropathy (n=81, 15.11%).

With regard to health behavior, the majority of study sample was no smoking (n=492, 90.49%), no drinking (n=485, 90.49%), eating high fat diet (n=194, 36.19%), eating spicy food (n=179, 33.40%), having lower than 3 meals a day (n=171, 31.30%), drinking tea, coffee and pop more than two cup a day (n=166, 30.97%) and eating frequently (n=137, 25.56%). The majority of patient did not doing exercise (n=320, 59.70%). With regard to patient who performing exercise, these patient did standard exercise (n=61, 28.24%). For the type of exercise, the majority was arm swing (n=63, 29.17%) and walking (n=53, 24.51%), running (n=22, 10.19%) and aerobic exercise (n=10, 4.10%). The majority of sample had ability to care for themselves (n=442, 82.46%). The major group of patient had good social support from family members, friends and health care providers (n=442, 82.46%). The majority of sample had recreation activities and they have religion and family to lead themselves (n=305, 56.90%) and came to visit as appointment (n=521, 97.20%).

Quantitative results

The chronically ill patients had good score of self – management ($\bar{X} = 3.58 - 3.72$, $SD = 0.42 - 0.52$). These three groups of chronically ill patients including diabetes mellitus, hypertension and diabetes mellitus with hypertension had the same highest score and lowest scores. The highest score was the following schedule of medicine intake ($\bar{X} = 4.53 - 4.79$, $SD = 0.77 - 1.08$). The following scores for diabetes mellitus with hypertension, and diabetes mellitus patients were the care for foot every day ($\bar{X} = 4.27 - 4.44$, $SD = 1.05 - 1.16$), and observing for abnormal symptoms such as pain, numbness or suspecting for undesirable symptoms and going to see doctor ($\bar{X} = 4.27 - 4.42$, $SD = 1.09 - 1.19$). The following scores for hypertension patients was observing the abnormal signs and symptoms or suspecting for undesirable symptoms and going to see doctor ($\bar{X} = 4.42$, $SD = 1.09$). For the lowest score of self-management in diabetes mellitus with hypertension, and hypertension patients was refraining sweet and energy drink ($\bar{X} = 2.36 - 3.16$, $SD = 1.52 - 1.72$) and if they don't have the abnormal symptoms, they will do the physical activity at least 30 minute ($\bar{X} = 2.57 - 3.30$, $SD = 1.52$). The lowest score of self-management in diabetes mellitus patients was drinking sparkling water, aerated soft drink, and juice ($\bar{X} = 2.04$, $SD = 1.16$)

The perception of the patient about the warning sign of complication of diabetes and hypertension was 43.93 - 92.31 Diabetes mellitus with hypertension patients and diabetes patients had the highest score of the complication at foot due to wound and neuropathy (90.79 – 92.31%). The majority of hypertensive patients knew that uncontrolled hypertension increased severity of disease (90.19%). The least perception of all patients was the warning sign of nephropathy complication (61.54 – 67.45%). In addition, they perceived the warning signs of cerebrovascular disease (CVD) and coronary artery disease (CAD) complications lower than 80%).

For the perception of the risk for complication, the score was in good level (83.52 – 95.60%) except for the patient with hypertension. Diabetes mellitus and hypertension patients had highest perception of health behavior influencing the risk of complication of diabetes mellitus and hypertension (95.24%). The least perception of the risk for complication was alcohol drinking had effect on complication of diabetes mellitus and hypertension

(46.75%). Diabetes mellitus patient perceived the risk of hyperglycemia due to uncontrolled for food and fruit and diabetes caused burr vision and blindness (95.60%). The least perception of diabetes patients was the risk of CVD and CAD (83.52 – 84.62%). Hypertension patients had perception of the risk of complication 50.93 – 89.25% The most perception of the risk of complication was hypertension caused the paralyze and weakness (89.25%). The least perception of the risk of complication was alcohol drinking had effect on complication of hypertension (50.93%).

The management for complication of diabetes mellitus and hypertension patients was in a good level 70.43 - 96.54%. These patients had high scores of management of medication intake following the advice of the doctor (95.79 – 96.54%) and came to visit the doctor as appointment (95.51%). The least management of complication was calling for 1669 when the patient had reverse symptoms (70.43 – 76.92%), having symptoms of CVD and the diabetes mellitus and hypertension patients and diabetes mellitus patient going to the nearest hospital within 3-4.5 hours (75.76 – 81.82%), and occurring of symptoms of CAD and the diabetes mellitus and hypertension patient going to the nearest hospital within 1 hour (81.82%). The least management of complication was the duty to observe nephropathy symptoms (77.57%) which similarly to diabetes mellitus patients 79.77%)

The all perception of warning sign and the risk of complication and management of complication in chronically ill patients (Diabetes mellitus and hypertension) were 13 persons (6.07 %). These results revealed that chronically ill patients perceived warning sign and the risk of complication, and management of complication at low level that affected their health.

Qualitative data

Chronically ill patients (Diabetes mellitus and/or hypertension) believed that their diseases came from heredity or not, and no cause. The majority of patient could adapt themselves with the chronic illness because there was no reverse symptom. Patients knew that self management was important to improve their health and could control the severity of disease. Self management included diet control, doing exercise, emotional management, quitting alcohol and cigarette, and taking medication. The majority of patient attempted to do self management for controlling diabetes mellitus and hypertension but they did not perform

in the real life because these patients loss of intention and continuing of performing, particularly, the self management of diet control, emotional management, and weight control. The least performing was doing exercise. There was few patients had appropriate self management in all aspects. The best self-management of chronically ill patients (Diabetes mellitus and hypertension) was medication intake and came to visit doctor. The most important to succeed in self management was self confident. The factors that support self - management were the help from family members and health care providers, perceived the health information, and self-reinforcement for managing their health. Barriers to do self-management included the lack of willing, hungry, being prohibited themselves, lack of knowledge, life style, economic problem, stress, occupation, whether and culture. Patients set their goal to care for themselves but there was lack of effective monitoring and evaluation.

The perception of warning and risk of complication, and self management was similar between qualitative data and quantitative data. Diabetes mellitus, hypertension and diabetes mellitus with hypertension had high perception of warning and risk for complication and management for complication. The least of perception of warning of complication was the risk of paralyze, weakness, CVD, nephropathy, retinopathy, and neuropathy. The patient had perception about complication due to advice from health care providers and experience from the other patients who had complications but they could not talk about the complication and they could not manage these complications. The patient provided the reason that they did not have any warning sign that why they did not know about the reverse symptoms particularly warning sign of nephropathy, CVD and CAD. These complication was complicated that need to deal rapidly. The patient could not use emergency medical service. Therefore, the support of knowledge about warning sign, the risk of complication and management of complication were necessary for the patient to promote their health. This method could help the patient to conduct appropriate self management both in diabetes mellitus and hypertension patients with or without complications in Saraburi province.

Key words: Self-management, perceived of warning signs, risks of complications, complications management, chronically ill patients

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดีโดยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสระบุรี ผู้ประสานงานการวิจัยจากหน่วยงานต่าง ๆ คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในเขตจังหวัดสระบุรี ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี โรงพยาบาลพระพุทธบาท โรงพยาบาลแก่งคอย โรงพยาบาลวิหารแดง โรงพยาบาลเสาไห้ โรงพยาบาลมวกเหล็ก โรงพยาบาลบ้านหมอ โรงพยาบาลหนองโดน และโรงพยาบาลหนองแซง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโคกสว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคันที โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านป่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพคลองเรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสวนดอกไม้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพลำพญากลาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสร้างโชค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโคกสะอาด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโป่ง

ขอขอบคุณที่ปรึกษาโครงการวิจัย ผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดสระบุรี ที่อาสาเข้าร่วมงานวิจัยทุกท่าน ขอขอบคุณทีมวิจัยและคณะผู้ร่วมเก็บข้อมูลที่ทุ่มเทเวลาในการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

และที่สำคัญที่สุดขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่จัดสรรทุนวิจัยให้คณะผู้วิจัย ทำการวิจัยเรื่องการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) จังหวัดสระบุรี จนสำเร็จลุล่วงลงด้วยดี อันจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพประชาชนและผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

คณะผู้วิจัย

เมษายน 2558

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคเรื้อรังตามความหมายขององค์การอนามัยโลก ระบุว่าโรคที่มีการดำเนินของโรคยาวนาน และค่อย ๆ เพิ่มความรุนแรงมากขึ้น มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้เกิดความพิการและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ตามยุทธศาสตร์ประเทศไทยให้ความสำคัญกับ 5 โรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคลดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มุ่งความสนใจที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เท่านั้น เนื่องจาก 2 โรคเรื้อรังนี้เป็นโรคที่ประชาชนคนไทยเป็นมากที่สุดและ 2 โรคเรื้อรังนี้มักเป็นจุดเริ่มต้นในการก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่เป็นโรคเรื้อรังอื่นตามมาได้อีกมากมายรวมถึงโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคลดเลือดสมองและภาวะไตเสื่อมด้วย

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกประมาณการว่า ในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 366 ล้านคน สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจอัตราความชุก DM/HT (NHES 51-52) พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน 2,379,150 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.9 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 7,378,812 คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 21.4 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วย uncontrolled DM และ uncontrolled HT มีอัตราที่สูงขึ้น (โครงการวิจัยเครือข่ายระดับสถาบัน, 2553) จากสถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรังของประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 6.9 โรคความดันโลหิตร้อยละ 21.4 กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานร้อยละ 31.2 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.3 กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้วแต่ไม่ได้รับการรักษาเบาหวานร้อยละ 3.3 โรคเบาหวาน 8.71 และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ร้อยละ 37 และโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ร้อยละ 20.7 (สุพัตรา ศรีวินิชชากรและคณะ, 2552) และจากรายงานผลการดำเนินงาน การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2554 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 14.5 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55 เป็นทั้ง 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 30.5 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับ FPG และ HbA1C ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ร้อยละ 73.6 และ 70.4 ตามลำดับ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ร้อยละ 33.7 และยังพบว่าทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิต

สูงนี้ยังเกิดภาวะแทรกซ้อนอีกเป็นจำนวนมาก เช่น โรคไตวายพบได้ในผู้ป่วยเบาหวานถึงร้อยละ 5.4 ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร้อยละ 3.4 และยังพบโรคจอประสาทตาเสื่อม โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงยังเข้าถึงการบริการสุขภาพตามแนวทางเวชปฏิบัติต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการดูแลและคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้การดูแลรักษาได้อย่างทันที่ (สปสช และ CRCN, 2555)

จากฐานข้อมูล data center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2557 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล Fasting Plasma Glucose อยู่ในเกณฑ์ปกติ (70-130 mg/dl) ร้อยละ 33.4 ระดับ HbA1C < 7 ร้อยละ 32.1 มีระดับความดันโลหิต $\leq 130/80$ mmHg ร้อยละ 44.3 ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิต $\leq 130/80$ mmHg ร้อยละ 28.1 อัตราการเข้าถึงการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีของผู้ป่วยเบาหวานที่สำคัญตามแนวทางเวชปฏิบัติต่ำสุดร้อยละ 20.5 คือการตรวจสุขภาพช่องปาก สูงสุดร้อยละ 65.4 คือการตรวจ Lipid profile และเข้าถึงการตรวจ HbA1C ประจำปีอย่างน้อยร้อยละ 80.3 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ $\leq 140/90$ mmHg ร้อยละ 71.3 อัตราการเข้าถึงการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สำคัญตามแนวทางเวชปฏิบัติต่ำสุดร้อยละ 11.8 คือการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ สูงสุดร้อยละ 88.6 คือการตรวจครีเอตินิน

อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจังหวัดสระบุรี พบว่ามีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 5.56 ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.10 มีความผิดปกติในการทำงานของไต GFR stage 3, 4, 5 ในผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 30.96, 7.78, และ 1.61 ตามลำดับ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร้อยละ 26.29, 3.76, 1.15 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีแผลที่เท้า ร้อยละ 3 มีความผิดปกติของตา ชนิด Mild, Moderate, Severe NPDR, และ PDR ร้อยละ 21 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.1

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นสะท้อนว่าอัตราการป่วยและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ของประเทศไทยและจังหวัดสระบุรีอยู่ในเกณฑ์ที่สูงมากขึ้น ทั้งนี้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ขึ้นแล้ว ย่อมส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก ถ้าผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมหรือไม่มีประสิทธิภาพ ก็จะเป็นพื้นฐานในการนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นโรคเรื้อรังอื่นตามมาได้ง่าย ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง หัวใจวาย ไตวาย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและภาวะเศรษฐกิจของประเทศไทย

เพราะการเจ็บป่วยด้วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูง และต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องภายใต้การดูแลของบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรอื่นๆหลายสาขา จึงมีผลทำให้ประเทศไทยมีภาระค่าใช้จ่ายในการให้บริการสุขภาพกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแต่ละปีมีเป็นจำนวนมากนอกจากนี้แล้วยังพบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สูงดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะอ้วน/อ้วนลงพุง มีไขมันในเลือดผิดปกติ ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารไม่มีประโยชน์ รับประทานผักผลไม้ไม่เพียงพอ และผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการจัดการตนเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ทางสุขภาพ ได้แก่การจัดการตนเองเพิ่มขึ้น มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ลดอัตราการเจ็บป่วย อัตราตาย อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Dongbo, F., Hua, F., McGowan, P., Yi-e, S., Lizhen, Z., Huiquin, Y., et al. 2003) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถจัดการตนเอง ดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับโรคได้อย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองที่เหมาะสม ควบคุมโรคให้อยู่ในภาวะปกติ ไม่มีอาการกำเริบ เฝ้าระวังติดตาม สังเกตภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดสูงกว่าคนปกติทั่วไปได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องศึกษาว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) มีการจัดการตนเอง การรับรู้อาการเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนในสถานการณ์จริงว่าเป็นอย่างไร เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้รับมาใช้ในการออกแบบวางแผนให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในการส่งเสริมการจัดการตนเองที่เหมาะสมทั้งในภาวะปกติ และภาวะที่มีภาวะแทรกซ้อน มีการรับรู้อาการเตือนและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการตนเอง ปัจจัยส่งเสริม อุปสรรค และการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) จังหวัดสระบุรี
2. เพื่อศึกษาการรับรู้อาการเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) จังหวัดสระบุรี

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) มีการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยอย่างไร มีปัจจัยใดบ้างที่เป็นปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการจัดการตนเอง
2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research design) ในลักษณะของ concurrent design คือเป็นการเก็บข้อมูลวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไปพร้อมกัน

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ 2557 - เมษายน 2558

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ที่มารับบริการที่สถานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในเขตจังหวัดสระบุรี

ภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการพัฒนาของโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ในระยะที่อาการของโรคที่ควบคุมไม่ได้และส่งผลให้เกิดความเสียหายของอวัยวะสำคัญของร่างกายได้แก่ สมอง หัวใจ ไต ตา และเท้า ซึ่งก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนที่ไต ภาวะแทรกซ้อนที่ตา ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

การจัดการตนเองหมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) จนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อควบคุมความดันโลหิตและ/หรือระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ประกอบด้วยการกำกับติดตามตนเอง การประเมินผลตนเอง และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการจัดการตนเองที่สำคัญ 8 ด้านได้แก่ 1) การรับประทานอาหารเพื่อการควบคุมโรค 2) การออกกำลังกาย 3) การลดความเครียด 4) การงดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ 5) การงดสูบบุหรี่ หรืองดอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ 6) การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง 7) การควบคุมน้ำหนัก และ 8) การไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

การรับรู้อาการเตือน หมายถึง ความเชื่อหรือความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ต่ออาการเตือนของภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ได้แก่อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวาย โรคจอประสาทตาเสื่อม ความผิดปกติของระบบประสาท รวมถึงการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ความเชื่อหรือความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ต่อโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวาย โรคจอประสาทตาเสื่อม ความผิดปกติของระบบประสาท รวมถึงการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน เมื่อตนเองเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ต่อการปฏิบัติตัวจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ และเพื่อป้องกันและการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่มีโอกาสเกิดขึ้น และ/หรือการปฏิบัติการจัดการเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนแบบฉุกเฉิน เพื่อป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและมีโอกาสเกิดขึ้นได้บ่อย ได้แก่การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี การจัดการตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังแบบฉุกเฉิน รวมถึงการโทรศัพท์ไปขอความช่วยเหลือระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายเลขโทรศัพท์ 1669

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลจากการศึกษาวิจัยเรื่องนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) มีการรับรู้อาการเตือน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีการจัดการตนเองและจัดการภาวะแทรกซ้อนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอันตรายที่เกิดจากการจัดการที่ไม่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป นอกจากนี้แล้วสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพสามารถนำผลการศึกษาวิจัยไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและความดันโลหิตสูง)ได้ และยังสามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเสนอแนะเพื่อกำหนดนโยบายด้านการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เน้นศักยภาพในการจัดการตนเองและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานในระดับที่สูงยิ่งขึ้นต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่องการจัดการตนเอง การรับรู้อาการเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) นี้ จำเป็นต้องมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง
2. องค์ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานและความดันโลหิตสูง
3. ภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ที่พบบ่อย
4. แนวคิดการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
5. การจัดการตนเองที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง

ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอันดับแรก และทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นในศตวรรษที่ 21 ถือว่าเป็นการระบาดแพร่กระจายทั่วโลก จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี คศ. 2013 (WHO, 2013) พบว่า สาเหตุการตาย การป่วย การทุพพลภาพ ร้อยละ 60 เกิดจากโรคเรื้อรัง และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 73 ในปี คศ. 2020 หากไม่หาทางป้องกันและจัดการอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้แล้วยังพบว่าประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น สำหรับสถานการณ์โรคเรื้อรังในประเทศไทยปัจจุบัน (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) พบว่าสาเหตุการตายส่วนใหญ่ของคนไทย เกิดจากโรคเรื้อรังมากถึงร้อยละ 60 เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง ปีละกว่า 97,900 คน นอกจากนี้แล้วยังพบว่า คนไทยกินยาเฉลี่ย 128 ล้านเม็ด/วัน สาเหตุหลักของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ 90 เกิดจากพฤติกรรม เช่น ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ได้แก่ อาหารหวาน อาหารมัน อาหารเค็ม รับประทานผักน้อยลง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คนไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้น เช่น รับประทานผักน้อยลง (รับประทานผักเฉลี่ย 1 ½ ช้อน/วัน) รับประทานอาหารเค็มมากขึ้นเกือบสามเท่าของปกติ (รับประทานเกลือเฉลี่ย 5,218 mg/วัน) รับประทานอาหารหวานมากขึ้นกว่าสามเท่าของปกติ (รับประทานน้ำตาลเฉลี่ย 20 ช้อนชา/วัน) และอาหารมันมากขึ้น (รับประทานอาหารทอดเฉลี่ย 5 มื้อ/สัปดาห์) และจากข้อมูลของกรมอนามัยพบว่า คนไทยกินผักเฉลี่ย 1.8 กรัม/วัน (กรมอนามัย, 2554)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง(Chronic disease) เป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องดูแลจัดการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป มีพยาธิสภาพถาวร รักษาไม่หาย ก่อให้เกิดความพิการหรือข้อจำกัดของอวัยวะนั้น โดยไม่สามารถแก้ไขหรือรักษาให้กลับคืนสู่สภาพเดิมได้ เมื่อเริ่มเป็นอาจไม่มีอาการ แต่อาการจะค่อยๆ รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ เมื่อไม่ได้รับการรักษาหรือมีจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม มักเป็นๆ หายๆ เกิดอาการเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนได้บ่อย เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขอย่างมาก

นักวิชาการหลายท่านพยายามให้ความหมาย ของภาวะเรื้อรังที่มีความเหมือนและความแตกต่างกัน ในบางประเด็น เริ่มจากคณะกรรมการโรคเรื้อรัง (Commission On Chronic Illness) (Lubkin & Larsen, 2006) ได้อธิบายลักษณะของโรคเรื้อรังว่าเป็นความบกพร่องหรือเบี่ยงเบนจากปกติที่มีลักษณะต่อไปนี้ 1 อย่างหรือมากกว่าคือ

1. มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร
2. มีความพิการหลงเหลือ
3. พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนสู่ปกติ
4. ต้องการการฟื้นฟูสภาพ
5. ต้องการการติดตามเพื่อเฝ้าระวัง สังเกตอาการ และให้การดูแลเป็นระยะเวลานาน

สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขมีการให้ความหมายของโรคเรื้อรังไว้ดังนี้ โรคเรื้อรัง หมายถึง “ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่ติดต่อหรือภาวะที่เกิดความเสื่อมของร่างกายตามอายุ ส่วนใหญ่จะไม่มีสาเหตุที่แน่นอน มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่เกิดโรค มีระยะเวลาการดำเนินของโรคที่ยาวนาน ไม่ติดต่อโดยการสัมผัส ก่อให้เกิดความพิการ ความผิดปกติของร่างกายและไม่สามารถรักษาหายได้” (กระทรวงสาธารณสุข, 2557) จากความหมายดังกล่าวโรคเรื้อรังมีความหมายเกี่ยวกับ ภาวะที่มีความผิดปกติหรือเบี่ยงเบนไปจากปกติของร่างกาย เป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างถาวร และก่อให้เกิดความพิการที่เกิดจากพยาธิสภาพที่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายกลับคืนได้ ซึ่งผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในภาวะนี้ต้องได้รับการรักษาบำบัดในระยะยาว ถ้ารักษานานเกิน 3 เดือน ถ้าอาการไม่หาย และต้องรักษาต่อเนื่อง ให้ถือว่าเป็นโรคเรื้อรัง

ผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยทุกด้าน ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล แต่โดยภาพรวมมีดังนี้

1. การเจริญเติบโตและการพัฒนาการ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามพัฒนาการในแต่ละช่วงวัยให้ประสบความสำเร็จได้ หรืออาจมีอุปสรรค หดหู่ ซึมเศร้า และล่าช้า

2. คุณภาพชีวิต โรคเรื้อรังเป็นปัจจัยสำคัญที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างยิ่ง ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับระยะของการเจ็บป่วย ความสามารถในการปรับตัว ความรุนแรงของโรค รูปแบบของการรักษา ระบบครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ

3. ผลกระทบต่อสังคม การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาส อาจถูกมองว่าไม่สร้างผลผลิต ทำให้เกิดการพัฒาที่ไม่เต็มศักยภาพ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ

4. ผลกระทบทางเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลต่อเศรษฐกิจทั้งในส่วนของบุคคลและภาพรวมของประเทศในระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ทุพพลภาพ ไม่สามารถประกอบอาชีพ หรือการเจ็บป่วยก่อนวัยอันควร

นอกจากนี้แล้วความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความซับซ้อน ทั้งเป็นความต้องการที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย การรักษา ความต้องการโดยทั่วไป และความต้องการตามระยะพัฒนาการต่าง ๆ ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องใช้ระยะเวลายาวนาน เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทีมสุขภาพ รวมถึงสิ่งแวดล้อมและแหล่งประโยชน์ในชุมชน การจัดการตนเองถือเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บุคลากรสุขภาพต้องเสริมพลังให้กับผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว การส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพจึงจำเป็นต้องทำอย่างเป็นระบบและครบวงจร ทั้งนี้ต้องเน้นย้ำที่การดูแลตั้งแต่ประชาชนทั่วไปที่มีสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน และการดูแลในทุกระยะของการเจ็บป่วย รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

2. องค์ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2.1 โรคเบาหวาน

สถานการณ์โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยองค์การอนามัยโลก การประมาณว่าคนทั่วโลกเป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี พ.ศ. 2573 และทำนายว่าคนจะตายจากเบาหวานเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 20 ในอีก 10 ปีข้างหน้า ซึ่งสอดคล้องกับสมพันธ์เบาหวานนานาชาติที่รายงานว่าทั่วโลกขณะนี้ เป็นเบาหวาน 246 ล้านคนแล้ว และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีคนเป็นโรคเบาหวาน 380 ล้านคน ซึ่งทุก ๆ 10 วินาที มีคนเป็นโรคเบาหวาน 2 คน จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานมีความชุกเพิ่มมากขึ้นทุกๆปี (WHO, 2007)

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินสุลินได้เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถใช้อินสุลินได้อย่างมีประสิทธิภาพที่เรียกว่าภาวะดื้อต่ออินสุลิน ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ซึ่งหากเกิดภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรังทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะในร่างกายระยะยาว ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยเบาหวานคือการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่ ได้แก่ภาวะแทรกซ้อนทางไต จอประสาทตา ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือด หลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง ความรู้สึกลมพิษทางเพศลดลงและการติดเชื้อต่าง ๆ (ADA, 2006; WHO, 2007) โดยพบว่าการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานจากหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองสูงถึงร้อยละ 65 มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยร้อยละ 73 และเป็นสาเหตุของไตวายร้อยละ 44 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทร้อยละ 60-70 และเป็นสาเหตุสำคัญของการถูกตัดขาส่วนปลายร้อยละ 60 ทั้งนี้จากข้อมูลพบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต น้ำหนักตัวและการให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้นได้ (WHO, 2007)

ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะภาวะหลอดเลือดแข็ง เนื่องจากหลายปัจจัยเป็นสาเหตุทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือด เช่นภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะคออินสุลิน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูง และระยะเวลาของการเป็นโรคนาน มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า (เทพ หิมะทองคำ, 2547; ฌนัท ครุฑกุลและคณะ, 2549) คนที่มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ 3-4 เท่า (Adeseshiah, 2005) ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอีกประการหนึ่งของการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) ซึ่งทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะไขมันในเลือดที่ผิดปกติของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้แก่ ระดับไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้น ระดับคอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นสูง (HDL) ลดต่ำลง และ ระดับคอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL) มีขนาดเล็กและมีความหนาแน่นเพิ่มสูงขึ้น (Adeseshiah, 2005) ความผิดปกติของไขมันในเลือดดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับภาวะคออินสุลินและการขาดอินสุลิน ทำให้กระบวนการเมตาบอลิซึมของไขมันผิดปกติไป

สาเหตุและโอกาสที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน

พันธุกรรม เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเบาหวานทั้งชนิดพึ่งพาอินสุลิน (Insulin dependent diabetes, IDDM) และชนิดไม่พึ่งพาอินสุลิน (Non-insulin dependent diabetes mellitus, NIDDM) ซึ่งมีความแตกต่างกันดังนี้

1) พันธุกรรมในโรคเบาหวานชนิดพึ่งพาอินสุลิน มีความสัมพันธ์กับระบบแอนติเจนของเม็ดโลหิตขาว (Human leukocyte antigen, HLA) HLA ที่พบมากในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ HLA-B, BLA-DR ผู้ที่มี HLA มีแนวโน้มเกิดการอักเสบเรื้อรังที่ตับอ่อน ภายหลังการติดเชื้อไวรัสบางตัวทำให้ β -cell ถูกทำลายและเสื่อมสมรรถภาพจนไม่สามารถสร้างอินสุลินได้

2) พันธุกรรมในโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินไม่มีความสัมพันธ์กับ HLA แต่มีความสัมพันธ์กับความอ้วน อายุที่เพิ่มขึ้น และการรับประทานอาหารรสหวานจัด

สาเหตุอื่นที่มีโอกาสทำให้เกิดโรคเบาหวาน เบาหวานสืบทอดทางพันธุกรรมได้ ก็จริง แต่ผู้ที่มีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นเบาหวาน) ไม่จำเป็นต้องเป็นโรคเบาหวานทุกคน โดยมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวาน ได้แก่

1) ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย ความเครียด ทำให้การตอบสนองของ เนื้อเยื่อร่างกายต่ออินซูลินไม่ดี

2) ผู้สูงอายุ การสังเคราะห์และการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินลดลง

3) โรคของตับอ่อน เช่น ตับอ่อนอักเสบ ได้รับการผ่าตัดตับอ่อน

4) การติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น หัด หัดเยอรมัน คางทูม มีผลต่อตับอ่อน

5) การได้รับยาบางชนิด สเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิดบางชนิด ทำให้มีการสร้างน้ำตาลมากขึ้น หรือการตอบสนองของอินซูลินไม่ดี

6) การตั้งครรภ์ เนื่องจากการสร้างฮอร์โมนจากรกหลายชนิดที่มีผล ยับยั้งการทำงานของอินซูลิน

ประเภทของเบาหวาน (Classification of Diabetes Mellitus)

Expert committee on The Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (ADA, 2011) ได้แบ่งประเภทของเบาหวานตามลักษณะทางคลินิก (Clinical classes) ออกเป็น 4 ประเภท คือ

โรคเบาหวานประเภทที่ 1 (Type 1 Diabetes) หรือประเภทพึ่งอินซูลิน (Insulin dependent diabetes mellitus, IDDM) ซึ่งเดิมเคยเรียกว่าโรคเบาหวานในเด็ก (Juvenile onset diabetes) โรคเบาหวานชนิดนี้เกิดจากเบต้าเซลล์ในตับอ่อนมีจำนวนน้อยหรือเกือบไม่มีเลย ทำให้ไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยเด็กหรือวัยผู้ใหญ่ที่อายุไม่เกิน 40 ปี พบได้ทั้งเพศชายและหญิงในจำนวนใกล้เคียงกัน อาการของโรคจะเกิดขึ้นกะทันหันและรุนแรง ผู้ป่วยมักมีรูปร่างผอมหรือน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว และพบว่าส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับ HLA ผู้ป่วยประเภทนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลินทุกวัน มิฉะนั้นอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนมีอันตรายถึงชีวิตได้ง่าย โดยเฉพาะภาวะกรดคีโตนคั่งในเลือด (Diabetic Ketoacidosis, DKA)

โรคเบาหวานประเภทที่ 2 (Type 2 Diabetes) หรือประเภทไม่พึ่งอินซูลิน (Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus, NIDDM) ซึ่งเดิมเคยเรียกว่าโรคเบาหวานผู้ใหญ่ (Maturity onset diabetes) โรคเบาหวานชนิดนี้พบมากที่สุดประมาณร้อยละ 95-97 ของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักอ้วน มีประวัติเป็นเบาหวานในครอบครัว อายุมากกว่า 40 ปี ตับอ่อนยังพอผลิตอินซูลินได้บ้างแต่มีภาวะดื้อต่ออินซูลินในระยะแรกอาจรักษาได้ด้วยการควบคุมอาหารหรือยาเม็ดลดระดับน้ำตาล แต่เมื่อเป็นนานๆ ในผู้ป่วยบางรายมีเบต้าเซลล์เสื่อมหน้าที่ ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีอาจจำเป็นต้องฉีดอินซูลิน

โรคเบาหวานชนิดอื่นๆ (Other specific type) ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของเบต้าเซลล์ (Genetic defects of β -cell function) โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมจากการออกฤทธิ์ของอินซูลิน (Genetic defects of insulin action) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน (Diseases of the exocrine pancreas) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคทางต่อมไร้ท่อ (Endocrinopathies) โรคเบาหวานที่เกิดจากยาหรือสารเคมี (Drug or chemical induced) โรคเบาหวานที่เกิดจากการติดเชื้อ (Infection) โรคเบาหวานที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันที่พบไม่บ่อย (Uncommon forms of immune-mediated diabetes) และโรคเบาหวานที่มีความสัมพันธ์กับโรคทางพันธุกรรมอื่นๆ (Other genetic syndromes sometimes associated with diabetes)

โรคเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus, GDM)
โรคเบาหวานชนิดนี้ผู้ป่วยจะไม่เคยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานมาก่อน แต่ในช่วงระหว่างการตั้งครรภ์จะมีฮอร์โมนจากรกซึ่งมีฤทธิ์ต้านอินซูลิน เป็นผลให้ร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยลง ถ้าไม่สามารถเพิ่มการสร้างอินซูลินให้เพียงพอจะทำให้เกิดเป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ได้ หลังคลอดมักจะพบว่าอาการโรคเบาหวานหายไปแต่จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานได้มากกว่าคนทั่วไป จึงควรมีการตรวจเช็คเป็นระยะและมีพฤติกรรมที่ป้องกันการเกิดเบาหวาน

การจำแนกเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์

เบาหวานในสตรีตั้งครรภ์แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. เบาหวานที่วินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ (gestational DM)
2. เบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยมาก่อนการตั้งครรภ์ (pregestational DM: overt DM)

Gestational Diabetes Mellitus (GDM)

เป็นเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ ซึ่งนับเป็นร้อยละ 90 ของเบาหวานที่พบในสตรีตั้งครรภ์ แบ่งออกเป็น 2 ระดับความรุนแรง คือ class A1 (chemical DM) ซึ่งพบเป็นส่วนใหญ่ (95%) กับ class A2 (overt DM) หมายถึงมี fasting hyperglycemia คือระดับน้ำตาลมากกว่า 105 มก./ดล. ซึ่งพบได้ประมาณ 5% ประมาณ 10-15% ของ chemical GDM จะกลายเป็น overt DM ในตอนท้ายๆ ของการตั้งครรภ์

อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

คนปกติก่อนรับประทานอาหารเข้าจะมีระดับน้ำตาลในเลือด (Plasma glucose) 70-110 มก./ดล. และหลังรับประทานอาหารแล้ว 2 ชม. ระดับน้ำตาลจะไม่เกิน 140 มก./ดล. ผู้ป่วยที่ระดับน้ำตาลไม่สูงมาก อาจไม่มีอาการอะไร การวินิจฉัยโรคเบาหวานจะทำได้จากการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด อย่างไรก็ตามระดับน้ำตาลที่สูงกว่าปกติเป็นระยะเวลานาน ๆ สามารถทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังได้

อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวานมีทั้งส่วนที่เป็นผลจากภาวะน้ำตาลสูงโดยตรง และส่วนที่เป็นอาการเนื่องมาจากโรคแทรกซ้อน ได้แก่

- 1) ปัสสาวะบ่อยและมาก ปัสสาวะกลางคืน คนปกติถ้าไม่ดื่มน้ำมากก่อนนอนมักจะไม่ต้องลุกมาปัสสาวะกลางดึกหรือปัสสาวะอย่างมาก 1 ครั้ง ในผู้ป่วยเบาหวานเมื่อระดับน้ำตาลสูงมากเกินความสามารถของไตในการกักเก็บให้น้ำตาลออกมาในปัสสาวะ (พลาสมากลูโคสในเลือดสูงมากกว่า 180 มก./ดล.) จะมีน้ำตาลออกมากับปัสสาวะซึ่งจะดึงน้ำตาลมา ทำให้สูญเสียน้ำไปด้วย จึงมีปัสสาวะมากกว่าคนปกติ ทำให้ต้องลุกขึ้นมาปัสสาวะกลางดึกหลายครั้ง และอาจพบว่าปัสสาวะมีมดคอม
- 2) คอแห้ง กระหายน้ำ ดื่มน้ำมาก ซึ่งเป็นผลจากการที่ร่างกายสูญเสียน้ำมากทางปัสสาวะ
- 3) หิวบ่อย รับประทานจุ แต่น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เนื่องจากร่างกายนำน้ำตาลกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานไม่ได้เพราะอินซูลินไม่เพียงพอ จึงมีการสลายพลังงานออกมาจากไขมันและกล้ามเนื้อ
- 4) ถ้าเป็นแผลจะหายยาก มีการติดเชื้อตามผิวหนัง เกิดฝีบ่อย เนื่องจากน้ำตาลสูงทำให้ความสามารถของเม็ดเลือดขาวในการกำจัดเชื้อโรคลดลง
- 5) มีคันตามผิวหนัง มีการติดเชื้อรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณช่องคลอดของผู้ป่วยเพศหญิงสาเหตุของอาการคันเกิดขึ้นได้หลายอย่าง เช่น ผิวหนังแห้งเกินไป หรือการอักเสบของผิวหนัง ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยเบาหวาน
- 6) ตาพร่ามัว การที่ตาพร่ามัวในผู้ป่วยเบาหวานมีสาเหตุหลายประการ เช่นเป็นเพราะสายตาเปลี่ยน (สายตาสั้นลง) มีน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำตาลไปคั่งอยู่ในตาอาจเกิดจากต้อกระจก หรือจอตาผิดปกติจากโรคเบาหวาน
- 7) ชาปลายมือปลายเท้า หย่อนสมรรถภาพทางเพศเนื่องจากน้ำตาลที่สูงมากๆ ทำให้เส้นประสาทเสื่อม เกิดแผลที่เท้าได้ง่าย เพราะไม่รู้สึกรู้สกว่าจะทราบแผลก็ลุกลามมาก ติดเชื้อได้ง่ายรวมทั้งสมรรถภาพทางเพศลดลง

แนวทางการคัดกรองโรคเบาหวานในผู้ใหญ่

การคัดกรองโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ซึ่งไม่รวมหญิงมีครรภ์ แนะนำให้ตรวจคัดกรองในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเท่านั้น การประเมินความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานอาจใช้วิธีประเมินคะแนนความเสี่ยงหรือใช้เกณฑ์ความเสี่ยงดังนี้ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557)

1. ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป
2. ผู้ที่อ้วน (BMI > 25 กก./ม.2 และ/หรือ มีรอบเอวเกินมาตรฐาน) และมีพ่อ แม่ พี่ หรือ น้อง เป็นโรคเบาหวาน
3. เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอยู่
4. มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติหรือรับประทานยาลดไขมันในเลือดอยู่
5. มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่น้ำหนักตัวแรกเกิดเกิน 4 กิโลกรัม
6. เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็น impaired glucose tolerance (IGT) หรือ impaired fasting glucose (IFG)
7. มีโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease)
8. มีกลุ่มอาการถุงน้ำในรังไข่ (polycystic ovarian syndrome)

ผู้ที่มีเกณฑ์เสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งใน 8 ข้อนี้ควรส่งตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ถ้าปกติให้ตรวจซ้ำ ทุกปีหรือตามคะแนนความเสี่ยงซึ่งประเมินได้

วิธีการคัดกรองโรคเบาหวาน แนะนำให้ใช้การตรวจวัดพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (fasting plasma glucose, FPG, venous blood) ถ้าไม่สามารถตรวจ FPG ให้ตรวจน้ำตาลในเลือดเจาะจาก ปลายนิ้ว (fasting capillary blood glucose) แทนได้ ถ้าระดับ FPG > 126 มก./ดล. ให้ตรวจยืนยันอีกครั้งหนึ่งในวันหรือสัปดาห์ถัดไป ถ้าพบ FPG > 126 มก./ดล. ซ้ำอีก ก็ให้การ วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ในกรณีที่ FPG มีค่า 100-125 มก./ดล. วินิจฉัยเป็น IFG ควร ได้รับการแนะนำให้ป้องกันโรคเบาหวาน โดยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ติดตามวัดระดับ FPG ซ้ำทุก 1-3 ปี ขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงที่มี การคัดกรองโรคเบาหวานอาจจะใช้การตรวจวัด capillary blood glucose จากปลายนิ้วโดยที่ไม่ต้องอดอาหาร ในกรณีที่ไม่ว่างหรือไม่สามารถตรวจระดับ FPG ได้ ถ้าระดับ capillary blood glucose ขณะที่ไม่อดอาหารมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มก./ดล. ควรได้รับการตรวจ ยืนยันด้วยค่า FPG เนื่องจากค่า capillary blood glucose ที่วัดได้มีโอกาสที่จะมีความคลาดเคลื่อน แต่ถ้าระดับ capillary blood glucose ขณะที่ไม่อดอาหารน้อยกว่า 110 มก./ดล. โอกาสจะพบความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดมีน้อย จึงควรได้รับการตรวจซ้ำทุก 3 ปี

การคัดกรองเบาหวานควรทำใน

1. ผู้ที่อายุ 35 ปีขึ้นไป
2. ผู้ที่อ้วน* และมี พ่อ แม่ พี่ หรือ น้อง เป็นโรคเบาหวาน
3. เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือกำลังรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง
4. มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (ระดับไตรกลีเซอไรด์ > 250 มก./ดล.และ/หรือ เอช ดี

แอล คอเลสเตอรอล < 35 มก./ดล.

5. มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม
6. เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็น IGT หรือ IFG
7. มีโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease)
8. มีกลุ่มอาการถุงน้ำในรังไข่ (polycystic ovarian syndrome)

*อ้วน หมายถึง BMI > 25 กก./ม.2 และ/หรือ รอบเอวเท่ากับหรือมากกว่า 90 ซม. ในผู้ชาย หรือ เท่ากับหรือมากกว่า 80 ซม. ในผู้หญิง หรือมากกว่าส่วนสูงหารสองในทั้งสองเพศ (อัตราส่วนรอบเอวต่อส่วนสูงมากกว่า 0.5)

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน มี 4 วิธีได้แก่

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งใน 4 วิธี ดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจนคือ หิวน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลง โดยที่ไม่มีสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่ามากกว่า หรือเท่ากับ 200 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน
2. การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) มีค่า > 126 มก./ดล.
3. การตรวจความทนต่อกลูโคส (75 g Oral Glucose Tolerance Test, OGTT) ถ้าระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาล > 200 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน
4. การตรวจวัดระดับ hemoglobin A1c (HbA1c) ถ้าค่าเท่ากับหรือมากกว่า 6.5% ให้การวินิจฉัยการเป็นโรคเบาหวาน วิธีนี้นิยมใช้ในต่างประเทศ เพราะไม่จำเป็นต้องอดอาหาร แต่จะต้องตรวจวัดในห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานเท่านั้น (NGSP certified and standardized to DCCT assay)

สำหรับผู้ที่ไม่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน ควรตรวจเลือดซ้ำอีกครั้งหนึ่งต่างวันกันเพื่อยืนยัน รายละเอียดการแปลผลระดับพลาสมากลูโคสสรุปไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวินิจฉัยโรคเบาหวาน, Impaired Fasting Glucose (IFG), Impaired Glucose Tolerance(IGT)*

	ค่าปกติ	(IFG)	(IGT)	DM
พลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร FPG (มก./ดล.)	< 100	100 - 125	-	> 126
พลาสมากลูโคสที่ 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม OGTT 2 hr-PG (มก./ดล.)	< 140	-	140 - 199	> 200
พลาสมากลูโคสที่เวลาใดๆ ในผู้ที่มีอาการชัดเจน (มก./ดล.)	-	-	-	> 200

* แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557

ในประเทศไทย ยังไม่แนะนำให้ใช้ HbA 1c สำหรับการวินิจฉัยโรคเบาหวานโดยทั่วไป เนื่องจากยังไม่มี standardization และ quality control ของการตรวจ HbA1c ที่เหมาะสมเพียงพอ และค่าใช้จ่ายในการตรวจยังค่อนข้างแพงเมื่อเทียบกับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ค่า HbA 1c 6.0-6.4% จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคเบาหวาน 25-50%

หลักการดูแลรักษาและควบคุมโรคเบาหวาน

หลักการดูแลรักษาโรคเบาหวาน เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด การรักษาเบาหวานให้ได้ผลดี จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติ หรือผู้ใกล้ชิดในการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การรักษาประกอบด้วย

- 1) การควบคุมอาหาร
- 2) การออกกำลังกาย
- 3) การรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลและ/หรืออินซูลิน
- 4) การผ่อนคลายความเครียด และการเรียนรู้ที่จะดูแลรักษาตนเอง

เป้าหมายในการควบคุมเบาหวาน

เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ควรเริ่มการดูแลรักษาเบาหวานให้เริ่มต้นที่เมื่อให้การวินิจฉัยโรค และควรให้ถึงเป้าหมายของการรักษาโดยเร็วการตั้งเป้าหมายควรให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานในระยะเวลาไม่นาน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมอื่น

ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติตลอดเวลา คือการควบคุมเข้มงวดมาก เป้าหมาย HbA1c < 6.5% (ตารางที่ 2) แต่ไม่สามารถทำได้ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ปัญหาของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เข้มงวดมากคือเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดและน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น โดยทั่วไปเป้าหมายการควบคุมคือ HbA1c < 7.0%

ตารางที่ 2 เป้าหมายการควบคุมเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่

การควบคุมเบาหวาน	เป้าหมาย		
	ควบคุมเข้มงวดมาก	ควบคุมเข้มงวด	ควบคุมไม่เข้มงวด
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร	70 - 110 มก./ดล.	90 - < 130 มก./ดล.	< 150 มก./ดล.
ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 2 ชั่วโมง	< 140 มก./ดล.	-	
ระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุดหลังอาหาร	-	< 180 มก./ดล.	
Hemoglobin A1c (% of total hemoglobin)	< 6.5 %	< 7.0 %	7.0 - 8.0 %

ในการดูแลรักษาเบาหวานมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนหรือมีภาวะโรคแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังน้อยที่สุด จากการศึกษาวิจัยมีข้อมูลสนับสนุนว่าในการควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด มีผลป้องกันและชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง นอกจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้ว ควรให้การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ต่อภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดด้วย เช่น ระดับไขมันในเลือดและระดับความดันโลหิต ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เป้าหมายการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือด

การควบคุม / การปฏิบัติตัว	เป้าหมาย
ระดับไขมันในเลือด	
ระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล*	< 100 มก./ดล.
ระดับไตรกลีเซอไรด์	< 150 มก./ดล.
ระดับ เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล	
ผู้ชาย	40 มก./ดล.

2) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงมากโดยที่ไม่มีกรดคีโตนกั่งและภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่มีกรดคีโตนกั่งในเลือด

ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานและระดับการควบคุมโรคเบาหวานคือยิ่งเป็นโรคเบาหวานระยะเวลานานเท่าใดโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนก็จะมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี แม้ผู้ป่วยจะไม่มีอาการอะไรในระยะแรก แต่ถ้าได้รับการตรวจค้นวินิจฉัยและรักษา รวมถึงการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะแรก ก็จะช่วยลดและชะลอหรือป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนเหล่านั้น นอกจากนี้การเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังยังมีปัจจัยเกี่ยวข้องทางพันธุกรรม ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ความอ้วน การสูบบุหรี่ และการขาดการออกกำลังกาย โรคแทรกซ้อนเรื้อรังอาจแบ่งได้เป็นประเภทใหญ่ ๆ ดังนี้

1) โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดใหญ่ ได้แก่

โรคหลอดเลือดหัวใจ
โรคหลอดเลือดสมอง
โรคความดันโลหิตสูง
โรคหลอดเลือดตีบที่เท้า

2) โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดเล็ก

โรคแทรกซ้อนทางตา
โรคแทรกซ้อนทางไต
โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท

ตารางที่ 4 การประเมินผู้ป่วยเพื่อหาความเสี่ยง/ระยะของโรคแทรกซ้อนและการส่งปรึกษา/ส่งต่อ

รายการ	ความเสี่ยงต่ำ/ไม่มีโรคแทรกซ้อน	ความเสี่ยงปานกลาง/โรคแทรกซ้อนระยะต้น*	ความเสี่ยงสูง/โรคแทรกซ้อนระยะกลาง*	โรคแทรกซ้อนรุนแรง**
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	HbA1c < 7%	HbA1c 7.0-7.9%	HbA1c > 8% หรือมี hypoglycemia > 3 ครั้งต่อสัปดาห์	

รายการ	ความเสี่ยงต่ำ/ไม่มีโรคแทรกซ้อน	ความเสี่ยงปานกลาง/โรคแทรกซ้อนระยะต้น*	ความเสี่ยงสูง/โรคแทรกซ้อนระยะกลาง*	โรคแทรกซ้อนรุนแรง**
โรคแทรกซ้อนที่ไต	ไม่มี proteinuria, urine albumin/creatinine ratio < 30 ไมโครกรัม/มก.	มี urine albumin/creatinine ratio 30-300 ไมโครกรัม/มก.	มี urine albumin/creatinine ratio >300 ไมโครกรัม/มก. หรือ eGFR 30-59 ml/min/1.73 m2 /yr. และมีอัตราการลดลง < 7 ml/min/1.73 m2/yr.	eGFR 30-59 ml/min/1.73 m2 /yr. และอัตราการลดลง >7 ml/min/1.73 m2 /yr หรือ eGFR < 30 ml/min/1.73 m2 /yr.
โรคแทรกซ้อนที่ตา	ไม่มี retinopathy	mild NPDR	moderate NPDR หรือ VA ผิดปกติ	severe NPDR, PDR
โรคแทรกซ้อนที่เท้า	Protective sensation ปกติ peripheral pulse ปกติ	มี peripheral neuropathy, peripheral pulse ลดลง	มีประวัติแผลที่เท้า previous amputation มี intermittent claudication	macular edema มี rest pain พบ gangrene
โรคหัวใจและหลอดเลือด	ไม่มี hypertension ไม่มี dyslipidemia ไม่มีอาการของระบบหัวใจและหลอดเลือด	มี hypertension และ / หรือ dyslipidemia และควบคุมได้ตามเป้าหมาย	ควบคุม hypertension และ / หรือ dyslipidemia ไม่ได้ตามเป้าหมาย	มี angina pectoris หรือ CAD หรือ myocardial infarction หรือ ผ่าตัด CABG มี CVA

รายการ	ความเสี่ยงต่ำ/ไม่มีโรคแทรกซ้อน	ความเสี่ยงปานกลาง/โรคแทรกซ้อนระยะต้น*	ความเสี่ยงสูง/โรคแทรกซ้อนระยะกลาง*	โรคแทรกซ้อนรุนแรง**
				มี heart failure

ที่มา แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557

* ผู้ป่วยมีความเสี่ยงปานกลางและความเสี่ยงสูงควรส่งพบอายุรแพทย์หรือแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางเป็นระยะ

** ผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนเรื้อรังรุนแรงควรส่งพบแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรคเพื่อดูแลรักษาต่อเนื่อง

2.2 โรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงหมายถึง ภาวะที่มีค่าความดันที่หัวใจบีบตัวหรือความดันซิสโตลิก (Systolic Blood pressure) มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือมีค่าความดันที่หัวใจคลายตัวหรือความดันไดแอสโตลิก(Diastolic Blood pressure) มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (JNC8, 2014) โดยสามารถจำแนกออกเป็นประเภทต่างๆ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 5 การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป

Category	Systolic Blood Pressure		Diastolic Blood Pressure
Optimal	<120	และ	<80
Normal	120-129	และ/หรือ	80/84
High-normal	130-139	และ/หรือ	85-89
Grade I hypertension (mild)	140-159	และ/หรือ	90-99
Grade II hypertension (Moderate)	160-179	และ/หรือ	100-109
Grade III hypertension (Severe)	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110
Isolated systolic hypertension (ISH)	≥ 140	และ	<90

ที่มา สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย 2558

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับสิ่งต่อไปนี้

- 1) ความผิดปกติของระบบประสาท ได้แก่ Baroreceptor reflex, Chemoreceptor และ Central Nervous System
- 2) ความผิดปกติของการควบคุมสารเคมีในเลือด ได้แก่ Renin Angiotensin Aldosterone System (RAAS) ในระบบนี้จะตอบสนองเมื่อความดันโลหิตต่ำ โดยจะส่งผลให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด เพิ่มการหลั่งของ Aldosterone ทำให้เกิดการดูดกลับเกลือและน้ำในร่างกาย และเกิดการกระตุ้นระบบ sympathetic ระบบ Natriuretic Peptide Hormone โดยปกติจะเป็นตัวที่ใช้ควบคุมปริมาณน้ำในหลอดเลือด โดยจะไปเพิ่มการขับเกลือและน้ำที่ไต แต่หากเกิดความผิดปกติของระบบนี้จะทำให้เกิดการกักเก็บเกลือและน้ำในร่างกาย ระบบ Hyperinsulinemia ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้จากการสะสมเกลือในร่างกาย เกิดการกระตุ้นระบบประสาท Sympathomimatic ทำให้ระดับแคลเซียมในเซลล์สูงขึ้น ทำให้เกิด Vascular Smooth Muscle Hypertrophy
- 3) กลไกของ Vascular endothelial cell ที่สามารถสร้างสารที่ออกฤทธิ์หดหลอดเลือด เช่น Angiotensin II, Endothelin, และสารที่ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือด เช่น Prostacyclin, Bradykinin, Nitric oxide หากสมดุลของสารเหล่านี้เปลี่ยนไป โดยมีสารที่ทำให้หลอดเลือดหดตัวมากกว่าก็จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงตามมาได้
- 4) การรับประทานโซเดียม แคลเซียม และโพแทสเซียม การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมมากกว่าปกติทำให้มีการกักเก็บเกลือและน้ำในหลอดเลือด เป็นผลทำให้ปริมาณเลือดออกใจหัวใจเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงได้ นอกจากนี้การรับประทานแคลเซียมและโพแทสเซียมน้อยอาจทำให้มีความดันโลหิตสูงจากการขาดสมดุลแคลเซียมในเซลล์และนอกเซลล์ และจากการขาดโพแทสเซียมอาจทำให้แรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายสูงขึ้นได้

ปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิต

ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ดังนี้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

- 1) อายุ ส่วนใหญ่เมื่ออายุมากขึ้น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น ตัวอย่างเช่น ขณะอายุ 18 ปี ความดันโลหิต เท่ากับ 120/70 มม.ปรอท แต่พออายุ 60 ปี ความดันโลหิต อาจจะเพิ่มขึ้นเป็น 140/90 มม.ปรอท แต่ก็ไม่ได้เป็นกฎตายตัวว่าอายุมากขึ้นความดันโลหิตจะสูงขึ้นเสมอไป อาจวัดได้ 120/70 เท่าเดิมก็ได้

2) เวลา ความดันโลหิตจะขึ้นๆ ลงๆ ไม่เท่ากันตลอดวัน ตัวอย่างเช่น ในตอนเช้า ความดันซิสโตลิกอาจจะวัดได้ 130 มม.ปรอท ขณะที่ ตอนช่วงบ่ายอาจวัดได้ถึง 140 มม.ปรอท ขณะนอนหลับอาจวัดได้ต่ำถึง 100 มม.ปรอท เป็นต้น

3) จิตใจและอารมณ์ พบว่ามีผลต่อความดันโลหิตได้มาก ขณะที่ได้รับความเครียด อาจทำให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติได้ถึง 30 มม.ปรอท ขณะที่พักผ่อนความดันโลหิตก็จะสามารถกลับมาสู่ภาวะปกติได้ เมื่อรู้สึกเจ็บปวดก็เป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้เช่นกัน

4) เพศ พบว่าเพศชายจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้บ่อยกว่าเพศหญิง

5) พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ผู้ที่มีบิดาและมารดา เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคนี้มากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติในครอบครัว สิ่งแวดล้อม ที่เคร่งเครียด ก็ทำให้มีแนวโน้มการเป็นโรคความดันสูงขึ้นด้วยเช่นกัน

6) สภาพภูมิศาสตร์ ผู้ที่อยู่ในสังคมเมืองจะพบภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าในสังคมชนบท

7) เชื้อชาติ พบว่าชาวแอฟริกันอเมริกันมีความดันโลหิตสูงมากกว่าชาวอเมริกันผิวขาว

8) ปริมาณเกลือที่รับประทาน ผู้ที่รับประทานเกลือมากจะมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่รับประทานเกลือน้อย ตัวอย่างเช่น ชาวญี่ปุ่นตอนเหนือรับประทานเกลือมากกว่า 27 กรัม/วัน มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงถึง 39% ส่วนชาวญี่ปุ่นตอนใต้รับประทานเกลือวันละ 17 กรัม/วัน เป็นมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพียง 21%

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นอีก ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลสูง มีภาวะอ้วน สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประจำ ขาดการออกกำลังกาย และมีภาวะเครียด เป็นต้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549, Kaplan, 2006)

อาการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอาจจะไม่มีอาการใดๆ เลย หรืออาจพบว่ามีอาการปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะ และเหนื่อยง่ายผิดปกติ อาจมีอาการแน่นหน้าอกหรือนอนไม่หลับ

เป้าหมายในการรักษาความดันโลหิตสูง

คือควบคุมความดันให้ซิสโตลิกน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มม.ปรอทในผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ผู้ป่วยที่มีเบาหวานร่วมด้วย และผู้ป่วยที่มีปัญหาไตวายเรื้อรัง แต่ในคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เป้าหมายอยู่ที่น้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท (JNC 8, 2014)

เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด หลอดเลือดสมอง และไตวาย โรคนี้สามารถนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนทางโรคหัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาตได้ หากไม่ได้รับการดูแลตนเองที่ดีและได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของโรคอัมพาตและยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (Coronary Heart Disease) โรคหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease) และโรคไตวาย (Renal Failure) โดยผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น 3 เท่า มีโอกาสเกิดโรคหัวใจวายเพิ่มขึ้น 6 เท่า และมีโอกาสเกิดอัมพาตเพิ่มขึ้น 7 เท่า โดยความดันโลหิตสูงจะค่อย ๆ ทำให้หลอดเลือดภายในร่างกายค่อย ๆ เสื่อมไป โดยเฉพาะ 3 อวัยวะที่สำคัญคือหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจ รวมทั้งไต ซึ่งเมื่อมีการตีบหรือแตกของหลอดเลือดในอวัยวะสำคัญเหล่านี้จะทำให้เสียชีวิตได้อย่างเฉียบพลันหรือทำให้เป็นอัมพาตได้ จากข้อมูลทางการแพทย์ระบุว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตจากหัวใจวายถึง 60-75 % , เสียชีวิตจากเส้นเลือดในสมองอุดตันหรือแตก 20-30 % และเสียชีวิตจากไตวายเรื้อรัง 5-10 %

นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงยังส่งผลต่อจอประสาทตา อาจทำให้ตาบอดจากการที่เส้นเลือดแดงไปเลี้ยงตาหนาและแข็งตัว ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการที่ความดันโลหิตที่สูงเป็นเวลานานจะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้น และรูเล็กลง ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ส่งผลให้อวัยวะเหล่านี้ทำงานได้ไม่เป็นปกติ ได้แก่

- 1) หัวใจ ความดันโลหิตสูง จะมีผลต่อหัวใจ 2 ทาง คือทำให้หัวใจโต และหลอดเลือดหัวใจหนาตัวและแข็งตัวขึ้น ทำให้เกิดการเจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือด หรือหัวใจล้มเหลว ทำให้มีอาการเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ หรือหัวใจเต้นผิดปกติ ทำให้มีอาการใจสั่น
- 2) สมอง ความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุของอัมพาต อัมพฤกษ์ ที่พบบ่อย ซึ่งมักจะเกิดจากหลอดเลือดเล็ก ๆ อุดตันโดยเกล็ดเลือด ซึ่งพบบ่อยหรือเกิดจากหลอดเลือดในสมองแตก ทำให้เลือดออกในสมอง
- 3) ไต เป็นอวัยวะที่มีหลอดเลือดมากที่สุดในร่างกาย ทำหน้าที่กรองของเสียออกจากเลือด ความดันโลหิตสูงก็มีผลต่อหลอดเลือดที่ไต เช่นเดียวกับหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ มีผลให้ไตเสื่อมสมรรถภาพ จนถึงขั้นไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีอาการเริ่มแรกของภาวะไตวายเรื้อรัง คือ ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ขาบวมตอนสาย หากเป็นมากจะมีอาการอ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรงจากภาวะซีด ซึ่งมักพบในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และคลื่นไส้ อาเจียน ชีพลง ในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย

4) ตา ความดันโลหิตสูงจะมีผลต่อหลอดเลือดที่ตา เช่นเลือดออกที่จอตา หลอดเลือดเล็ก ๆ ที่จอตาอุดตัน หรือ ทำให้จอตาหลุดลอกออกได้ ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการใด ๆ หรือตามัวจนถึงตาบอดได้ เบาหวาน ซึ่งมักพบร่วมกับความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดผลแทรกซ้อนทางตาได้เร็ว

5) หลอดเลือด ความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้หลอดเลือดตีบแคบ หรือโป่งพอง มีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณแขนขาและอวัยวะภายในลดลง ผู้ป่วยเดินไม่ได้ไกลเพราะปวดขาจากการขาดเลือด ต้องนั่งพักจึงจะหาย และเดินต่อไปได้

จากเหตุและปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดส่งผลกระทบต่อร่างกายทำให้เกิดความพิการหรือทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติในการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากขึ้น ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมได้ตามปกติ ทำให้เกิดผลกระทบทางสังคมกับผู้ป่วยตามมาได้ อีกทั้งยังไม่สามารถทำงานเพื่อแบ่งเบาภาระในครอบครัว รวมถึงต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นเวลานานหรือบางรายอาจต้องตลอดชีวิต ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวตามมาได้

แนวทางในการดูแลรักษาความดันโลหิตสูง

เริ่มตั้งแต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยที่ยังไม่ใช้ยา ประกอบด้วยการรับประทานอาหารลดเค็ม ลดไขมัน การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดการสูบบุหรี่และการลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เมื่อยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จึงใช้ยาควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาความดันโลหิตนี้ มีหลายกลุ่มด้วยกัน การเลือกใช้ในทางปฏิบัติมักพิจารณาตามสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ระดับความดันโลหิต และการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย การควบคุมความดันโลหิตเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมเพื่อดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับโรคความดันโลหิตได้ตามปกติ ซึ่งจำเป็นต้องกินยาควบคู่กับการปฏิบัติตนที่เหมาะสม (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

3. ภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรคเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่พบบ่อย

3.1 โรคหลอดเลือดสมอง

สถาบันประสาทวิทยาและสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทยศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มคนไทยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พบกลุ่มผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยง 3 – 17 เท่าตัว โรคเบาหวานเสี่ยง 2 - 4 เท่าตัว และ โรคหัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่ม 2-6 เท่า (สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย, 2550) อย่างไรก็ตาม โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ร้อยละ 80 ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคจึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุด (National Stroke

Association, 2008) จากการศึกษพบว่า ความตระหนักรู้ของประชาชนต่อโรคหลอดเลือดสมอง คือ สิ่งสำคัญที่สุด ที่สามารถลดความพิการและความรุนแรงของโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hickey, et al., 2009)

สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งอเมริกา ปี ค.ศ. 2008 ได้ให้ความหมายของความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมองว่า หมายถึง การที่บุคคล หรือ ประชาชน กลุ่มเสี่ยง และบุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญและตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เกี่ยวกับ อาการเตือน อาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง การรักษา ของโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ในระยะแรกเริ่มและพบว่าความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นกุญแจสำคัญ ที่สามารถลดความพิการ ภาวะโรคและอัตราการเสียชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมองได้ (American Stroke Association, 2008)

กรมควบคุมโรค (2551) รายงานว่าความดันโลหิตสูงสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้ 3 – 17 เท่า และการควบคุมระดับความดันโลหิตจะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 40 (Mackay & Mensah, 2004) เนื่องจากความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดสมองเสียความยืดหยุ่นตีบแคบ และเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันและเกิดการโป่งพองที่ผนังหลอดเลือด เมื่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้นต่อเนื่อง ทำให้หลอดเลือดส่วนที่โป่งพองเกิดการแตก ผลจากการที่หลอดเลือดสมองมีการแตกหรืออุดตันจะทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด และอาจก่อให้เกิดความพิการและภาวะทุพพลภาพตามมาได้

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำได้ทั้งในระดับการป้องกันปฐมภูมิ (Primary prevention) และการป้องกันทุติยภูมิ (Secondary prevention) โดยการป้องกันปฐมภูมิเป็นการป้องกันในระยะก่อนเกิดโรค คือ ป้องกันภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหรือวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Nicol & Thrift, 2005) ส่วนการป้องกันทุติยภูมิ (Secondary prevention) คือ การตรวจวินิจฉัยและการค้นหาความผิดปกติที่มีอยู่ในร่างกายของบุคคลกลุ่มเสี่ยง ก่อนจะแสดงอาการ หรือก่อให้เกิดความผิดปกติในร่างกาย

สถาบันโรคทางระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (American National Institute of Neurological Disorder and Stroke) ประกอบอาการเตือนห้าอาการ(National Institute of Neurological Disorder and Stroke [NINDS]), 2009c) และการแบ่งตามสถาบันโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (Australia's National Stroke Foundation) ประกอบด้วยอาการเตือนหกอาการ (National Stroke Foundation [NSF], 2009) อาการเตือนของทั้งสองสถาบันนั้นมีความคล้ายกันในการดังต่อไปนี้ 1) อาการชา และอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในร่างกายซีกใดซีกหนึ่งอย่างทันทีทันใด 2) อาการสับสน พูดลำบากหรือพูดไม่รู้เรื่องอย่างทันทีทันใด 3) อาการมอง

ไม่ชัดตามัว 1 หรือ 2 ข้างทันทีทันใด 4) อาการเดินเซ เดินลำบาก หรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัว และการทำงานประสานสัมพันธ์ของแขนและขาทันทีทันใด 5) อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุทันทีทันใด และสถาบันโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NSF, 2009) ได้เพิ่มอาการกลืนลำบากอย่างทันทีทันใด เป็นอาการเตือนอีกหนึ่งอาการ อาการนำของทั้งสองสถาบันนี้ มีความคล้ายกับอาการทางคลินิกตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองก่อนรับการรักษา (Cincinnati Prehospital Stroke Scale [CPSS]) ของคณะกรรมการร่วมด้านการช่วยฟื้นคืนชีพ (International Liaison Committee on Resuscitation, 2005) ซึ่งประกอบด้วยสามอาการคือ 1) ใบหน้าอ่อนแรงในขณะที่พยายามยิ้ม 2) แขนอ่อนแรง 3) พูดผิดปกติ พูดไม่ถนัด พูดผิดๆ ถูกๆ หรือพูดไม่ได้

สำหรับประเทศไทยได้จัดบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินไว้ โทรศัพท์หมายเลข 1669 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2552) จะเห็นได้ว่ามีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้ทันเวลา ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการพิการถาวร โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

การควบคุมโรคหรือควบคุมอาการของโรคที่อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองได้แก่

1. ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (American Heart Association, 2008) เนื่องจากภาวะความดันโลหิตทำให้หลอดเลือดที่เลี้ยงสมองเสียความยืดหยุ่นและอาจตีบแคบ ก่อให้เกิดการโป่งพอง เมื่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้นอีก และอาจทำให้หลอดเลือดบางส่วนเกิดการแตกได้
2. โรคอ้วนและการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การรับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองประมาณ ร้อยละ 11
3. โรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงสัมพัทธ์กับโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวานที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นใกล้เคียงกัน
4. ภาวะไขมันในเลือดสูง ระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอล (LDL cholesterol) สัมพันธ์กับการเกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงแคะโรค
5. โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติในกลุ่มอายุเดียวกัน 2 เท่า จากการศึกษาของแฟรมมิงแฮม (Framingham study) พบว่า ภาวะหัวใจ

ห้องบนสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) ที่ไม่มีโรคลิ้นหัวใจร่วมมีความเสี่ยงสัมพันธ์ที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองเกือบ 5 เท่าของคนปกติกลุ่มอายุใกล้เคียงกัน

6. การเจ็บป่วยด้วยภาวะโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน พบว่า ผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ โดยพบว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน และโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำภายใน 90 วันหลังเป็นสูงถึง 17% โดยเฉพาะในช่วงสัปดาห์แรก (AHA/ASA, 2011)

การควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยสามารถแก้ไขได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม (Rosamond et al., 2008) ได้แก่

1. การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ความเสี่ยงของการเกิดโรคเริ่มลดลงหลังจากการหยุดสูบบุหรี่ 2 ปี และลดลงจนถึงระดับที่ไม่พบความแตกต่างกับการที่ไม่เคยสูบบุหรี่หลังการหยุดสูบบุหรี่ได้ 4-5 ปี และการสูบบุหรี่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 100

2. การขาดการออกกำลังกาย สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ถึงร้อยละ 50

3. ความเครียดเรื้อรัง การแยกตัวออกจากสังคม การวิตกกังวล และการดื่มสุราสามารถเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

การควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ แต่สามารถลดความเสี่ยงได้ด้วยการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา ได้แก่

1. อายุ จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด

2. เพศ บางการศึกษา พบว่า เพศหญิงมีความเสี่ยง (Lifetime risk) ที่จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศชาย (Rosamond et al., 2008; Seshadri et al., 2006) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีวัยหมดประจำเดือน

3. พันธุกรรม ผู้ที่มีบิดา มารดา หรือบุคคลในครอบครัว มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้นี้มากกว่าคนปกติ

3.2 โรคหลอดเลือดหัวใจ

กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome; ACS) คือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรง และเฉียบพลัน โดยมีสาเหตุมาจากการฉีกขาดของคราบไขมัน ในหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เป็นผลที่ก่อให้เกิดการอุดตัน หรือมีการไหลเวียนของเลือดลดลงอย่างรุนแรง สาเหตุส่วนใหญ่ของกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เกิดจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี

ที่แข็ง (Atherosclerosis) เมื่อก้อนไขมัน (Plaque) มีการแตกออกของคอลลาเจน (collagen) ที่เป็นส่วนประกอบของผนังหลอดเลือดจะมีการกระตุ้นการทำงานของเกล็ดเลือด (Platelet aggregation) ทำให้เกิดการจับตัวเป็นก้อนสีขาว (White clot) ต่อมา มีปัจจัยด้านเนื้อเยื่อ (Tissue factor) กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับกลไกการแข็งตัวของเลือด (Coagulation factor) รวมตัวกันเป็นลิ่มเลือดที่มีสีแดง (Red clot) หรือลิ่มเลือด (Thrombus) ถ้าขนาดลิ่มเลือดใหญ่จนอุดตันทั้งหมด (Occlusive thrombus) จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จนเกิดอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (Unstable angina) และถ้ากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิน 20 นาที ส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) อาการแสดงทางคลินิกของภาวะผนังหลอดเลือดโคโรนารีแตกขึ้นอยู่กับบริเวณที่แตก ความรุนแรงและระยะเวลาของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Katz & Purcell, 2006) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ก้อนไขมันที่อยู่ในผนังของหลอดเลือดโคโรนารีเกิดการแตก คือ ขนาดของแกนกลางที่เป็นไขมัน (Lipid rich core) เช่น ไขมันที่สะสมอยู่ขณะนั้น การอักเสบของก้อนไขมันซึ่งมีแมคโครฟาจ (Macrophage) แทรกตัวอยู่และขนาดเซลล์กล้ามเนื้อเรียบซึ่งจะไปทำให้ก้อนไขมันอยู่ในสภาวะคงที่ พยาธิสภาพของโรคทำให้มีการทำลายกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจน น้อยลงส่งผลให้ปริมาณเลือดที่บีบออกจากหัวใจใน 1 นาทีและประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกายลดลงเกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกายแบบไม่ใช้ออกซิเจนทำให้มีการสะสมของสารแลคเตท (Lactate) เกิดภาวะความเป็นกรด (Acidosis) ในร่างกาย เป็นเหตุให้กล้ามเนื้ออ่อนล้า (Overbaugh, 2009) ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมในระดับปกติของผู้ป่วยเนื่องจากความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลง (Blinderman, Homel, Billings, Portenoy, & Tennstedt, 2008) จากการศึกษาของ วุฒิพงศ์ สายสงเคราะห์ กมล คุณาประเสริฐ และมยุรี ตั้งเกียรติกำจาย (2010) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลันที่กลับเป็นซ้ำ มีโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 78.7) รองลงมา ได้แก่ ไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวาน (ร้อยละ 51.1 และ 40.4) ตามลำดับ

ประเภทของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ความผิดปกติของหลอดเลือดโคโรนารีมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) ทำให้ผู้ป่วยมาหาแพทย์ด้วยกลุ่มอาการต่างๆ กัน (วสิน พุทธารี, 2550) ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แบ่งตามลักษณะทางคลินิกเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้การวินิจฉัยด้วยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นหลัก ดังนี้

1) กลุ่มอาการชนิดที่มีคลื่นเอสทียก ST-elevation ACS (STE-ACS) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกอย่างเฉียบพลันและคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีคลื่นเอสที (ST-segment) ยกตลอดเวลา เป็น

เวลานานมากกว่า 20 นาที ส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดหัวใจอุดตันสนิท และเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction [MI])

2) กลุ่มอาการชนิดที่ไม่มีคลื่นเอสทียก Non ST-elevation ACS (NSTE-ACS) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกอย่างเฉียบพลัน แต่คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีคลื่นเอสที (ST-segment) หรือคลื่นเอสทีหัวกลับลง (ST-segment depression) หรือคลื่นที (T waves) หัวกลับลง หรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

3) กลุ่มอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (Unstable angina) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นในขณะพัก หรือขณะที่หัวใจทำงานหนัก เช่น มีภาวะเครียด หรือขณะออกกำลังกาย

อาการเจ็บหน้าอก

อาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเจ็บป่วยและตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างทันเวลา รายงานอาการต่อแพทย์ ผู้รักษาอย่างเหมาะสม ลดอัตราการเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล ซึ่งมักมีอาการที่พบได้บ่อย แต่ไม่เสมอไป ดังนี้

- 1) อาการเตือน ได้แก่ เหงื่อออกมากผิดปกติ เหนื่อยง่ายกว่าปกติ
- 2) อาการนำหรืออาการเจ็บหน้าอก ประกอบด้วย อาการเจ็บ แน่น อึดอัด (เหมือนถูกรัด) หน้า (เหมือนถูกกดทับ) จุก เหมื่อย หรืออาการอื่นใดที่ไม่สามารถระบุตำแหน่งได้เฉพาะจุด บอกได้เป็นเพียงบริเวณกว้างๆ เท่านั้น หากผู้ป่วยมีอาการหนัก เช่น ในกรณีที่มีการอุดตันของหลอดเลือด ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการเป็นลมหมดสติ
- 3) อาการร่วม ได้แก่ หายใจลำบาก ไม่เต็มปอด เหนื่อย อ่อนเพลีย และเหงื่อออกผิดปกติ
- 4) ตำแหน่งที่เกิดอาการทั้งหมด หรืออาการปวดร้าว ได้แก่ บริเวณหน้าอก ปวดร้าวที่ศีรษะ ปวดร้าวตรงท้ายทอยและร้าวไปที่หลัง เมื่อบริเวณหัวใจใหญ่ กล้ามเนื้อแขน คอ กรามขากรรไกร

จากการศึกษาของ Atchara Nootaro (2011) พบว่า ผู้ป่วยส่วนน้อย (ร้อยละ 28) เท่านั้นที่มีองค์ประกอบของอาการเจ็บหน้าอกครบ 4 ประการ แต่หากพิจารณาอาการแน่นอึดอัด หายใจลำบาก เหงื่อแตกและไม่สามารถบอกตำแหน่งเฉพาะได้ จะสามารถบอกได้ถึง 2 ใน 3 (ร้อยละ 60) ของผู้ป่วย

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน มีกระบวนการเกิดโรคโดยเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และแบบแผนการดำเนินชีวิตปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวสามารถจำแนกออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1) ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ หมายถึง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่เชื่อว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่

- อายุ มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคและส่งผลทำให้โรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น อาการของโรคมักเกิดอย่างชัดเจนหลังอายุ 40 ปี พบว่า 4 ใน 5 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันอายุเกิน 65 ปี และในอายุที่มากขึ้นผู้หญิงจะเสียชีวิตจากภาวะการหยุดเต้นของหัวใจอย่างกะทันหัน (Heart attack) ได้เป็น 2 เท่าของผู้ชาย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2550)

- เพศในเพศชายวัยสูงอายุและเพศหญิงในวัยหมดประจำเดือน พบว่า มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้มากกว่าสตรีที่ยังไม่หมดประจำเดือน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเสี่ยงในการเกิดโรคจะเพิ่มขึ้นในผู้ที่สูบบุหรี่และรับประทานยาคุมกำเนิด (Munden, 2007)

- พันธุกรรมและเชื้อชาติ โดยส่วนใหญ่ข้อบ่งชี้ของการเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจะพบว่าพันธุกรรมมีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

2) ปัจจัยเสี่ยงหลักหมายถึง ปัจจัยเสี่ยงที่เชื่อว่ามีผลมากต่อการเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ได้แก่

- ภาวะผิดปกติของไขมันในเลือด (Dyslipidemia) จากเกณฑ์วินิจฉัยของ National Cholesterol Education Program (NCEP) Criteria for Dyslipidemia ระบุความผิดปกติของไขมันในเลือด ดังนี้ คอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) มากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dL)(5.18 มิลลิโมลต่อลิตร [mmol/L]) แอลดีแอลคอเลสเตอรอล (LDL cholesterol) สูงกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (3.37 มิลลิโมลต่อลิตร) และเอชดีแอลคอเลสเตอรอล (HDL cholesterol) ต่ำกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (1.04 มิลลิโมลต่อลิตร) (National Cholesterol Education Program [NCEP], 2004)

- การสูบบุหรี่ ในบุหรี่มีสารนิโคติน (Nicotine) ที่มีผลโดยตรงทำให้หลอดเลือดหดเกร็ง เกิดเลือดมาจับกลุ่มกัน ระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์และแอลดีแอลคอเลสเตอรอล (LDL cholesterol) ในเลือดเพิ่มขึ้น ระดับเอชดีแอลคอเลสเตอรอล (HDL cholesterol) ในเลือดลดลงและนอกจากนั้นยังพบว่าขณะสูบบุหรี่จะมีการหลั่งสารแคทีโกลามีน (Catecholamine) ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว ความดันโลหิตสูงหัวใจเต้นเร็ว เพิ่มการใช้ออกซิเจน หัวใจออกแรงบีบตัวเพิ่มขึ้น และยังเพิ่มการหลั่งกรดไขมันอิสระ (Free fatty acid) และกลูโคสส่งผลให้เซลล์เอนโดทีเลียม ได้รับความ

เสียหาย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคขึ้นอยู่กับจำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่กับระยะเวลาในการสูบ ผู้ที่สูบบุหรี่วันละ 1 ซองหรือมากกว่ามีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจแข็งเป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ (กอบกุล บุญปราชญ์, 2549) และจากการศึกษาของฮู (HU, 2008) พบว่า ผู้ที่มีภาวะอ้วนที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสในการเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบ

- โรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้จากภาวะหลอดเลือดเกิดการอักเสบจนแข็งและหนาตัวขึ้นมีผลทำให้หลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเกิดการตีบและทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามมา ในขณะที่ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายมีการหนาตัว (Left ventricle hypertrophy) จะส่งผลทำให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น ทั้งสองปัจจัยนี้จะนำไปอย่างต่อเนื่องและจะนำไปสู่กลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสที่จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ง่ายกว่าคนปกติ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้

- โรคเบาหวาน เบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงและตัวพยากรณ์โรค ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome) และภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะส่งผลทำให้การทำงานของผนังเนื้อเยื่อเอ็นโดทีเลียมเสียหาย (Endothelium dysfunction) และมีเซลล์เม็ดเลือดขาวมาเกาะที่ผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้นซึ่งก่อให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในของหลอดเลือดเกิดการอักเสบของเยื่อภายในมีการแข็งและหนาตัวขึ้น (เสาวลักษณ์ พรหมพงศา, 2551) ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอัตราการเสียชีวิตด้วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันสูงเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวาน และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีสาเหตุจากโรคเบาหวานถึงร้อยละ 20 - 30 ของผู้ป่วยทั้งหมด (สุกษย วัฒนอม ทรัพย์, 2550)

3) ปัจจัยเสี่ยงรอง หมายถึง ปัจจัยเสี่ยงที่เชื่อว่ามีผลน้อยกว่าปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ได้แก่

- ภาวะอ้วน มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จากการศึกษานี้ของเจนเซนและคณะ (Jensen et al., 2008) พบว่าผู้ที่มีน้ำหนักเกิน (Overweight) โดยมีค่าดัชนีมวลกาย 25-29.9 กิโลกรัมต่อเมตร² และผู้ที่มีภาวะอ้วน (Obesity) โดยมีค่าดัชนีมวลกายที่มากกว่า 30 กิโลกรัมต่อเมตร² มีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการของกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายปกติ

- การขาดการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เนื่องจากการออกกำลังกายช่วยชะลอความก้าวหน้าของโรค ลดความรุนแรงในการเกิดภาวะหลอดเลือดหนาตัว (เตือนใจ น้ำทองสกุลและอัจฉราวดี ศรีจรูญ, 2548) การออกกำลังกายแบบ

แอสปาร์ทามิเชื่อว่าสามารถช่วยป้องกันการเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เพราะช่วยเพิ่มระดับ เอชดีแอลคอเลสเตอรอล (HDL cholesterol) ช่วยลดระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอล (LDL cholesterol) ลดคอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) นอกจากนี้การออกกำลังกายส่งผลให้ร่างกายสามารถนำกลูโคส เข้าสู่เซลล์ได้ดีขึ้นโดยมีการเพิ่มความไวต่ออินซูลิน ช่วยลดความดันโลหิตและลดดัชนีมวลกาย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2550)

- ภาวะที่มีระดับของโฮโมซิสเตอินในเลือดสูง (Hyperhomocysteine) เป็นโรคทางพันธุกรรมซึ่งเกิดจากความผิดปกติในขบวนการเมตาบอลิซึมของเมทไธโอนีน (Methionine) ถ้าระดับโฮโมซิสเตอินในเลือดมากกว่า 100 ไมโครโมลต่อลิตร (Micromol/L) จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดกระบวนการของหลอดเลือดเกิดการอักเสบจนแข็งและหนาตัวขึ้นได้ในคนอายุน้อย โดยกลไกการเกิดกระบวนการของหลอดเลือดเกิดการอักเสบจนแข็งและหนาตัวขึ้นจะเกิดจากการที่โฮโมซิสเตอินในเลือดสูงส่งผลทำให้ผนังเนื้อเยื่อเอ็นโดทีเลียมทำงานผิดปกติ (Endothelium dysfunction) เพิ่มออกซิไดซ์แอลดีแอลคอเลสเตอรอล (Oxidized LDL cholesterol) ลดการสร้างเอ็นโดทีเลียมรีแลกซิงแฟกเตอร์ (Endothelial relaxing factor) และกระตุ้นให้เกิดหลอดเลือดอุดตันมากขึ้น (เสาวลักษณ์ พรหมพงศา, 2551)

- รูปแบบพฤติกรรมมารับประทานอาหาร จากการศึกษาของฮู (HU, 2008) พบว่า พฤติกรรมมารับประทานอาหารของชาวตะวันตก ส่วนใหญ่รับประทานอาหารทอด ของขบเคี้ยว อาหารที่มีรสเค็ม ไขมันและเนื้อสัตว์มีโอกาเสี่ยงเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสูงกว่าชาวตะวันออกที่รับประทานอาหารจำพวกถั่วเหลือง

- การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จากการศึกษาของไบยิกและยูจิน (Biyik & Ergene, 2006) พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก ส่งผลต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีปกติ

3.3 ไตเสื่อม (nephropathy)

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม (nephropathy) นั้นมักเกิดจากการที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินไปจนทำให้ไตมีอัตราการกรองที่ผิดปกติและความเสียหายจากการที่ความดันโลหิตที่สูงขึ้นทำให้มีผลต่อหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตมีแรงดันสูงขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ทำให้เนื้อไตเสียหาย ไม่สามารถกรองของเสียที่ขับออกจากร่างกายได้ตามปกติ ทำให้เกิดของเสียคั่งในร่างกาย ระดับการเสื่อมของไตมี 5 ระดับ ระดับที่รุนแรงมากที่สุดคือระดับ 5 มีค่า GFR (glomerular infiltration rate) อยู่ในช่วง 0-14 มิลลิลิตร/นาที/1.732 ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของภาวะไตเสื่อม (end stage renal disease)

อาการของภาวะไตเสื่อม ผู้ป่วยจะมีปัสสาวะน้อยลงจนไม่มีปัสสาวะออกเลย นอกจากนี้ยังมีการบวม ชิด เหนื่อยง่ายและมีอาการของเสียคั่งในร่างกายโดยเฉพาะยูเรีย ในกรณีที่อาการรุนแรงมากจะทำให้

มีอาการในระบบอื่นตามมาเช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ระบบไหลเวียนล้มเหลวได้ในที่สุด การรักษาภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงคือ ต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับของความดันโลหิต รวมถึงการควบคุมอาหารเบาหวาน เกลือและโปรตีน การควบคุมดังกล่าวเป็นการรักษาเพื่อไม่ให้ไตเสื่อมมากขึ้น การมีภาวะไตเสื่อมทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่ไม่พึงประสงค์หลายอย่าง เช่น ชีด ปัสสาวะออกน้อย บวม และอาการกำเริบว้าะที่เกี่ยวข้อง เช่น หอบเหนื่อย เป็นต้น ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความจำเป็นต้องจัดการกับอาการที่ไม่พึงประสงค์เหล่านี้ซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตลดลงได้ นอกจากนี้ในกรณีที่มีภาวะไตเสื่อมในระยะสุดท้ายจะต้องทำการรักษาทดแทนไต ซึ่งจะต้องมีการดูแลที่ซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง

3.4 ปลายประสาทอักเสบ (neuropathy)

ภาวะแทรกซ้อนนี้เกิดจากหลอดเลือดเล็กๆ ที่ไปเลี้ยงปลายประสาทไม่เพียงพอ ทำให้ปลายประสาทอักเสบ (neuropathy) มักพบในผู้ป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีการควบคุมโรคที่ไม่ดี ประกอบกับภาวะหลอดเลือดแข็ง (arthrosclerosis) ทำให้มีภาวะปลายประสาทอักเสบมากขึ้น ปลายประสาทส่วนปลายมักพบว่าการอักเสบได้บ่อย ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีอาการชาที่เท้า และทำให้เกิดแผลที่เท้าได้ง่าย และรักษาหายยาก การรักษาคือการรักษาตามอาการและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้ได้ เพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ยังต้องดูแลทำความสะอาดเท้าและบริหารเท้าทุกวัน และหมั่นตรวจเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลและรักษาแผลตั้งแต่นั้น ๆ

การที่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ปลายประสาท มีผลกระทบกับการทำงานและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยทำให้ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้

3.5 จอประสาทตาเสื่อม (Retinopathy)

ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงที่จอประสาทตาทำให้เกิดหลอดเลือดโป่งพอง แตก และมีการสร้างของหลอดเลือดฝอยที่จอประสาทตา ซึ่งมีความเปราะบางเสี่ยงต่อการแตกทำให้มีเลือดออกและบดบังการมองเห็น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการตามัว ในผู้ป่วยบางรายที่มีการแตกของเส้นเลือดในจอประสาทตาอย่างรุนแรง เกิดการคั่งรั้งของจอประสาทตาทำให้หลุดลอกออกมา เกิดภาวะ Retinal detachment ทำให้ตาบอดได้ในที่สุด

การรักษาส่วนใหญ่จะรักษาโดยใช้เลเซอร์ เพื่อป้องกันไม่ให้มีเลือดออกเพิ่มมากขึ้นในจอประสาทตา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้ได้ เพื่อไม่ให้มีภาวะจอ

ประสาทเสื่อมมากขึ้น นอกจากนิกรใช้สายตาและการนอนสายตาจะช่วยลดความเสี่ยงของโรคนี้ได้ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความจำเป็นที่จะต้องตรวจตาเป็นประจำทุกปี เพื่อคัดกรองภาวะจอประสาทตาเสื่อมเพื่อให้มีการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะต้น ๆ การมีภาวะแทรกซ้อนจอประสาทตาเสื่อมมักพบในผู้ป่วยที่มีการควบคุมระดับเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่ดี ซึ่งภาวะแทรกซ้อนนี้จะรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนปกติ ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตไม่ได้

3.6 หลอดเลือดส่วนปลายตีบหรือตัน (Peripheral Arterial Disease)

ภาวะหลอดเลือดส่วนปลายตีบหรือตัน (Peripheral arterial disease) เกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดบริเวณอวัยวะส่วนปลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงที่ขา มีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะดังกล่าวลดลง จนทำให้อวัยวะต่าง ๆ ถูกทำลาย สูญเสียหน้าที่ไป การที่มีภาวะหลอดเลือดแดงที่ขาตีบจะมีอาการปวดน่องมากเวลาเดิน (claudication) ทำให้ไม่สามารถเดินได้นานต้องนั่งพักสักครู่ อาการปวดน่องจะหายไป ถ้าหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงขาอุดตันจะทำให้ปวดขามาก และเป็นแผลที่ขาและเท้าได้ การดูแลรักษาต้องมีการรักษา โดยการรักษาหลอดเลือด เช่น การตรวจเส้นเลือดที่ตีบตัน และทำการผ่าตัดขยายหลอดเลือด และต้องมีการรักษาแบบประคับประคอง เช่น การจัดการกับอาการปวด การดูแลแผล และการบริหารขาและเท้า

การเกิดโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่อวัยวะสำคัญของร่างกายผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จะทำให้อวัยวะต่าง ๆ เหล่านั้นทำหน้าที่ผิดปกติไป เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติและทุกข์ทรมานกับอาการที่เกิดจากการมีภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่มีความสุขสบายในชีวิต ส่งผลให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง ไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขเหมือนปกติ

4. แนวคิดการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Self-management in chronic illness)

โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ คุกคามต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก อาการของโรคมีโอกาสที่จะกำเริบได้ตลอดเวลา เกิดภาวะเสี่ยงที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ง่าย และการเกิดโรคนี้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน อันจะคงไว้หรือพัฒนาความรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินชีวิตและพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ (Kanfer & Goelick-Buy, 1991) อีกทั้งยัง

สามารถลดความจำเป็นและความต้องการในการทำหัตถการทางการแพทย์ที่ต้องใช้เทคโนโลยีและงบประมาณในการรักษาพยาบาลได้

การจัดการตนเองถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการจัดการตนเองทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ทางสุขภาพได้ ได้แก่การจัดการตนเองเพิ่มขึ้น มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะสุขภาพสูงขึ้น ลดอัตราการเจ็บป่วย อัตราตายและอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Dongbo, et al. 2003) การจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเกิดจากความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพโดยมีฐานความคิดว่าบุคคลมีความสามารถที่จะจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากมีความรู้และทักษะที่จำเป็นและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่จัดการตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองนั้นสามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้แม้ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Bodenheimer, Lorig, Holman, & Grumbach, 2002) เทคนิคการจัดการตนเองได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพของผู้ป่วย (Dongbo et al., 2003) โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นย้ำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคบนพื้นฐานของการกำกับติดตามตนเอง การประเมินผลตนเอง การสร้างเสริมแรงจูงใจ และการประสานความร่วมมือระหว่าง ผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้จัดการตนเองอย่างเหมาะสมเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเฝ้าระวังความเจ็บป่วย การรับรู้ ความรู้ ความเข้าใจ ในพฤติกรรมสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ (Barlow et al., 2002)

คำจำกัดความของการจัดการตนเอง

การจัดการที่ประสบความสำเร็จของการเจ็บป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องใช้วิธีการแบบบูรณาการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันของผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ คำว่าจัดการตนเองถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์การเจ็บป่วยเรื้อรังและเป็นที่ยอมรับในฐานะที่เป็นองค์ประกอบสำคัญในการรักษาผู้ที่มีโรคเรื้อรัง แต่แนวคิดของการจัดการตนเองแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบริบทและมุมมอง ทั้งนี้ นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการจัดการตนเองในลักษณะของการดูแลตนเอง การจัดการตนเอง ไว้หลากหลาย ตัวอย่างเช่น

Creer (2000) การจัดการตนเอง เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมของผู้ป่วยเพื่อควบคุมโรค ลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

Lorig (2001) การจัดการตนเองเป็นกลวิธีที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ตัดสินใจ เลือก ทางเลือกที่เหมาะสมกับตนเองร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยใช้ ทักษะการแก้ปัญหาประกอบการตัดสินใจโดยใช้แหล่งทรัพยากรจากครอบครัว เพื่อน และชุมชน ตามความ จำเป็น

Barlow และคณะ (2002) การจัดการตนเอง คือ ความสามารถของแต่ละบุคคล ในการ จัดการกับอาการ การรักษา ความสำคัญด้านร่างกายและจิตใจ และชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงในการอยู่กับ ภาวะโรคเรื้อรัง

Lorig & Holman (2003) การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นพลวัต ที่ต้องอาศัยการ ปฏิสัมพันธ์และบูรณาการไปกับการใช้ชีวิตประจำวันโดยเน้นย้ำให้ประชาชนมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

Ryan and Sawin (2009) การจัดการตนเองเป็นการเสริมสร้างความรู้และความเชื่อในการ รับรู้สมรรถนะของตนเอง ที่จะตัดสินใจ สะท้อนคิด วางแผน และดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายของตนเอง ตามที่คาดหวังไว้

Richard & Shea (2011) การจัดการตนเองหมายถึง ความสามารถของแต่ละบุคคลร่วมกับ ครอบครัว ชุมชน และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ ในการจัดการอาการการรักษา การเปลี่ยนแปลงวิถี ชีวิตและจิตสังคมวัฒนธรรม และจิตวิญญาณของผลกระทบของสภาวะสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคำจำกัดความของการจัดการตนเองทั้งที่ยกตัวอย่าง และไม่ได้ยกตัวอย่างมา ณ ที่นี้ โดยภาพรวมสามารถสรุปได้ว่าการจัดการตนเองเป็นกระบวนการ กิจกรรม ความสามารถ พฤติกรรม กลวิธี หรือกระบวนการที่ผู้ป่วยยอมรับและรับผิดชอบในการปฏิบัติการ เปลี่ยนแปลงเพื่อจัดการและควบคุมภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยโดยอาศัยความร่วมมือและการมี สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ พร้อมทั้งการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและ แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ

การจัดการตนเอง เป็นทักษะการเรียนรู้และการปฏิบัติที่จำเป็นต้องกระทำแม้จะอยู่ในภาวะ เจ็บป่วยก็ตาม การจัดการตนเองเกิดจากการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งการที่บุคคลนั้นจะ จัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ จะต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง รู้ถึง ผลกระทบที่เกิดขึ้น สามารถเผชิญกับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น รวมถึงการตัดสินใจที่จะจัดการกับ ความเจ็บป่วย การจัดการตนเองถือเป็นความรับผิดชอบของบุคคลซึ่งสามารถเรียนรู้ได้โดยใช้พื้นฐานการมี ส่วนร่วมของบุคลากรสุขภาพซึ่งมีหน้าที่มุ่งใจในการให้ผู้ป่วยเกิดการใฝ่รู้ อยากเรียนรู้ในการแก้ปัญหาและมีความพร้อมในการจัดการกับสถานการณ์ที่มีโอกาสเกิดขึ้น การจัดการตนเองเป็นกระบวนการสนับสนุนให้

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการควบคุมโรค ลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Kanfer & Gaelick-Bay, 1991).

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการตนเอง ของ Kanfer & Goelick-Buy (1991) มาใช้ เพราะเป็นทฤษฎีการจัดการตนเองตั้งแต่ระยะแรกๆ ที่อธิบายแนวคิดการจัดการตนเองที่สามารถเข้าใจและนำไปใช้ได้โดยง่าย ไม่ซับซ้อนเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ของประเทศไทย อีกทั้งยังเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย โดย Kanfer & Goelick-Buy (1991) ได้ให้คำจำกัดความของการจัดการตนเองว่า “เป็นกระบวนการควบคุม กำกับติดตามตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบนพื้นฐานของกระบวนการเรียนรู้และทักษะทางปัญญาจากประสบการณ์ที่ได้รับในอดีต และตัดสินใจนำมาใช้เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ในสิ่งที่ต้องการ” ถือเป็นการเรียนรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นที่จะดำรงไว้ซึ่งความพอใจของบุคคลในการอยู่กับโรคเรื้อรัง

แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง ของ Kanfer & Goelick-Buy (1991) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตสูงสุด เพราะการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่นิยมใช้ในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และได้รับการพิจารณาว่ามีประโยชน์สูงสุดในการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพและความรุนแรงของโรค เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองได้ โดยการประสานความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและตระหนักถึงความสำคัญในการให้การพยาบาลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน การจัดการตนเองนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ แนวทางการรักษา และเป้าหมายของการรักษา การอยู่ร่วมกันกับภาวะเรื้อรัง และจำเป็นต้องมีทักษะความสามารถในการควบคุมโรค จัดการกับอาการ และอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน ปรับวิถีการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับโรคและเรียนรู้การอยู่ร่วมกันกับโรคที่เป็นอยู่ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

- 1.การกำกับติดตามตนเอง (Self-monitoring)
- 2.การประเมินตนเอง (Self-evaluation)
- 3.การสร้างเสริมแรงงใจในตนเอง (Self- reinforcement)

การจัดการตนเองถือว่าเป็นแนวคิดสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ พัฒนาทักษะที่สามารถจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เพราะแนวคิดนี้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักคิด วิเคราะห์ กำกับติดตาม ประเมินผล สร้างเสริมแรงงใจในตนเอง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม บนพื้นฐานของความเชื่อที่ว่าบุคคลทุกคนมีศักยภาพและ

ความสามารถในการควบคุมและจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง อาจจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้

ดังนั้นการจัดการตนเองที่สำคัญในการควบคุมโรคเรื้อรัง(เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ให้อยู่ในภาวะปกติ โรคสงบ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องมีการกำกับติดตามตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ หรือวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันที่ส่งผลต่อการดำเนินของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายและกำกับติดตามการควบคุมระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิต ระดับไขมัน การลดละเลิกหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อโรค ประกอบด้วยการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันและการจัดการเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่พบบ่อย ประกอบด้วยการจัดการ 8 ด้าน ได้แก่ 1) การรับ ประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การลดความเครียด 4) การงดหรือลดการดื่ม แอลกอฮอล์ 5) การงดสูบบุหรี่ หรืองดอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ 6) การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง 7) การ ควบคุมน้ำหนัก 8) การไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเสี่ยงสูง ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่

- 1) การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี
- 2) การจัดการตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังแบบฉุกเฉิน รวมถึงการ โทรศัพทไปขอความช่วยเหลือระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายเลขโทรศัพท์ 1669
- 3) เมื่อมีการกำหนดเป้าหมาย กำกับติดตามการจัดการตนเองแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีวิธีการ ประเมินผลที่เหมาะสมว่าภายหลังการจัดการตนเองแล้ว ประสบความสำเร็จตามที่กำหนดไว้หรือไม่ ปัจจัยที่ เป็นอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถจัดการได้ประสบความสำเร็จคืออะไร เพื่อนำผลการประเมินมาใช้ในการ ปรับปรุงพัฒนาแผนการจัดการตนเองให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ คืออะไร เพื่อส่งเสริมให้เกิดการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้กระบวนการในการจัดการตนเองของผู้ป่วย โรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องเป็นพลวัตร เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ไม่ อยู่นิ่ง

จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าการรักษาระดับน้ำตาลให้อยู่ภายใต้การควบคุมในระดับ ปกติแสดงให้เห็นว่าสามารถลดภาวะแทรกซ้อนของ หลอดเลือดขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ ได้ (ADA, 2011) การจัดการตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับโรคเรื้อรังได้อย่างมีสุขภาวะและมีคุณภาพชีวิตที่ ดี ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต และการจัดการตนเองและโรคให้เหมาะสม เพื่อควบคุมโรคให้สงบ ชะลอหรือลดโอกาสปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งยังจำเป็นต้อง ตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลเพื่อให้สามารถเพิ่มความเป็นไปได้ของการจัดการตนเองให้ยั่งยืน ในระยะยาว

5. การจัดการตนเองที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)

5.1 การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้ป่วยเบาหวาน มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่ละคนมีการดำเนินการของโรค แตกต่างกัน และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน องค์การอนามัยโลก (WHO, 2012) รายงานว่าภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ที่ไม่ได้รับการควบคุมจะทำลายระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาท และระบบหลอดเลือด ส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ สอดคล้องกับ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ที่กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ และลดระดับน้ำตาลในเลือดที่เกาะในเม็ดเลือด (HbA1c) ทุก 1% จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้ถึง 40% ซึ่งความสำคัญอยู่ที่การจัดการในการดูแลตนเอง การจัดการในการดูแลตนเอง (CDC, 2011) ได้กล่าวว่า มีกลยุทธ์ 3 อย่างที่ใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ 1) การรับประทานอาหารที่แคลอรีต่ำ 2) การเพิ่มการออกกำลังกาย และ 3) การใช้เทคนิคในการลดความเครียด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยหลายคนทำแล้วประสบความสำเร็จ แต่อย่างไรก็ตามในระยะยาวยังไม่มีการศึกษา จากการศึกษาของ ผุสดี สระทอง (2556) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่จัดการตนเอง มาไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีผลระดับน้ำตาล ในเลือด $HbA1c \leq 7$ อย่างน้อย 1 ปี จำนวน 18 คน ผลการวิจัยพบว่า การจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วย 7 ประเด็น คือ 1) การเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารจากที่เคยรับประทานมากให้ลดน้อยลง 2) การเพิ่มการออกกำลังกาย 3) การเผชิญความเครียด 4) การพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง 5) การรับประทานยาสม่ำเสมอ 6) การควบคุมตนเอง และ 7) สิ่งสนับสนุนจากครอบครัวและสภาพแวดล้อมซึ่งประเด็นหลัก ที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเริ่มจัดการตนเองก่อน คือ การจำกัดอาหารทั้งด้านปริมาณและชนิด จากนั้นจะเริ่มมีการออกกำลังกายมากขึ้น ด้วยวิธีการต่างๆ ตามที่มีประสบการณ์เริ่มดูแลจิตใจตนเอง ไม่ให้เครียดจนเกินไป ส่วนการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยาที่ได้รับมา ผู้ให้ข้อมูลทุกคนปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เนื่องจากเชื่อว่าจะต้องทำตามที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ เพื่อที่จะไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีข้อเสนอแนะคือทีมดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานควรดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นรายบุคคล เพื่อทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยและนำไปสู่การจัดการตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย

5.2 การจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถทำได้ในผู้ป่วยทุกราย สามารถช่วยชะลอการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงและช่วยลดความดันโลหิต ทำให้สามารถลดปริมาณการ

ใช้ช่วยลดความดันโลหิต ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถทำได้โดยการควบคุมน้ำหนัก การใช้อาหารเพื่อการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง (Dietary Approach to Stop Hypertension [DASH diet]) การออกกำลังกาย การงดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่หรืองดอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ การลดความเครียด และการรับประทานยาตามแพทย์สั่งและการไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอและการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี โดยมีสาระสำคัญดังนี้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

5.2.1 การควบคุมน้ำหนัก สามารถลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ เนื่องจากการศึกษาของ โบเกอร์ (Boger, 2007) พบว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงถึง ร้อยละ 49 เทียบกับผู้มีภาวะอ้วนที่ไม่มีภาวะความดันโลหิต ซึ่งมีความเสี่ยงต่อหัวใจและโรคหลอดเลือดเพียง ร้อยละ 17 การควบคุมน้ำหนักให้ดัชนีมวลกาย (Body mass index) อยู่ในช่วง 18.5-24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร หรือการลดน้ำหนัก โดยการลดน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม จะสามารถลดความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท

5.2.2 การใช้อาหารเพื่อการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง (Dietary Approach to Stop Hypertension [DASH diet]) สามารถลดระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) ได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท โดยหลักในการรับประทาน DASH diet ได้แก่

1) รับประทานผัก ผลไม้ที่ไม่หวานจัด เนื่องจากมีใยอาหาร (Fiber) สูง ใยอาหารจะรวมตัวกับน้ำดีหลังออกมา ช่วยในการย่อยและดูดซึมไขมัน ทำให้น้ำดีไม่มีโอกาสถูกดูดซึมกลับเข้าสู่ร่างกายได้อีก น้ำดีจึงถูกสร้างขึ้นใหม่ที่ตับ ส่งผลให้มีการใช้โคเลสเตอรอลในร่างกายมากขึ้น ทำให้โคเลสเตอรอลที่สะสมอยู่ในร่างกายลดน้อยลง

2) ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมัน ได้แก่ อาหารมัน ของทอด อาหารใส่กะทิ ลดการบริโภคอาหาร อาหารประเภทที่มีไขมันอิ่มตัว

3) การจำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร ลดอาหารเค็มและอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง หลีกเลี่ยงอาหารประเภทดองเค็ม ซอส น้ำปลา ผงชูรส ลดการรับประทานเกลือโซเดียมให้น้อยกว่า 100 มิลลิกรัม/วัน (2.4 กรัมโซเดียม หรือ 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์)

5.2.3 การออกกำลังกาย ควรทำควบคู่กับการควบคุมน้ำหนัก ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การออกกำลังกายแบบไอโซโทนิก (Isotonic exercise) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ ชนิดที่ความยาวของกล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลง และอวัยวะมีการเคลื่อนไหว หรือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก โดยทำอย่างสม่ำเสมอ ความหนักของการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-70 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด)

5.2.4 การงดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 แก้ว/วันในผู้ชาย (เอทานอล 30 กรัม/วัน เช่น เบียร์ 720 มิลลิลิตร ไวน์ 300 มิลลิลิตร วิสกี้ที่ยังไม่ผสม 90 มิลลิลิตร) และไม่เกิน 1 แก้ว/วันในผู้หญิง

5.2.5 การงดสูบบุหรี่หรือการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่ ทำให้มีการหลั่งสาร Catecholamine (เคทีโครามีน) มากขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ส่งผลต่อระดับความดันโลหิต ผู้ที่งดสูบบุหรี่ได้เป็นเวลา 1 ปี จะสามารถลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 50 และเมื่องดสูบบุหรี่ได้เป็นเวลามากกว่า 10 ปีขึ้นไป จะมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่

5.2.6 การจัดการความเครียด แม้ว่าภาวะเครียดจะไม่ใช่อสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง แต่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำให้ระดับความดันสูงขึ้น เนื่องจากมีผลต่อการหลั่งฮอร์โมนที่มีผลต่อการหดตัวของหลอดเลือด มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น

5.2.7 การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง เพื่อให้ได้รับยาที่เหมาะสมกับภาวะของโรค

5.2.8 การไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีและการโทรศัพท์เรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงนั้น เป้าหมายของการรักษา คือ การลดความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ คือ ระดับความดันโลหิตที่ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ป่วยอายุน้อย ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ป่วยหลังเป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต ให้ระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การจัดการตนเองเกิดจากการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง รู้ผลกระทบที่เกิดขึ้น แนวทางการเผชิญอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นและแนวทางการตัดสินใจจัดการกับผลของความเจ็บป่วย (Holman & Lorig, 2003) การจัดการตนเองจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังดีขึ้นและสามารถควบคุมโรคได้ การจัดการตนเองเป็นการเรียนรู้และทักษะการปฏิบัติที่จำเป็นในการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการในภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อจัดการกับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และจัดการกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ รวมถึงความร่วมมือในการรักษา การจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะในการควบคุมโรคเรื้อรังที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ มีการดูแลตนเองที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล, 2550; Keeratiyuttawong, 2005, Wattana, 2006) มีทักษะและสมรรถนะในการจัดการการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและสามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ (Dongbo et al, 2003; Wright, Barlow, Turner & Bancroft, 2003) จากการศึกษาของชูโคสและคณะ (Chodosh et al, 2005) ได้ศึกษาแนวทางการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากรายงานวิจัยจำนวน 13 เรื่องพบว่าการใช้การจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น สามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 5 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกลดลง 4.3 มิลลิเมตรปรอทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของแครี (Creer, 2000) พบว่าหากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่ต้องกระทำ และปฏิบัติตามการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยก็จะมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมและสามารถที่จะควบคุมความดันหรือลดความดันโลหิตได้

สุนันทา เปรื่องธรรมกุล (2550) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนวังสะพุง จังหวัดเลย ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและ ด้านการใช้ยารักษาโรคเบาหวานผู้ป่วยมีระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน พบว่าพฤติกรรมการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานอนามัยตามนัดทุกครั้งและการกินยาหรือฉีดยาตามขนาดที่แพทย์กำหนดผู้ป่วยมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนการไปพบแพทย์ ก่อนวันนัดเมื่อเบาหวานหมดหรือไม่เพียงพอ การหุดยาเบาหวานเองเมื่อรู้สึกมีอาการดีขึ้น การแสวงหายาสมุนไพรหลายๆ ขนานมากเกินไป การลืมกินยา ลืมฉีดยาหรือได้รับยาไม่ตรงเวลา การจัดการกับปัญหา/อุปสรรคเกี่ยวกับการใช้ยาด้วยตนเอง การปรึกษาเพื่อนบ้านที่เป็นโรคเบาหวานเหมือนกันเมื่อมีปัญหาการใช้ยา และการศึกษาหาความรู้หรือขอคำแนะนำจากผู้อื่นเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคเบาหวานนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับของพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

พิสมัย ภูนาเมือง (2551) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดมุกดาหาร ผลการวิจัยพบว่า 1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี พฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ด้านการดูแลและสุขภาพตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ได้แก่ การได้ปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อเกิดความไม่สบายใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การได้ค้นหาความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และการได้หาวิธีผ่อนคลายความเครียดเมื่อมีความเครียด และด้านการดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การไปตรวจตามแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนัดทุกครั้ง การได้ซักถามแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสม และการได้ซักถามแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับอาการแสดงของโรค ความรุนแรงของโรค และแนวทางการรักษา

วันทนา ทิมพุดิ (2550) ศึกษาอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ในโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายมีอุปสรรคในการดูแลตนเอง อุปสรรคด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา การนำความรู้ไปปฏิบัติ และการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก ส่วนอุปสรรคด้านการใช้ยาอยู่ระดับปานกลาง

ศรารินทร์ พิทยะพงษ์ (2551) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพที่อยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้อุปสรรค 2) กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการบริโภคอาหารที่ควรบริโภคและไม่ควรบริโภคอยู่ในระดับดี 3) กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการดูแลตนเองด้านสุขภาพในระดับดีมาก ได้แก่ การรับประทานยา การดูแลตนเองด้านสุขภาพในระดับดี ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การมาตรวจตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงส่วนการดูแลตนเองด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับค่อนข้างดี ได้แก่ การออกกำลังกาย 4) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความดันโลหิตดีและไม่ดีมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการดูแลตนเองด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ด้านอาหารที่ควรบริโภคและไม่ควรบริโภคอยู่ในระดับดี และการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับดีมาก 5) การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กันน้อยถึงน้อยมากกับการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและสุขภาพ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง(เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ในประเทศไทย พบว่า แนวโน้มการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปี พ.ศ. 2552 จากจำนวน 152.59 ต่อประชากร 100,000 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 277.67 ต่อประชากร 100,000 ราย โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบทำให้เสียชีวิตและเกิดความพิการที่อาจจะหลงเหลืออยู่ ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำลงและมีการสูญเสียระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน มีวิธีการรักษาที่ได้รับการยอมรับและถือเป็นมาตรฐานการรักษา ได้แก่ การรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) ให้ออกภายในเวลา 4.5 ชั่วโมงแรกหลังการเกิดอาการ (Onset) ถือว่าระยะเวลานี้เป็น “ชั่วโมงทอง” ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่จะช่วยให้เนื้อสมองของผู้ป่วยถูกทำลายน้อยลงและสามารถฟื้นตัวกลับมาเป็นปกติ แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้เป็นโรคหลอดเลือด

สมองตีบตันเฉียบพลัน ได้รับการรักษาด้วย rt-PA เพียงร้อยละ 26.2 เนื่องจากการตรวจพบอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยหลังจาก 4.5 ชั่วโมงไปแล้ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ล่าช้า และนอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการรักษาด้วย rt-PA ได้ทันเวลา มีเพียง ร้อยละ 2.0 เท่านั้น

จากผลการศึกษาของน้อมจิตต์ นวลเนตร์ และ เดือนเพ็ญ ศรีชา (2555) พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนหนึ่งมีความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจในอาการเตือนของโรค ได้แก่ อาการรู้สึกชาหรือยุบยิบตามแขนหรือขาทันทีทันใด และอาการตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน หรือมองไม่เห็นทันทีทันใด อาจจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ง่ายขึ้น เนื่องจากไม่รับมาพบแพทย์เมื่อมีอาการเหล่านี้ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง (อุมพร แซ่กอ และชนกพร จิตปัญญา, 2557) กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ชนพร วรรณกุล, วิริยา สุขวงศ์ และ อารยา ทิพย์วงศ์, 2556)

นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะจังหวัดสระบุรี มีอัตราป่วยเป็นอันดับ 7 ของประเทศ การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันแก่ประชาชน จะช่วยลดความรุนแรงของโรคและช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ร้อยละ 39.8 เคยมีประสบการณ์รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการเบื้องต้น โดยข้อมูลสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับน้อยที่สุด คือ อาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง ร้อยละ 58.6 รองลงมา คือ อาการปากเบี้ยว ร้อยละ 70.6 และอาการพูดไม่ชัด ร้อยละ 73.3 กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.9 ไม่เคยได้รับคำแนะนำการจัดการเบื้องต้นเกี่ยวกับการจดบันทึกเวลาที่เริ่มมีสัญญาณเตือน และร้อยละ 82.9 ไม่ทราบเบอร์โทรศัพท์ 1669 สำหรับติดต่อรถฉุกเฉิน (ประไพ กิตติบุญดลย์ ศิริธร ยิ่งแรงเริง และสุกัญญ์ ศรีธัญญา, 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาศึกษาการดูแลตนเอง การรับรู้อาการเตือนและโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง มีการศึกษาเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (หัตยาพร มะโน , 2552; น้อมจิตต์ นวลเนตร์ และเดือนเพ็ญ ศรีชา, 2555; วิยะการ แสงหัวช้าง จันทรา จักรสารและคณะ, 2555; ชนพร วรรณกุล วิริยา สุขวงศ์ และอารยา ทิพย์วงศ์, 2556; ประไพ กิตติบุญดลย์ ศิริธร ยิ่งแรงเริง และสุกัญญ์ ศรีธัญญา, 2556; อุมพร แซ่กอ และชนกพร จิตปัญญา, 2557) และโรคหลอดเลือดหัวใจ (สุเพียร

โกคทิพย์ และศิริพร จิรวัดน์กุล, 2555) ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ไม่พบในลักษณะของการศึกษาในประเด็นการจัดการตนเอง การรับรู้อาการเตือนและโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะภาวะแทรกซ้อน และยังไม่พบการศึกษาที่รวมทุกภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวาย โรคจอประสาทตาเสื่อม ความเสื่อมของหลอดเลือด รวมถึงการเกิดการติดเชื้อ แผลที่เท้า และอาการทางระบบประสาทในผู้ป่วยเบาหวาน

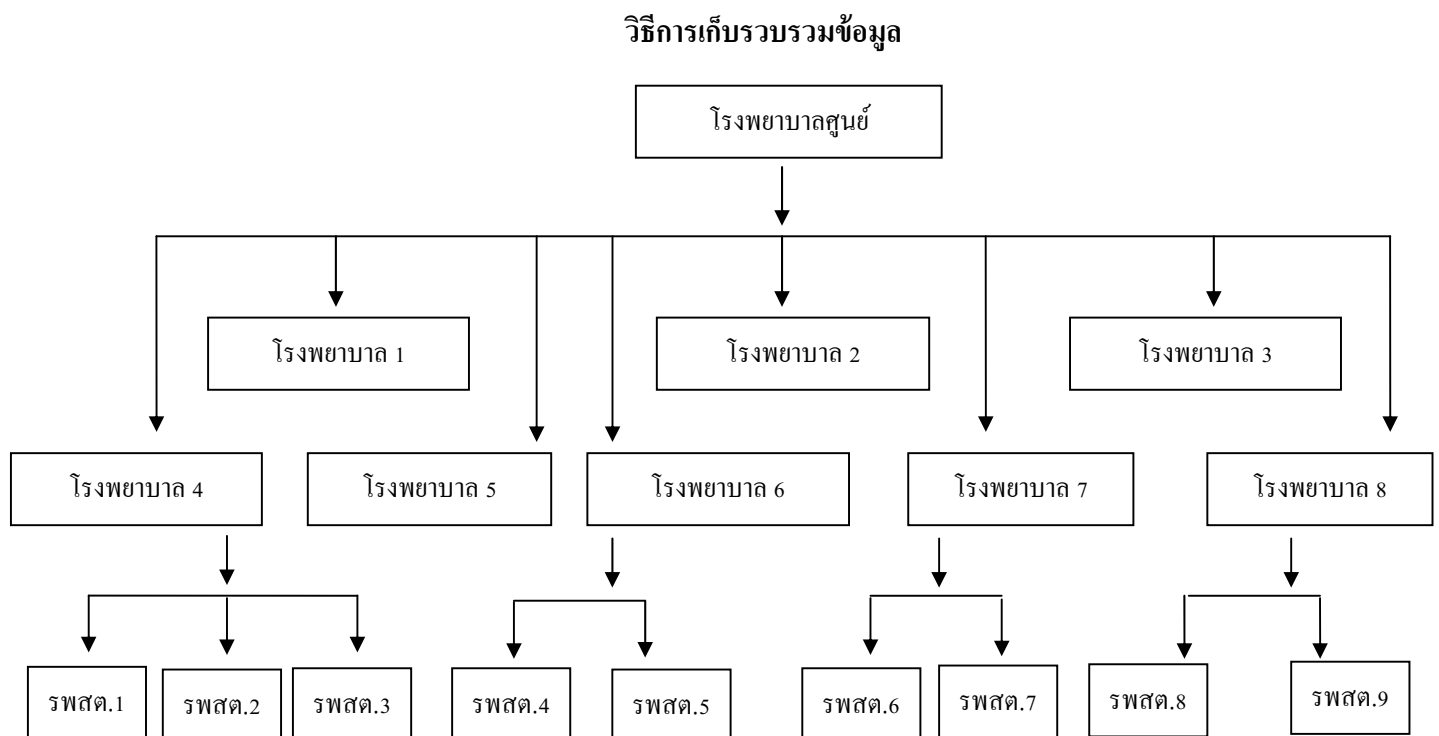
บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง การจัดการตนเอง การรับรู้อาการเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) จังหวัดสระบุรี เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ที่ใช้รูปแบบของการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) แบบ concurrent design คือเป็นการเก็บข้อมูลวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไปพร้อมกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการตนเอง ปัจจัยส่งเสริม อุปสรรค ประสิทธิภาพการจัดการตนเอง การรับรู้ อาการเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง)

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยมีการวางแผนและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2558



แผนภูมิที่ 1 สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

มีการกำหนดสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยได้แก่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตจังหวัดสระบุรี โดยใช้วิธีการสุ่มแบบ Multi-stage random sampling เพื่อให้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างสามารถเป็นตัวแทนของประชากรได้เป็นอย่างดีในทุกระดับของสถานบริการ ทั้งนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลระดับโรงพยาบาลตติยภูมิ ด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี เนื่องจากมีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งเดียวในจังหวัด ส่วนโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิมีทั้งสิ้น 11 โรงพยาบาล สุ่มเลือกมา 8 โรงพยาบาลและเลือกกลุ่มตัวอย่างจากสถานบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิโดยการสุ่มจากพื้นที่ที่ได้รับเลือกจาก 8 โรงพยาบาลทุติยภูมิ และ 1 โรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งสุ่มได้ทั้งหมด 9 แห่ง ตามลำดับ เพื่อให้สามารถเป็นตัวแทนของสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ และสถานบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ รวมสถานที่ในการเก็บข้อมูลทั้งหมดของการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็น 18 แห่ง เพื่อให้สามารถสะท้อนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างครอบคลุมและเป็นตัวแทนของระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิของเขตจังหวัดสระบุรีมีทั้งสิ้น 11 แห่ง แบ่งออกเป็น โรงพยาบาลขนาด 300 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลขนาด 90 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลขนาด 60 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลขนาด 30 เตียง 6 แห่ง โรงพยาบาลขนาด 10 เตียง 2 แห่ง ผู้วิจัยทำการแบ่งออกเป็นสถานบริการสุขภาพทุติยภูมิออกเป็นขนาดใหญ่ 300 เตียง (1 แห่ง) ขนาดกลาง 60-90 เตียง (2 แห่ง) และขนาดเล็ก 10-30 เตียง (8 แห่ง) หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) แบบไม่แทนที่เพื่อเลือกสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลที่มีขนาดใกล้เคียงกัน ได้สถานบริการสุขภาพทุติยภูมิจำนวนทั้งสิ้น 8 แห่งแบ่งออกเป็น โรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ 300 เตียง 1 แห่ง คือโรงพยาบาลพระพุทธบาท โรงพยาบาลขนาดกลาง 1 แห่ง คือโรงพยาบาลแก่งคอย และโรงพยาบาลขนาดเล็ก 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลวิหารแดง โรงพยาบาลเสาไห้ โรงพยาบาลมวกเหล็ก โรงพยาบาลบ้านหมอ โรงพยาบาลหนองโดน และโรงพยาบาลหนองแซง หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อเลือกสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตที่มีสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ อำเภอละ 1 แห่ง รวม 9 อำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโคกสว่าง อ. เมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคันที อ. พระพุทธบาท โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านป่า อ. แก่งคอย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพคลองเรือ อ. วิหารแดง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสวนดอกไม้ อ. เสาไห้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพลำพญากลาง อ. มวกเหล็ก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสว่างไสย อ. บ้านหมอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโป่ง อ. หนองโดน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโคกสะอาด อ. หนองแซง รวมสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเรื่องนี้

คือสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ 1 แห่ง ระดับทุติยภูมิ 8 แห่ง และระดับปฐมภูมิ 9 แห่ง รวมสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 18 แห่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ที่มารับบริการ ณ สถานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ และปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดสระบุรี

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาวิจัยนี้ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง โดยคำนวณมาจากสูตร

1. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในกรณีทราบจำนวนของประชากรและการยอมรับค่าความคลาดเคลื่อนที่จะเกิดขึ้นร้อยละ 1 - 5 วิธีของยามาเน่ (Taro Yamane) (ชานินทร์ ศิลป์จารุ, 2551) จากข้อมูล Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ประจำปี 2557 (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2557) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 91,458 ราย ผู้วิจัยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดประชากร

e คือ คลาดคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 398 คน และเพื่อป้องกันการถดถอยของกลุ่มตัวอย่าง (attrition rate) อีก ร้อยละ 25 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด จำนวน 498 คน

การกำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยนี้

Inclusion criteria

1. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยโรคมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน

2. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มีมารับบริการสถานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในเขตจังหวัดสระบุรี ระดับตติยภูมิ ตติยภูมิ และปฐมภูมิ

3. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูดภาษาไทยได้และยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

Exclusion criteria ได้แก่

- ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ได้แก่ มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก อ่อนเพลียมาก เจ็บหน้าอกและระดับสัญญาณชีพไม่คงที่ มีภาวะหัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ความดัน Systolic มากกว่า 160 mmHg ความดัน Diastolic มากกว่า 90 mmHg

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 1 ชุด คือ แบบสอบถามการจัดการตนเอง การรับรู้อาการเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท แบบสอบถามที่ใช้กับ 1) ผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 2) ผู้ป่วยเบาหวาน 3) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการบทวนวรรณกรรม เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 25 ข้อ เหมือนกันทุกชุด

ส่วนที่ 2 การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือแบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ของ ดร.ชดช้อย วัฒนะ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และผู้วิจัยมีการพัฒนาเครื่องมือการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์จากแบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ ดร. ชดช้อย วัฒนะ

ส่วนที่ 3 การรับรู้อาการเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการบทวนวรรณกรรม

แบบสอบถามการจัดการตนเอง การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังนี้มีทั้งหมด 3 ชุด สำหรับ 1) ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2) โรคเบาหวาน และ 3) โรคความดันโลหิตสูง โดยแบบสอบถามทั้ง 3 ชุดนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วนเหมือนกันทุกชุด แต่จำนวนข้อคำถามแตกต่างกันออกไปในแต่ละชุดดังนี้

แบบสอบถามการจัดการตนเอง การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 2 การจัดการตนเอง เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ จำนวน 21 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นแบบเลือกตอบ 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ประกอบด้วยการรับรู้การเตือนของภาวะแทรกซ้อน จำนวน 8 ข้อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคแทรกซ้อน จำนวน 12 ข้อ การจัดการภาวะแทรกซ้อน จำนวน 12 ข้อ รวมส่วนที่ 1-3 ทั้งหมด 78 ข้อ

แบบสอบถามการจัดการตนเอง การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนที่ 2 การจัดการตนเอง เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ จำนวน 18 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นแบบเลือกตอบ 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ประกอบด้วยการรับรู้การเตือนของภาวะแทรกซ้อน จำนวน 8 ข้อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคแทรกซ้อน จำนวน 10 ข้อ การจัดการภาวะแทรกซ้อน จำนวน 15 ข้อ รวมส่วนที่ 1-3 ทั้งหมด 76 ข้อ

แบบสอบถามการจัดการตนเอง การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 2 การจัดการตนเอง เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ จำนวน 18 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นแบบเลือกตอบ 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ประกอบด้วยการรับรู้การเตือนของภาวะแทรกซ้อน จำนวน 8 ข้อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคแทรกซ้อน จำนวน 8 ข้อ การจัดการภาวะแทรกซ้อน จำนวน 8 ข้อ รวมส่วนที่ 1-3 ทั้งหมด 67 ข้อ

แบบสอบถามการจัดการตนเอง การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 3 ชุดนี้ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลโรคเรื้อรัง 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล 1 ท่าน มีการทดสอบความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้แก่แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้ค่าความเที่ยง .79, .73, และ .77 ตามลำดับ มีการทดสอบความความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 3 โดยใช้ KR20 แบบสอบถามการรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85, .75, และ .88 ตามลำดับ

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามในการ focus group เพื่อศึกษาการจัดการตนเอง ปัจจัยส่งเสริม อุปสรรค และประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) และเพื่อศึกษาการรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและผ่านการพิจารณาให้ข้อเสนอแนะโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 1 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเรื่องการจัดการตนเอง ปัจจัยส่งเสริม อุปสรรค และประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใช้ Descriptive statistics ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้ Content analysis โดยข้อมูลที่บันทึกได้จากการสนทนากลุ่มจะถูกถอดออกมา เขียนเป็นสคริป และคณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล สกัดประเด็นสำคัญ จัดกลุ่มข้อมูลและหาความเชื่อมโยงของข้อมูล สรุปและรายงานผลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพทุทบาท และได้ทำหนังสือประสานงานเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งสิ้น 18 แห่ง พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล หากไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย สามารถปฏิเสธไม่ตอบแบบสอบถามได้ หากผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยให้ผู้วิจัยแจ้งผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อเป็นการยินยอมและยืนยันการเข้าร่วมวิจัย นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยที่ยินยอมให้ข้อมูล สามารถปฏิเสธการตอบข้อซักถามได้กรณีที่ไม่สะดวกใจในการตอบและสามารถยุติการตอบข้อคำถามได้ตลอดเวลาที่ต้องการหยุด หรือกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติได้แก่ เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก อ่อนเพลียมาก เจ็บหน้าอกและระดับสัญญาณชีพไม่คงที่ มีภาวะหัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ความดัน Systolic มากกว่า 160 mmHg ความดัน Diastolic มากกว่า 90 mmHg และผู้เก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นร่วมกับพยาบาลประจำแต่ละแห่งตามอาการ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยไม่พบอาการผิดปกติของกลุ่มตัวอย่างทุกคน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่องการจัดการตนเอง การรับรู้การเตือนโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการตนเอง ปัจจัยส่งเสริม อุปสรรค และประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในรูปแบบของการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) โดยมีการดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพในผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง จำนวน 536 ราย ที่มารับบริการที่สถานบริการสุขภาพในเขตจังหวัดสระบุรี รวม 18 แห่ง ทั้งนี้คณะผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์เรียงตามลำดับดังนี้ คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ และส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาวิจัยนี้ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) จำนวนทั้งสิ้น 536 ราย โดยมีคุณลักษณะดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
ประเภทของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง			
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	231	43.09	
โรคความดันโลหิตสูง	214	39.93	
โรคเบาหวาน	91	16.98	
ประเภทของสถานบริการสุขภาพ			
ระดับปฐมภูมิ	231	43.09	
ระดับทุติยภูมิ	260	48.51	
ระดับตติยภูมิ	45	8.40	

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
อายุ			
20 – 30 ปี	2	0.37	เฉลี่ย 60.74 ปี
31 – 40 ปี	17	3.17	มากที่สุด 94 ปี
41 – 50 ปี	89	16.60	น้อยที่สุด 21 ปี
51 – 60 ปี	144	26.86	
61 – 70 ปี	176	32.84	
71 – 80 ปี	89	16.60	
81 – 90 ปี	18	3.36	
มากกว่า 90 ปี	1	0.19	
ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน	DM&HT	DM	
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	
1 – 5 ปี	85(36.80)	38(41.76)	เฉลี่ย 5.04 ปี
6 - 10 ปี	74(32.03)	23(25.27)	มากที่สุด 36 ปี
11 -15 ปี	21(9.09)	9(9.89)	น้อยที่สุด 1 ปี
16 – 20 ปี	38(16.45)	17(18.68)	
21 – 25 ปี	2(0.87)	1(1.10)	
26 – 30 ปี	8(3.46)	3(3.30)	
มากกว่า 30 ปี	3(1.30)	0	
ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง	DM&HT	HT	
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	
1 – 5 ปี	94(40.69)	108(50.47)	เฉลี่ย 6.29 ปี
6 - 10 ปี	79(34.20)	60(28.04)	มากที่สุด 36 ปี
11 -15 ปี	20(8.66)	19(8.88)	น้อยที่สุด 1 ปี
16 – 20 ปี	31(13.42)	20(9.35)	
21 – 25 ปี	3(1.30)	1(0.47)	
26 – 30 ปี	3(1.30)	5(2.34)	
มากกว่า 30 ปี	1(0.43)	1(0.47)	

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
เพศ			
เพศหญิง	360	66.90	
เพศชาย	176	33.10	
สถานภาพ			
คู่	394	73.51	
โสด	35	6.53	
หม้าย	83	15.49	
หย่า/แยก	19	3.54	
อื่น ๆ (สมณเพศ)	5	0.93	
การศึกษา			
ประถมศึกษา	392	73.13	
มัธยมศึกษา	91	16.98	
อนุปริญญา	17	3.17	
ปริญญาตรี	13	2.43	
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.19	
อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้	22	4.10	
รายได้ต่อเดือน			
0-1000 บาท	201	37.6	
1,001-5000 บาท	146	27.3	
5,001-10,000 บาท	89	16.6	
10,001-15,000 บาท	45	8.4	
15,001-20,000 บาท	24	4.5	
มากกว่า 20,000 ขึ้นไป	31	4.8	
ความเพียงพอของรายได้			
เพียงพอในการใช้จ่าย	330	61.60	
ไม่เพียงพอในการใช้จ่าย	206	38.40	

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของครอบครัว			
มี	278	51.87	
ไม่มี	258	48.13	
โรคร่วม(Comorbidity)			
ปฏิเสธการมีส่วนร่วม	198	36.94	
มีโรคร่วม	338	63.06	
โรคไขมันในหลอดเลือด	211	62.43	
โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	45	13.31	
โรคกระเพาะ	37	10.95	
โรคเก๊าท์	25	7.40	
อื่น ๆ (ถุงลมปอดโป่งพอง กรดไหลย้อน	20	5.92	
ไทรอยด์ มะเร็ง โลหิตจาง วัณโรค)			
โรคแทรกซ้อน			
ไม่มีโรคแทรกซ้อน	381	71.08	
มีโรคแทรกซ้อน	155	28.92	
โรคในระบบประสาทชาปลายมือเท้า	81	52.26	
โรคเบาหวานขึ้นตา	42	27.10	
โรคหัวใจ	13	8.39	
โรคไตวาย	11	7.10	
โรคหลอดเลือดสมอง	8	5.16	
การใช้ยา/อาหารเสริม/สมุนไพร/อื่น ๆ ในการดูแลสุขภาพ			
ไม่มีการใช้	477	88.99	
มีการใช้	36	6.72	
ไม่ระบุ	23	4.29	
การสูบบุหรี่			
ไม่สูบบุหรี่	492	91.79	ระยะเวลาการสูบบุหรี่
สูบบุหรี่	44	8.21	2 – 65 ปี
			จำนวนการสูบบุหรี่

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	42	7.84	3 – 40 มวน/วัน
มีบุคคลในครอบครัว/คนใกล้ชิดสูบบุหรี่	32	5.97	เฉลี่ยการสูบบุหรี่ 10 มวน/วัน
การดื่มเหล้า			
ไม่ดื่ม	485	90.49	ระยะเวลาการดื่ม
ดื่ม	51	9.51	1 – 63 ปี
เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	60	11.19	
มีบุคคลในครอบครัว/คนใกล้ชิดดื่ม	29	5.41	
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร			
ชอบรับประทานอาหารทอด ปิ้งย่าง	194	36.19	1 คน มีได้
รับประทานอาหารรสจัด	179	33.40	มากกว่า 1
รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ	171	31.30	พฤติกรรม
ดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีรสหวาน	166	30.97	
มากกว่า 2 แก้ว/วัน			
รับประทานอาหารจุกจิก	137	25.56	
รับประทานอาหารจานด่วน (Fast food)	52	9.70	
ไม่รับประทานอาหารผัก	15	2.80	
การออกกำลังกาย			
ไม่ออกกำลังกาย	320	59.70	
ออกกำลังกาย	216	40.30	
ไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน	155	71.76	
ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน	61	28.24	
ประเภทของการออกกำลังกาย			
แกว่งแขน	63	29.17	
เดิน	53	24.54	
วิ่ง	22	10.19	
แอโรบิค	10	4.63	

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
ยึดพื้น/ดึงข้อ	4	1.85	
กายบริหาร	4	1.85	
ขี่จักรยาน	2	0.93	
ว่ายน้ำ	1	0.46	
ไม่ระบุ	57	26.39	
ความสามารถในการดูแลตนเอง			
ดูแลตนเองได้	508	94.78	
ต้องมีคนช่วยดูแลเป็นบางเวลา	28	5.22	
บุคคลที่สนิทสนมคอยดูแลให้ความช่วยเหลือ			
บุคคลในครอบครัว/ญาติ/เพื่อนช่วยเหลือ	442	82.46	
ไม่ระบุ	87	16.23	
ไม่มี	7	1.31	
สัมพันธภาพในครอบครัว			
ดี	481	89.74	
พอใช้	53	9.89	
ต้องแก้ไข	2	0.37	
สัมพันธภาพกับเพื่อนบ้าน			
ดี	478	89.18	
พอใช้	57	10.63	
ต้องแก้ไข	1	0.19	
สัมพันธภาพกับบุคลากรด้านสุขภาพ			
ดี	473	88.25	
พอใช้	60	11.19	
ต้องแก้ไข	3	0.56	

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
กิจกรรมคลายเครียด			
มีกิจกรรมคลายเครียด	305	56.90	
ไม่มีกิจกรรมคลายเครียด	192	35.82	
ไม่ระบุ	39	7.28	
สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ			
มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ	305	56.90	
ไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ	195	36.38	
ไม่ระบุ	36	6.72	
การมาตรวจตามนัด			
ตรวจตามนัดทุกครั้ง	521	97.20	
ตรวจตามนัดเป็นบางครั้ง	13	2.43	
ตรวจตามนัดนาน ๆ ครั้ง	2	0.37	
การเดินทางมารับบริการสุขภาพ			
เดินทางมาเอง	340	63.43	
บุตรหลาน ญาติ เพื่อน คนรู้จักพามา	176	32.84	
บริการรับส่งของหน่วยงานต่าง ๆ	20	3.73	

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยเรื่องการจัดการตนเอง การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 536 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตมากที่สุด จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 43.09 รองมาเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 214 คน คิดเป็นร้อยละ 39.93 และน้อยที่สุดคือผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 16.98 เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถานบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิมากที่สุด จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 48.51 มีอายุเฉลี่ย 60.4 ปี อายุมากที่สุด 94 ปี อายุน้อยที่สุด 21 ปี อายุอยู่ในช่วง 61-70 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.84

ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 5.04 ปี โรคความดันโลหิตสูง 6.29 ปี ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากที่สุดและน้อยที่สุดเท่ากันคือ 36 ปี และ 1 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือร้อยละ 66.90 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.51 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 73.13 และมีผู้ที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ร้อยละ 4.10 มีรายได้ต่อเดือน 0 - 1000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 37.6 เพียงพอต่อการใช้จ่ายมากที่สุดร้อยละ 61.60 ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายร้อยละ 38.40 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในครอบครัว ใกล้เคียงกับไม่มีโรคเรื้อรังในครอบครัวคือร้อยละ 51.87 และร้อยละ 48.13 มีโรคร่วมที่นอกเหนือจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.06 โดยมีโรคไขมันในหลอดเลือดสูงมากที่สุด ร้อยละ 62.43 ของโรคร่วมทั้งหมด ไม่มีโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 71.08 มีโรคแทรกซ้อนร้อยละ 28.92 โดยโรคแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาทปลายมือเท้า ร้อยละ 52.26 ส่วนใหญ่ไม่มีการใช้ยา/อาหารเสริม/สมุนไพรอื่น ๆ ในการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 88.99

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 91.79 แต่พบว่าร้อยละ 5.97 มีบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดสูบบุหรี่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 90.49 สำหรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ชอบรับประทานอาหารทอด ปิ้งย่าง (ร้อยละ 36.19) รับประทานอาหารรสจัด (ร้อยละ 33.40) รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ (ร้อยละ 31.30) ชอบดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน มากกว่า 2 แก้ว/วัน (ร้อยละ 30.97) และ รับประทานอาหารจุบจิบ (ร้อยละ 25.56)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 59.70 และกลุ่มที่ออกกำลังกายมีเพียงร้อยละ 28.24 ที่ออกกำลังกายเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานคือมากกว่า 30 นาที/ครั้ง และมากกว่าหรือเท่ากับ 5 วัน/สัปดาห์ ประเภของการออกกำลังกายที่พบมากที่สุดคือการแกว่งแขน ร้อยละ 29.17 รองมาคือการเดิน การวิ่ง และแอโรบิก ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 94.78 สามารถดูแลตนเองได้ มีเพียงส่วนน้อยที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นบางครั้ง มีการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว/ญาติ/เพื่อน ร้อยละ 82.46 สัมพันธภาพกับครอบครัว เพื่อนบ้านและบุคลากรทางสุขภาพ อยู่ในเกณฑ์ดีทั้งหมด มีกิจกรรมคลายเครียดและสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ส่วนใหญ่มาตรวจตามนัด ร้อยละ 97.20 มีเพียงร้อยละ 2.43 และ 0.37 ที่มาตรวจตามนัดเป็นบางครั้งและนาน ๆ ครั้ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เดินทางมารับบริการสุขภาพด้วยตนเอง และมีบุตรหลาน ญาติ เพื่อน คนรู้จักพามา มีเพียงร้อยละ 3.73 ที่เดินทางมารับบริการสุขภาพด้วยพาหนะบริการรับส่งของหน่วยงานต่างๆ

ตารางที่ 7 ประเภทของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำแนกตามระดับสถานบริการสุขภาพ

สถานบริการ	ผู้ป่วยเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง	ผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง	ผู้ป่วยเบาหวาน	รวมทั้งหมด
ระดับปฐมภูมิ	113(21.08)	96(17.91)	22(4.10)	231(43.10)
ระดับทุติยภูมิ	97(18.10)	103(19.22)	60(11.19)	260(48.51)
ระดับตติยภูมิ	21(3.92)	15(2.80)	9(1.68)	45(8.40)
	231(43.10)	214(39.93)	91(16.98)	536(100.00)

เมื่อจำแนกประเภทของผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามระดับของสถานบริการสุขภาพ พบว่าสถานบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังประเภทเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองมาคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานน้อยที่สุด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการจากสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 48.51

ภายหลังจากรายงานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยขอรายงานผลการศึกษาในส่วนของข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนที่สัมพันธ์กับวัตถุประสงค์การวิจัยคือส่วนที่ 1.1 การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ส่วนที่ 1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อน

ส่วนที่ 1.1 การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง)

การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังประกอบด้วยการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อควบคุมความดันโลหิตและ/หรือระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ประกอบด้วยการกำกับติดตามตนเอง การประเมินผลตนเอง และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการจัดการที่สำคัญ 8 ด้านได้แก่ 1) การรับประทานอาหารเพื่อการควบคุมโรค 2) การออกกำลังกาย 3) การลดความเครียด 4) การงดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ 5) การงดสูบบุหรี่ หรืองดอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ 6) การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง 7) การควบคุมน้ำหนัก 8) การไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ โดยคณะผู้วิจัยขอรายงานผลการวิจัยด้านการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตามลำดับ

ตารางที่ 8 คะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ข้อความ	5 (ทำทุก วัน)	4 (5-6วัน/ สัปดาห์)	3 (3-4วัน/ สัปดาห์)	2 (1-2วัน/ สัปดาห์)	1 (0 วัน/ สัปดาห์)	X	SD
1. ฉันกินอาหาร วันละ 3 มื้อ	67.1	12.7	6.6	5.7	7.9	4.26	1.27
2. ฉันกินอาหารรสจัดทุกชนิด	24.3	33.9	17	10	14.8	3.40	1.39
3. ฉันกินอาหารตามที่แพทย์/ พยาบาลแนะนำโดยเคร่งครัด	42.3	23.1	16.2	12.7	5.7	3.84	1.26
4. ฉันลดอาหารมัน อาหารประเภท ทอด หรือผัดที่ใช้ไขมันมาก	20.3	25.7	23.9	25.7	4.4	3.32	1.19
5. ฉันกินอาหารประเภทผักเพิ่มขึ้น และกินผลไม้รสหวานน้อย	41.9	32.4	13.1	8.7	3.9	4.00	1.12
6. ฉันกินอาหารหมักดองหรือตาก แห้ง	33.8	37.2	13.8	7.8	7.4	3.82	1.29
7. ฉันกินอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง	17.1	26.3	25.4	28.5	2.7	3.27	1.13
8. ฉันดื่มน้ำผลไม้หรือน้ำอัดลม	36.4	37.2	12.5	6.1	7.8	3.91	1.33
9. ฉันงดเครื่องดื่มชูกำลังทุกชนิด และเครื่องดื่มเกลือแร่	18.5	6.6	8.8	24.2	41.9	2.36	1.52
10. หากฉันกินอาหารมากไปในมือ ใด มือหนึ่ง ฉันจะลดปริมาณอาหาร ในมือต่อไปหรือไม่กินเลย	20.8	21.2	19.5	20.8	17.7	3.08	1.55
11. ฉันออกกำลังกายก่อนกินอาหาร อย่างน้อย 1-3 ชั่วโมง	35.5	16	12.1	16	20.4	3.27	1.60
12. หากไม่มีความผิดปกติที่เป็นข้อ ห้ามในการออกกำลังกาย ฉันออก กำลังกายตามที่แพทย์/พยาบาล แนะนำอย่างน้อย 30 นาที	27.7	16	13	18.6	24.7	3.03	1.64

ข้อความ	5 (ทำทุก วัน)	4 (5-6วัน/ สัปดาห์)	3 (3-4วัน/ สัปดาห์)	2 (1-2วัน/ สัปดาห์)	1 (0 วัน/ สัปดาห์)	X	SD
13. ฉันคอยสังเกตความผิดปกติที่ ต้องหยุดออกกำลังกาย เช่น ใจสั่น เจ็บหน้าอกหรือเหนื่อยมาก ปวด ศีรษะรุนแรง เจ็บหน้าอกหรือ เหนื่อยมาก	27.5	24.5	9.6	13.1	25.3	3.16	1.57
14. ฉันเริ่มคุมอาหารและออกกำลัง กายอย่างเข้มงวดก่อนที่จะไปพบ แพทย์	25	21.9	13.2	11.8	28.1	3.04	1.57
15. ฉันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัว เพื่อให้น้ำตาลไม่เกิน 130 และค่า ความดันโลหิตไม่ให้เกิน 130/85	31.1	31.1	14.6	10.5	12.7	3.57	1.36
16. ฉันนำผลตรวจน้ำตาลในเลือด ล่าสุดมาใช้ในการปรับการปฏิบัติตัว ให้ดีขึ้น	40.1	36.9	8.1	7.7	7.2	3.95	1.20
17. ฉันคอยระวังค่าน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิตและไขมันในเลือด ไม่ให้สูงกว่าเกณฑ์ที่แพทย์/พยาบาล บอก	40.5	33.1	8.8	8.8	8.8	3.88	1.28
18. ฉันกินยาครบถ้วน ถูกต้องตาม แพทย์สั่ง	77.5	11.9	3.1	0.9	6.6	4.53	1.08
19. ฉันคอยระวังตนเองไม่ให้เครียด หรือหงุดหงิดและหาวิธีคลายเครียด เมื่อรู้สึกหงุดหงิด ขุ่นเคี้ยว หรือ กังวล	45.6	23.7	13.2	9.2	8.3	3.89	1.30
20. ฉันล้างทำความสะอาดเท้า เช็ด	61.9	19.7	9	2.7	6.7	4.27	1.16

ข้อความ	5 (ทำทุก วัน)	4 (5-6วัน/ สัปดาห์)	3 (3-4วัน/ สัปดาห์)	2 (1-2วัน/ สัปดาห์)	1 (0 วัน/ สัปดาห์)	X	SD
ให้แห้งและตรวจเท้าเพื่อดูความผิดปกติตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล							
21. ฉันคอยสังเกตอาการ หากมีอาการผิดปกติเช่น มีแผล อาการชา ปวดเท้า หรือสงสัยมีอาการผิดปกติจากการกินยา ฉันจะรีบไปพบแพทย์	63.1	17.5	9.5	2.7	7.2	4.27	1.19
	38.00	24.22	12.90	12.01	12.87	3.63	0.42

คะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ย 3.63 จากคะแนนเต็ม 5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.42 ซึ่งแสดงว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับดี จากคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือการรับประทานยาครบถ้วนถูกต้องตามแพทย์สั่งมากที่สุด ได้คะแนน 4.53 จากคะแนนเต็ม 5 ส่วนคะแนนการจัดการตนเองที่รองมาคือการล้างทำความสะอาดเท้า เช็ดให้แห้งและตรวจเท้าเพื่อดูความผิดปกติตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล และคอยสังเกตอาการหากมีอาการผิดปกติเช่น มีแผล อาการชา ปวดเท้า หรือสงสัยมีอาการผิดปกติจากการกินยาจะรีบไปพบแพทย์ทันที มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากันคือ 4.27

ส่วนคะแนนการจัดการตนเองที่น้อยที่สุดคือฉันงดเครื่องดื่มชูกำลังทุกชนิดและเครื่องดื่มเกลือแร่ มีคะแนนเฉลี่ย 2.36 จากคะแนนเต็ม 5 และคะแนนเฉลี่ยที่รองมาคือหากไม่มีความผิดปกติที่เป็นข้อห้ามในการออกกำลังกาย ฉันออกกำลังกายตามที่แพทย์/พยาบาลแนะนำอย่างน้อย 30 นาที มีคะแนนเฉลี่ย 3.03 จากคะแนนเต็ม 5 จึงสะท้อนว่าผู้ป่วยยังมีการจัดการตนเองเรื่องการดื่มเครื่องดื่มชูกำลังและเครื่องดื่มเกลือแร่ที่ยังไม่เหมาะสมต่อการควบคุมโรคเพราะในเครื่องดื่มดังกล่าวมีส่วนผสมของน้ำตาลและคาเฟอีนที่มีผลต่อการควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิต เมื่อพิจารณาลำดับของคะแนนเฉลี่ยต่อไปพบว่าจากข้อมูล

ทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายน้อยมากดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงจึงไม่ได้สังเกตอาการผิดปกติที่เป็นข้อห้ามในการออกกำลังกาย

สำหรับร้อยละของการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอทุกวันคือการรับประทานยาครบถ้วน ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 77.5 ร้อยละของการจัดการตนเองที่ได้คะแนนต่อมาคือการรับประทานอาหารเช้า วันละ 3 มื้อ ร้อยละ 67.1 ส่วนร้อยละของการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอทุกวัน ได้คะแนนต่ำสุดคือการกินอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง ร้อยละ 17.1

ตารางที่ 9 คะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อความ	5 (ทำทุก วัน)	4 (5-6วัน/ สัปดาห์)	3 (3-4วัน/ สัปดาห์)	2 (1-2วัน/ สัปดาห์)	1 (0 วัน/ สัปดาห์)	X	SD
1. กินอาหารเช้า วันละ 3 มื้อ	74.7	5.5	9.9	4.4	5.5	4.40	1.17
2. กินอาหารเช้าตามที่แพทย์/พยาบาล แนะนำโดยเคร่งครัด	52.7	28.6	12.1	3.3	3.3	4.24	1.01
3. กินอาหารเช้าประเภทผักเพิ่มขึ้น และกินผลไม้รสหวานน้อย	51.6	27.5	12.1	7.7	1.1	4.20	1.00
4. หากกินอาหารเช้ามากเกินไปในมื้อใด มื้อหนึ่ง ก็จะลดปริมาณอาหารในมื้อ ต่อไปหรือไม่กินเลย	18.9	16.7	14.4	20	30	2.74	1.51
5. กินดื่มน้ำผลไม้หรือน้ำอัดลม	6.7	6.7	8.8	40	37.8	2.04	1.16
6. กินอาหารเช้าประเภททอดหรือผัด	11	33	27.4	17.6	11	3.20	1.31
7. หากไม่มีความผิดปกติที่เป็นข้อห้าม ในการออกกำลังกาย ก็ออกกำลังกาย ตามที่แพทย์/พยาบาลแนะนำอย่าง น้อย 30 นาที	12.2	21.1	26.7	16.7	23.3	2.81	1.36
8. กินออกกำลังกายก่อนกินอาหาร	23.1	21.9	15.4	14.3	25.3	3.02	1.54

ข้อความ	5 (ทำทุก วัน)	4 (5-6วัน/ สัปดาห์)	3 (3-4วัน/ สัปดาห์)	2 (1-2วัน/ สัปดาห์)	1 (0 วัน/ สัปดาห์)	X	SD
อย่างน้อย 1-3 ชั่วโมง							
9. ฉันคอยสังเกตความผิดปกติที่ต้อง หยุดออกกำลังกาย เช่น ใจสั่น เจ็บ หน้าอกหรือเหนื่อยมาก	34.4	15.6	13.3	17.8	18.9	3.29	1.55
10. ฉันออกกำลังกายมากขึ้นเมื่อมี น้ำตาล ในเลือดสูงกว่า 250	18	11.2	13.5	19.1	38.2	2.52	1.53
11. ฉันเริ่มคุมอาหารและออกกำลังกายอย่าง เข้มงวดก่อนที่จะไปพบ แพทย์	28.9	16.7	16.7	12.2	25.5	3.1	1.58
12. ฉันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัว เพื่อให้ น้ำตาลไม่เกิน 130	42.3	30	11.1	4.4	12.2	3.86	1.35
13. ฉันสอบถามผลน้ำตาลในเลือดจาก แพทย์ เพื่อใช้ในการปรับการปฏิบัติ ตัวให้ดีขึ้น	56	25.3	6.6	6.6	5.5	4.20	1.17
14. ฉันคอยระวังความดันโลหิตและ ไขมันในเลือดไม่ให้สูงกว่าเกณฑ์ที่ แพทย์/พยาบาลบอก	50.5	23.1	18.7	4.4	3.3	4.13	1.08
15. ฉันกินยาครบถ้วนถูกต้องตาม แพทย์สั่ง	91.2	3.3	1.1	2.2	2.2	4.79	0.77
16. ฉันตรวจเท้าเพื่อดูความผิดปกติ ตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล	56.6	7.8	7.8	12.2	15.6	3.78	1.58
17. ฉันล้างทำความสะอาดเท้าและเช็ด ให้แห้ง	73.1	9	9	6.7	2.2	4.44	1.05
18. ฉันไปพบแพทย์หากมีแผล ปวด เท้า หรืออาการขาผิดปกติ เจ็บแน่น	47.7	17.8	7.8	11.1	15.6	3.71	1.53

ข้อความ	5 (ทำทุก วัน)	4 (5-6วัน/ สัปดาห์)	3 (3-4วัน/ สัปดาห์)	2 (1-2วัน/ สัปดาห์)	1 (0 วัน/ สัปดาห์)	X	SD
หน้าอก บวม ปัสสาวะผิดปกติ							
	41.64	17.82	12.91	12.26	15.36	3.58	0.42

คะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน มีค่าเฉลี่ย 3.58 จากคะแนนเต็ม 5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.42 ซึ่งแสดงว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับดี นอกจากนี้แล้วยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานสูงสุดลำดับที่ 1 และ 2 เหมือนกับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง คือการรับประทานยาครบถ้วนถูกต้องตามแพทย์สั่ง คะแนน 4.79 จากคะแนนเต็ม 5 และการล้างทำความสะอาดเท้า เช็ดให้แห้ง คะแนน 4.44 และคะแนนรองลงมาเป็นลำดับที่ 3 คือการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ มีคะแนนเฉลี่ย 4.40 ส่วนคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองน้อยที่สุดของผู้ป่วยเบาหวานคือการดื่มน้ำผลไม้หรือน้ำอัดลม โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.04 จึงสะท้อนว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานเกี่ยวกับการดื่มน้ำผลไม้หรือน้ำอัดลมที่มีรสหวานได้ดีเพราะเป็นข้อคำถามด้านลบ

สำหรับร้อยละของการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอทุกวันคือการรับประทานยาครบถ้วน ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 91.2 ร้อยละของการจัดการตนเองที่ได้คะแนนต่อมาคือการรับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อ ร้อยละ 74.7 ส่วนคะแนนการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอทุกวันนี้ย่นที่สุดคือการดื่มน้ำผลไม้หรือน้ำอัดลม ร้อยละ 6.7 ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคได้ดี เพราะเป็นข้อคำถามด้านลบ

ตารางที่ 10 คะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ข้อความ	5 (ทำทุก วัน)	4 (5-6วัน/ สัปดาห์)	3 (3-4วัน/ สัปดาห์)	2 (1-2วัน/ สัปดาห์)	1 (0 วัน/ สัปดาห์)	X	SD
1. กินอาหารรสจัดทุกชนิด	29	33.2	14.5	9.3	14	3.51	1.41

ข้อความ	5 (ทำทุก วัน)	4 (5-6วัน/ สัปดาห์)	3 (3-4วัน/ สัปดาห์)	2 (1-2วัน/ สัปดาห์)	1 (0 วัน/ สัปดาห์)	X	SD
2. กินอาหารตามที่แพทย์/พยาบาล แนะนำโดยเคร่งครัด	36.2	25.4	14.1	17.8	6.5	3.67	1.31
3. กินลดอาหารมัน อาหารประเภท ทอด หรือผัดที่ใช้น้ำมันมาก	28.9	21.3	20.9	24.6	4.3	3.46	1.26
4. กินกินอาหารหมักดองหรือตากแห้ง	28.2	43.7	9.4	7	11.7	3.65	1.35
5. กินกินอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง	20.5	31.9	20	23.8	3.8	3.41	1.17
6. กินปรับการกินอาหารเพื่อให้ความ ดันโลหิตลดลงตามเป้าหมายที่ ต้องการ	28.1	32.9	19	12.4	7.6	3.61	1.23
7. หากไม่มีอาการผิดปกติ กินออก กำลังกายตามที่แพทย์/พยาบาลแนะนำ จนได้เหงื่ออย่างน้อยวันละ 30 นาที	18.8	10.8	15	22.5	32.9	2.57	1.52
8. ขณะออกกำลังกายนั้นคอยสังเกต ความผิดปกติที่ต้องหยุดออกกำลังกาย ทันที เช่น ปวดศีรษะรุนแรง เจ็บ หน้าอกหรือเหนื่อยมาก	37.7	15.9	10.6	16.9	18.9	3.37	1.57
9. กินพยายามหากิจกรรมทำเพื่อให้ได้ เหงื่อในแต่ละวัน	42.4	27.6	10.9	10.5	8.6	3.85	1.31
10. กินตั้งเป้าหมายในการควบคุม ความดันโลหิตไม่ให้เกิน 140/90	32.7	24.5	10.6	10.6	21.6	3.36	1.55
11. กินคอยติดตามค่าความดันโลหิต ว่าสูงเกินกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่	41.8	22.1	9.1	11.1	15.9	3.63	1.50
12. กินงดเครื่องดื่มชูกำลังทุกชนิด และเครื่องดื่มเกลือแร่	39.7	10	4.3	18.2	27.8	3.16	1.72

ข้อความ	5 (ทำทุก วัน)	4 (5-6วัน/ สัปดาห์)	3 (3-4วัน/ สัปดาห์)	2 (1-2วัน/ สัปดาห์)	1 (0 วัน/ สัปดาห์)	X	SD
13. ฉันสอบถามค่าความดันโลหิตจากแพทย์/พยาบาลเพื่อปรับการปฏิบัติตัวให้ดีขึ้น	53.8	20	6.2	11.4	8.6	3.99	1.36
14. ฉันคอยระวังความดันโลหิตและไขมันในเลือดไม่ให้สูงกว่าเกณฑ์ที่แพทย์/พยาบาลบอก	51.2	22.5	8.1	11	7.2	3.99	1.30
15. ฉันกินยาลดความดันโลหิตครบถ้วน ถูกต้องตามแพทย์สั่ง	86.7	6.7	1.4	2.3	2.9	4.72	0.85
16. ฉันคอยระวังตนเองไม่ให้เครียดหรือหงุดหงิด	61.3	19.8	8.5	4.7	5.7	4.26	1.15
17. ฉันหาวิธีคลายเครียดเมื่อรู้สึกหงุดหงิด ขุ่นเคือง หรือกังวล	53.3	23.5	9	9	5.2	4.11	1.20
18. ฉันคอยสังเกตอาการผิดปกติ หากอาการไม่ดีขึ้น ฉันจะรีบไปพบแพทย์	70	16	4.2	5.6	4.2	4.42	1.09
	42.24	22.66	10.88	12.71	11.52	3.72	0.52

คะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ย 3.72 จากคะแนนเต็ม 5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52 ซึ่งแสดงว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดีมาก จากคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองมากที่สุดเหมือนกับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวานคือการรับประทานยาครบถ้วนถูกต้องตามแพทย์สั่งมากที่สุด คือได้คะแนน 4.72 จากคะแนนเต็ม 5 ส่วนคะแนนการจัดการตนเองที่รองมาคือการคอยสังเกตอาการผิดปกติ หากอาการไม่ดีขึ้น ฉันจะรีบไปพบแพทย์ทันที มีคะแนนเฉลี่ย 4.42 ส่วนคะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่น้อยที่สุดคือหากไม่มีอาการผิดปกติ ฉันออกกำลังกายตามที่แพทย์/พยาบาลแนะนำจนได้เหงื่ออย่างน้อยวันละ 30 นาที มีคะแนนเฉลี่ย 2.57 และเมื่อพิจารณา

ลำดับของคะแนนเฉลี่ยต่อมาพบว่าฉันงัดเครื่องดื่มชูกำลังทุกชนิดและเครื่องดื่มเกลือแร่ มีคะแนนเฉลี่ย 3.16 จากคะแนนเต็ม 5 ซึ่งคล้ายกับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงดังที่กล่าวมาข้างต้นคือ ผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตจากกลุ่มตัวอย่างนี้มีการออกกำลังกายน้อยมาก จึงไม่สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องคอยเฝ้าระวัง และการจัดการตนเองเรื่องการงดเครื่องดื่มชูกำลังทุกชนิดและเครื่องดื่มเกลือแร่ยังอยู่ในระดับต่ำซึ่งถือว่าการจัดการตนเองยังไม่มีดี

สำหรับร้อยละของการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอทุกวันคือการรับประทานยาครบถ้วนถูกต้องตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 86.7 ร้อยละของการจัดการตนเองที่ได้คะแนนต่อมาคือการคอยสังเกตอาการผิดปกติ หากอาการไม่ดีขึ้นจะรีบไปพบแพทย์ ร้อยละ 70.0 ส่วนร้อยละของการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมออย่างน้อยที่สุดคือหากไม่มีอาการผิดปกติฉันออกกำลังกายตามที่แพทย์/พยาบาลแนะนำจนได้เหงื่ออย่างน้อยวันละ 30 นาที ร้อยละ 18.8 ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับต่ำ

ส่วนที่ 1.2 การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อน

การรับรู้การเตือนและการรับรู้โอกาสเสี่ยง เป็นความเชื่อหรือความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ต่ออาการเตือนและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวาย โรคจอประสาทตาเสื่อม ความผิดปกติของระบบประสาท รวมถึงการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนการจัดการภาวะแทรกซ้อนหมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ปฏิบัติตัวจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อป้องกันและการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ได้แก่ การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี การจัดการตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังแบบฉุกเฉิน รวมถึงการโทรศัพท์ไปขอความช่วยเหลือระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายเลขโทรศัพท์ 1669

คณะผู้วิจัยขอรายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้การเตือน การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามลำดับ ดังนี้

ตารางที่ 11 ร้อยละการรับรู้อาการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

อาการเตือน	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. เมื่อเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแล้วไม่รักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย หรือไม่ออกเลย	63.14	18.18	17.18
2. เมื่อเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทำให้มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบ	70.56	19.05	10.39
3. เมื่อเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทำให้เป็นอัมพาต กล้ามเนื้อของแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด สับสน ได้	76.19	13.85	9.96
4. เมื่อเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จะทำให้จอตาลเสื่อม อาจถึงตาบอดได้	87.39	6.09	6.52
5. อาการที่เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้แก่ เหงื่อออกมากผิดปกติ ตัวเย็น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น	83.33	7.02	9.65
6. อาการมือเท้าชาเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน	82.89	6.58	10.53
7. อาการที่เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย คอแห้ง กระหายน้ำ น้ำหนักลด	82.02	7.89	10.09
8. ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดแผลที่เท้ามากกว่าคนปกติและเมื่อเป็นแล้วแผลหายยาก	90.79	4.39	4.82

จากร้อยละของการรับรู้อาการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงพบว่าร้อยละการรับรู้การเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากที่สุดคือการรับรู้ที่ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลที่เท้ามากกว่าคนปกติและเมื่อเป็นแล้วแผลหายยาก ร้อยละ 90.79 ส่วนร้อยละการรับรู้การเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดคือ การรับรู้การเตือนของโรคไตวาย คือเมื่อเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแล้วไม่รักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย หรือไม่ออกเลย ร้อยละ 63.14 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงยังมีคะแนนการรับรู้การเตือนของภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าร้อยละ 80 คืออาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบ และอาการกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด สับสน ซึ่งสะท้อนว่าการรับรู้การเตือนค่อนข้างน้อย เพราะถ้าผู้ป่วยไม่มีการรับรู้ดังกล่าวหรือมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องและเมื่อเกิด

อาการของภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวแล้วจะทำให้เกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนนั้นมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น

ตารางที่ 12 ร้อยละการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

รายการ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ชอบรับประทานอาหารรสหวาน ผลไม้รสหวาน และขนมหวาน จะทำให้ควบคุมโรคไม่ได้	90.04	6.93	3.03
2. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ชอบรับประทานอาหารประเภท ของทอด กะทิ ไขมัน เนื้อสัตว์ติดมัน เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล อาหารเค็มจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา	90.91	5.19	3.90
3. การออกกำลังกาย/การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องเป็นประจำสม่ำเสมอจะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติได้	90.48	3.46	6.06
4. การทำจิตใจให้แจ่มใสและพักผ่อนให้เพียงพอทำให้การควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น	92.61	2.61	4.78
5. การควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนทำให้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	88.31	6.49	5.19
6. การเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคไตวายได้ง่ายกว่าคนปกติ	89.18	3.90	6.93
7. การเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำให้ตาพร่ามัว หรือตาบอดได้	95.24	0.43	4.33
8. การเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่ายกว่าคนปกติ	91.34	2.16	6.49
9. การเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต ได้ง่ายกว่าคนปกติ	93.07	1.30	5.63
10. การเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าปกติ	93.94	1.30	4.76

รายการ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
11. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าคนทั่วไป	87.88	2.60	9.52
12. การดื่มเหล้าส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง	37.23	46.75	16.02

จากร้อยละของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงพบว่าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดีคือมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 87.88 – 95.24 ยกเว้นการรับรู้เรื่องการดื่มเหล้าส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงนั้นมีการรับรู้ที่ถูกต้องน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 37.23 เท่านั้น ทั้งนี้จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ว่าการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และความเครียด การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมไขมันในเลือด การงดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา มีผลต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ และผู้ป่วยยังรับรู้ว่าการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคไตวาย ตาพร่ามัวหรือตาบอด โรคหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต ได้ง่ายกว่าคนปกติทั่วไป

ตารางที่ 13 ร้อยละของการจัดการภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

การจัดการภาวะแทรกซ้อน	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างถูกต้องจะทำให้ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นมีความรุนแรงลดลง	96.10	1.30	2.60
2. การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มสามารถลดอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงได้	96.10	2.16	1.73
3. การรับประทานยาสม่ำเสมอสามารถ ควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้	96.54	1.73	1.73
4. การทำจิตใจให้สบาย ไม่หงุดหงิดโมโหง่าย ช่วยให้อัตราน้ำตาลและความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ	93.07	2.16	4.76
5. การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับ	94.37	0.87	4.76

การจัดการภาวะแทรกซ้อน	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแม้ไม่มีอาการผิดปกติ			
6. การหมั่นสังเกตอาการบวม ปัสสาวะออกน้อยเป็นหน้าที่สำคัญของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงทุกคนต้องทำ	84.42	5.19	10.39
7. เมื่อผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีอาการใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก ควรรีบไปโรงพยาบาลทันที	91.34	3.03	5.63
8. ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอจะทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้	93.51	1.30	5.19
9. ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงควรเลิกสูบบุหรี่/หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่	88.70	1.74	9.57
10. ถ้าผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงมีอาการแขนขาชา อ่อนแรง พูดไม่ชัด มุมปากตก หลับตาไม่สนิท ท่านจะรีบไป ร.พ. ใกล้บ้านภายในระยะเวลา 3-4.5 ชั่วโมง	75.76	6.06	18.18
11. ถ้าผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเหนื่อยหอบ ใจสั่น ท่านจะรีบไป ร.พ. ใกล้บ้านภายในระยะเวลา 1 ชั่วโมง	81.82	4.33	13.85
12. ถ้าท่านเกิดอาการผิดปกติเช่น หน้ามืด หมดสติ เจ็บแน่นหน้าอก แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ท่านจะโทรศัพท์ 1669	70.43	10.43	19.13

จากร้อยละของการจัดการภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีการจัดการภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี โดยมีร้อยละของการจัดการภาวะแทรกซ้อนอยู่ระหว่าง 70.43 - 96.54 ทั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นเกี่ยวกับการรับประทานยาสม่ำเสมอมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 96.54 รองมาได้แก่การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างถูกต้อง และการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม มีคะแนนเท่ากันคือร้อยละ 96.10 และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีร้อยละของการจัดการภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ 1) ถ้าเกิดอาการผิดปกติเช่น หน้ามืด หมดสติ เจ็บแน่นหน้าอก แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ท่านจะโทรศัพท์ 1669 2) ถ้ามีอาการแขนขาชา อ่อนแรง พูดไม่ชัด มุมปากตก หลับตาไม่สนิท ท่านจะรีบไป ร.พ. ใกล้บ้านภายในระยะเวลา 3-4.5 ชั่วโมง และ 3) ถ้ามีอาการเจ็บแน่น

หน้าอก เหนื่อยหอบ ใจสั่น ท่านจะรีบไป ร.พ. ใกล้บ้านภายในระยะเวลา 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 70.43, 75.76, และ 81.82 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายละเอียดของการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงพบว่าผู้ป่วยมีการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่ดีเกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การรับประทานยาสม่ำเสมอ การทำจิตใจให้สบาย ไม่หงุดหงิดโมโหง่าย การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี การหมั่นสังเกตอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย อาการใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และการเลิกสูบบุหรี่/หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่

ตารางที่ 14 ร้อยละของการรับรู้อาการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน

อาการเตือน	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. เมื่อเป็นโรคเบาหวานแล้วไม่รักษาอย่างต่อเนื่องอาจทำให้เกิดอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย หรือไม่ออกเลย	61.54	38.46	0
2. อาการที่เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้แก่เหงื่อออกมากผิดปกติ ตัวเย็น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น	85.71	3.30	10.99
3. อาการมือเท้าชาเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน	86.81	5.49	7.69
4. อาการที่เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย คอแห้ง กระหายน้ำ น้ำหนักลด	84.62	7.69	7.69
5. โรคเบาหวานมีโอกาทำให้เกิดการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบ	65.56	16.67	17.78
6. คนที่เป็นเบาหวาน อาจจะทำให้เกิดอาการอัมพาต แขนขาอ่อนแรง พวดะถูกตะกัก สับสน ตาพร่า เดินเซ	72.55	15.38	12.09
7. ผู้ป่วยเบาหวานและมีน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานจะทำให้จอตาเสื่อมอาจถึงตาบอดได้	90.11	5.49	4.40
8. ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาเกิดแผลที่เท้ามากกว่าคนปกติและเมื่อเป็นแล้วแผลหายยาก	92.31	5.49	2.20

จากร้อยละของการรับรู้ว่าการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานพบว่ามีความระหว่างร้อยละ 61.54- 92.31 โดยร้อยละของการรับรู้ว่าการเตือนมากที่สุดและน้อยที่สุดของผู้ป่วยเบาหวานเหมือนกับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงคือผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสของการเกิดแผลที่เท้ามากกว่าคนปกติและเมื่อเป็นแล้วแผลหายยากมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 92.31 รองมาได้แก่การรับรู้ว่าการเตือนของโรคจอประสาทตาเสื่อมหรือตาบอดได้ ร้อยละ 90.11 ส่วนร้อยละของการรับรู้การเตือนที่น้อยที่สุดได้แก่ การรับรู้การเตือนของโรคไตวายคือ เมื่อเป็นโรคเบาหวานแล้วไม่รักษาอย่างต่อเนื่องอาจทำให้เกิดอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย หรือไม่ออกเลย ร้อยละ 61.54 รองมาได้แก่ โรคเบาหวานมีโอกาทำให้เกิดการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบ ร้อยละ 65.56 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานรับรู้ว่าเป็นเบาหวาน อาจจะทำให้เกิดอาการอัมพาต แขนขาอ่อนแรง พุงตุงอกตึง กัก สับสน ตาพร่า เดินเซ ในระดับน้อยคือเพียงร้อยละ 72.55 นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้การเตือนของภาวะแทรกซ้อนในระดับดีคือมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป ได้แก่ อาการที่เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง อาการที่เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และอาการแทรกซ้อนทางระบบประสาท

ตารางที่ 15 ร้อยละของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน

รายการ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ชอบรับประทานอาหารรสหวาน ผลไม้รสหวาน จะมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	95.60	2.20	2.20
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่ชอบรับประทานอาหารประเภท ของทอด กะทิ เนื้อสัตว์ ไขมันจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง	85.56	6.67	7.78
3. การออกกำลังกาย/การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ทำให้คุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น	89.01	4.40	6.59
4. การทำจิตใจให้แจ่มใสและพักผ่อนให้เพียงพอทำให้การควบคุมโรคได้ดีขึ้น	91.21	5.59	3.30
5. การควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนทำให้ไม่มีโรคแทรกซ้อน เช่น โรคความดันโลหิตสูง	89.01	3.30	7.69
6. การเป็นโรคเบาหวานทำให้เกิดโรคไตวายได้ง่ายกว่าคนปกติ	87.91	4.40	7.69

รายการ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
7. การเป็นโรคเบาหวานทำให้ตาพร่ามัวหรือตาบอดได้	95.60	3.30	1.10
8. การเป็นโรคเบาหวานทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่ายกว่าคนปกติ	84.62	5.49	9.89
9. การเป็นโรคเบาหวานทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต ได้ง่ายกว่าคนปกติ	83.52	8.79	7.69
10. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอยู่เสมอทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานได้	92.30	4.40	5.50

จากคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดีคือมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 83.52 – 95.60 โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีร้อยละของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับการรับประทานอาหารรสหวาน ผลไม้รสหวานจะมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้ และการเป็นโรคเบาหวานทำให้ตาพร่ามัวหรือตาบอดได้ มากที่สุดเท่ากันคือร้อยละ 95.60 ส่วนคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่น้อยที่สุดคือการเป็นโรคเบาหวานทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต ได้ง่ายกว่าคนปกติ ร้อยละ 83.52 และการเป็นโรคเบาหวานทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่ายกว่าคนปกติ ร้อยละ 84.62 นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วย การรับรู้ว่าการรับประทานอาหารประเภท ของทอด กะทิ เนื้อสัตว์ ไขมันจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง การออกกำลังกาย/การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงทำให้คุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น การควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนทำให้ไม่มีโรคแทรกซ้อน การทำจิตใจให้แจ่มใสและพักผ่อนให้เพียงพอทำให้การควบคุมโรคได้ดีขึ้น และการเป็นโรคเบาหวานทำให้มีโอกาสร้อยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตวายได้ง่ายกว่าคนปกติ

ตารางที่ 16 ร้อยละของการจัดการภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานทั่วไป

การจัดการภาวะแทรกซ้อน	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. ท่านมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพราะจะทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	95.51	3.37	1.12

การจัดการภาวะแทรกซ้อน	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
2. ท่านเลิกสูบบุหรี่/หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่	86.55	11.24	2.25
3. ท่านมีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานทุกปี	93.26	3.37	3.37
4. ถ้าท่านมีอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย ท่านจะบอกแพทย์/พยาบาลทุกครั้ง	79.77	13.48	6.74
5. ถ้าท่านมีอาการแขนขาชา อ่อนแรง พุงไม่ชัด มุมปากตก หลับตาไม่สนิท ท่านจะรีบไป ร.พ. ใกล้บ้านภายในระยะเวลา 3-4.5 ชั่วโมง	81.32	14.28	4.40
6. ถ้าท่านมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยหอบ ใจสั่น ท่านจะรีบไป ร.พ. ใกล้บ้านภายในระยะเวลา 1 ชั่วโมง	89.01	4.40	6.59
7. ถ้าท่านเกิดอาการผิดปกติเช่น หน้ามืด หมดสติ เจ็บแน่นหน้าอก แขนขาอ่อนแรง พุงไม่ชัด ท่านจะโทรศัพท์ 1669	76.92	7.70	15.38

จากร้อยละของการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานพบว่ามีการจัดการภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับค่อนข้างดี โดยมีร้อยละของการจัดการภาวะแทรกซ้อนอยู่ระหว่าง 76.92 – 95.51 ทั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นมากที่สุดเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพราะจะทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 95.51 รองมาได้แก่การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานทุกปี ร้อยละ 93.26 และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีร้อยละของการจัดการภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ 1) การจัดการเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองคืออาการหน้ามืด หมดสติ เจ็บแน่นหน้าอก แขนขาอ่อนแรง พุงไม่ชัด ท่านจะโทรศัพท์ 1669 2) การจัดการเมื่อเกิดโรคไตวาย คืออาการบวม ปัสสาวะออกน้อย ท่านจะบอกแพทย์/พยาบาลทุกครั้ง และ 3) การจัดการเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คืออาการแขนขาชา อ่อนแรง พุงไม่ชัด มุมปากตก หลับตาไม่สนิท ท่านจะรีบไป ร.พ. ใกล้บ้านภายในระยะเวลา 3-4.5 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 76.92, 79.77, และ 81.32 ตามลำดับ

ตารางที่ 17 คะแนนและร้อยละการจัดการภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ข้อความ	5 (ทำทุกวัน)	4 (5-6วัน/ สัปดาห์)	3 (3-4วัน/ สัปดาห์)	2 (1-2วัน/ สัปดาห์)	1 (0 วัน/ สัปดาห์)	X	SD
1. ท่านออกกำลังกายเป็นประจำ สม่ำเสมออย่างน้อยครั้งละ 30 นาที	27.47	17.58	26.37	14.29	14.29	3.30	1.39

ข้อความ	5 (ทำทุก วัน)	4 (5-6วัน/ สัปดาห์)	3 (3-4วัน/ สัปดาห์)	2 (1-2วัน/ สัปดาห์)	1 (0 วัน/ สัปดาห์)	X	SD
2. ท่านทำงานบ้าน ทำสวน เคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องไม่ น้อยกว่า 30 นาที	57.14	24.18	4.40	7.69	6.59	4.18	1.23
3. ท่านควบคุมปริมาณและชนิด อาหารที่มีแป้งและน้ำตาลสูง เช่น ข้าว กล้วยเตี๋ยว ขนมจีน ขนมปัง ขนมหวาน เพื่อช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	28.57	29.68	28.57	7.69	5.49	3.68	1.13
4. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหารที่มีเนื้อสัตว์ติดมัน อาหารทอด กะทิ อาหารทะเล	21.11	28.89	30.00	13.33	6.67	3.44	1.16
5. ท่านควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนเพื่อ ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน	40.0	31.11	17.78	7.78	3.33	3.97	1.10
6. ท่านรับประทานยาถูกต้องตรงเวลา และขนาดทำให้ควบคุมระดับน้ำตาล ได้ดี	74.44	17.78	6.67	1.11	0	4.65	0.66
7. ท่านหาวิธีคลายเครียดเช่น ทำกิจกรรมกับครอบครัว ปลูกต้นไม้ ท่องเที่ยว อ่านหนังสือ	51.69	25.84	12.36	4.49	5.62	4.13	1.15
8. ท่านดื่มเหล้ามากกว่า 2 แก้วใน ผู้ชายและ 1 แก้วในผู้หญิง	12.22	8.89	6.67	11.11	61.11	1.30	0.74
	39.08	22.99	16.60	8.44	12.89	3.92	0.56

จากคะแนนการจัดการภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย
เบาหวานพบว่ามีค่าเฉลี่ย 3.92 จากคะแนนเต็ม 5 แสดงว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการภาวะแทรกซ้อนจาก
โรคเบาหวานในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับดี โดยมีการจัดการเรื่องการรับประทานยาถูกต้องตรง

เวลาและขนาดทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ 4.65 จากคะแนนเต็ม 5 รองมาคือ คะแนน 4.18 ได้แก่การทำงานบ้าน ทำสวน เคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 30 นาที ส่วนคะแนนการจัดการภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในการดำเนินชีวิตประจำวันที่น้อยที่สุด 3 อันดับได้แก่ 1) ดื่มเหล้า 2 แก้วในผู้ชายและ 1 แก้วในผู้หญิง 2) การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมออย่างน้อยครั้งละ 30 นาที และ 3) การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีเนื้อสัตว์ติดมัน อาหารทอด กะทิ อาหารทะเล โดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.30, 3.30, และ 3.44 ตามลำดับ

ตารางที่ 18 ร้อยละของการรับรู้การเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

อาการเตือน	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. ถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไต โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองแตกจะทำให้ภาวะสุขภาพเลวลงซึ่งต้องใช้เวลาในการรักษานาน	80.75	4.23	15.02
2. โรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เสียชีวิตได้โดยเฉียบพลัน	89.25	3.27	7.48
3. การเป็นความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานโดยควบคุมไม่ได้จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น	90.19	3.27	6.54
4. การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงทำให้ไม่มีความสุข	87.38	6.55	6.07
5. ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ	43.93	48.60	7.47
6. ถ้าท่านไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้นาน ๆ อาจทำให้เกิดอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย	67.45	12.74	19.81
7. โรคความดันโลหิตสูงอาจจะทำให้เกิดอาการอัมพาต แขนขาอ่อนแรง พูดตะกุกตะกัก สับสน ตาพร่า เหน็ดเหนื่อย เป็นอันตรายถึงตายได้	85.05	3.27	11.68
8. โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบ	75.58	11.27	13.15

จากร้อยละของการรับรู้การเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่ามีร้อยละเฉลี่ยการรับรู้การเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 43.93 – 90.19 โดยมีการรับรู้เรื่องการเป็นความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานแล้วควบคุมไม่ได้จะทำให้มีอาการของโรครุนแรงขึ้นมากที่สุด ร้อยละ 90.19 มีการรับรู้ที่น้อยที่สุดคือเรื่องการไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้นาน

ๆ อาจทำให้เกิดอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย ร้อยละ 67.45 รองมาคือการรับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบ ร้อยละ 75.58 นอกจากนี้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเป็นความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ร้อยละ 43.93 เมื่อพิจารณาคะแนนการรับรู้อาการเตือนอื่น ๆ พบว่าอยู่ในเกณฑ์ดีคือมีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ การรับรู้ว่าถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไต โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองแตกจะทำให้ภาวะสุขภาพเลวลง ซึ่งต้องใช้เวลาในการรักษานาน โรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดอาการอัมพาต แขนขาอ่อนแรง พวดระกุกตะกัก สับสน ตาพร่า เดินเซ เป็นอันตรายถึงตายได้ และเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงทำให้ไม่มีความสุข อาจทำให้เสียชีวิตได้โดยเฉียบพลัน

ตารางที่ 19 ร้อยละของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

รายการ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1.การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เป็นโรคหัวใจได้ง่ายกว่าคนปกติ	79.44	7.48	13.08
2. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้	89.25	1.87	8.88
3. ถ้าไม่ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานอาจทำให้ประสาทตาเสื่อมได้	70.56	10.28	19.16
4. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคไตวายได้ง่ายกว่าคนปกติ	77.10	6.07	16.83
5. ความอ้วนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นต่อโรคความดันโลหิตสูง	87.38	3.27	9.35
6. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าปกติ	87.38	4.67	7.95
7. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าคนทั่วไป	85.05	6.07	8.88
8. การดื่มเหล้าส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง	36.92	50.93	12.15

จากร้อยละของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่าอยู่ระหว่างร้อยละ 36.92 – 89.25 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้มากที่สุด ร้อยละ 89.25 ลำดับต่อมาคือการรับรู้ว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าปกติ ร้อยละ 87.38 ส่วนร้อยละของการรับรู้ที่น้อยที่สุดได้แก่ถ้าไม่ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานอาจทำให้ประสาทตาเสื่อมได้ ร้อยละ 70.56 ลำดับต่อมาคือการเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคไตวายได้ง่ายกว่าคนปกติ ร้อยละ 77.10 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ว่าการดื่มเหล้าส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงเพียงร้อยละ 36.92

ตารางที่ 20 ร้อยละของการจัดการภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

การจัดการภาวะแทรกซ้อน	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างถูกต้องจะทำให้ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นมีความรุนแรงลดลง	92.99	2.34	4.67
2. การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มสามารถลดอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้	95.33	1.87	2.80
3. การรับประทานยาสม่ำเสมอสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้	95.79	1.87	2.34
4. การทำจิตใจให้สบาย ไม่หงุดหงิดโมโหง่าย ช่วยให้ความดันโลหิตลดลงได้	95.79	1.87	2.34
5. การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแม้ไม่มีอาการผิดปกติ	89.72	3.27	7.01
6. การหมั่นสังเกตอาการบวม ปัสสาวะออกน้อยเป็นหน้าที่สำคัญของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกคนต้องทำ	77.57	10.75	11.68
7. เมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีอาการใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก ควรรีบไปโรงพยาบาลทันที	90.19	3.27	6.54
8. เมื่อพบเห็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีอาการแขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด มุมปากตก ปวดศีรษะรุนแรง ให้โทรศัพท์เรียกรถพยาบาล 1669	85.51	4.21	10.28

จากร้อยละของการจัดการภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าอยู่ระหว่างร้อยละ 77.57 – 95.79 โดยผู้ป่วยมีร้อยละของการจัดการภาวะแทรกซ้อนมากที่สุดเท่ากัน 2 เรื่องคือการรับประทานยาสม่ำเสมอสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ และการทำจิตใจให้สบาย ไม่หงุดหงิดโมโหง่าย ช่วยให้ความดันโลหิตลดลงได้ ร้อยละ 95.79 มีร้อยละของการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่น้อยที่สุดคือการหมั่นสังเกตอาการบวม ปัสสาวะออกน้อยเป็นหน้าที่สำคัญของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงทุกคนต้องทำ ร้อยละ 77.57 ส่วนประเด็นการจัดการภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถจัดการได้ดี คือมีร้อยละของการจัดการมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป ได้แก่ การจัดการเมื่อพบเห็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีอาการแขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด มุมปากตก ปวดศีรษะรุนแรง ให้โทรศัพท์เรียกรถพยาบาล 1669 การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี การจัดการเมื่อมีอาการใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก ควรรีบไปโรงพยาบาลทันที การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างถูกต้อง และการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มสามารถลดอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงได้

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของการรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง

การรับรู้ (คะแนน)	ร้อยละของคะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	การรับรู้ถูกต้องทั้งหมด คน (ร้อยละ)
ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง		
โดยรวม (32 คะแนน)	86.34 (4.38)	30 คน (12.99)
อาการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (8 คะแนน)	80.00 (1.95)	94 คน (40.70)
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (12 คะแนน)	87.50 (1.85)	75 คน (32.47)
การจัดการภาวะแทรกซ้อน (12 คะแนน)	88.67 (1.84)	101 คน (43.72)
ผู้ป่วยเบาหวาน		
โดยรวม (65 คะแนน)	78.32 (5.83)	16 คน (17.58)
อาการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (8 คะแนน)	79.75 (1.75)	28 คน (30.77)
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (10 คะแนน)	89.70 (1.61)	47 คน (51.65)
การจัดการภาวะแทรกซ้อนทั่วไป (7 คะแนน)	86.86 (1.14)	40 คน (43.96)
การจัดการภาวะแทรกซ้อนในชีวิตประจำวัน (40 คะแนน)	73.38 (4.74)	

การรับรู้ (คะแนน)	ร้อยละของคะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	การรับรู้ถูกต้องทั้งหมด คน (ร้อยละ)
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง		
โดยรวม (24 คะแนน)	82.08 (4.15)	13 คน (6.07)
อาการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (8 คะแนน)	78.00 (1.78)	44 คน (20.56)
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (8 คะแนน)	76.50 (1.88)	40 คน (18.70)
การจัดการภาวะแทรกซ้อน (8 คะแนน)	91.75 (1.36)	132 คน (61.68)

คะแนนรวมการรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับดีคือมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป ส่วนผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนรวมการรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับพอใช้ คือคะแนนเฉลี่ยไม่ถึงร้อยละ 80

เมื่อวิเคราะห์ถึงประเด็นย่อยในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีการรับรู้อาการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี โดยมีร้อยละของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อยู่ระหว่างร้อยละ 80.00 ถึง 88.67 และมีร้อยละของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โดยภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ 86.34 ทั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีคะแนนร้อยละของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด รองมาคือการจัดการภาวะแทรกซ้อน และมีการรับรู้อาการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด

ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้อาการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนทั่วไปและการจัดการภาวะแทรกซ้อนในชีวิตประจำวันอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อยู่ระหว่างร้อยละ 73.38 ถึง 89.70 และมีร้อยละของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โดยภาพรวมในระดับพอใช้อยู่ที่ร้อยละ 78.32 ทั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนร้อยละของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด รองมาคือการจัดการภาวะแทรกซ้อนทั่วไป และมีการรับรู้อาการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดเช่นเดียวกับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้อาการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อยู่ที่ร้อยละ 78.00 และ 76.50 ตามลำดับ ส่วนการจัดการภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 91.75 และมีร้อยละของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โดยภาพรวมในระดับดีอยู่ที่ร้อยละ 82.08

นอกจากนี้แล้วเมื่อวิเคราะห์โดยภาพรวมว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง มีการรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ถูกต้องทั้งหมดทุกข้อ อยู่ระหว่าง ร้อยละ 6.07 ถึง 17.58 เท่านั้น ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้องอยู่ในระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data)

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการตนเอง บังคับส่งเสริม อุปสรรค ประสิทธิภาพการจัดการตนเอง การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและความดันโลหิตสูง) จังหวัดสระบุรี โดยรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) จากผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่มารับบริการจากสถานบริการสุขภาพพระคัมภีร์บุญมี ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ในจังหวัดสระบุรี รวม 18 แห่ง ในแต่ละแห่งมีผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงเข้าร่วมสนทนา จำนวน 6 – 10 ราย เป็นการคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มแบบไม่เฉพาะเจาะจง ผู้เข้าร่วมการสนทนามีความสนใจและยินดีเข้าร่วมสนทนาในทุกสถานที่ โดยส่วนใหญ่แล้วจำนวนผู้เข้าร่วมสนทนามีจำนวนตามที่กำหนดไว้ มีสถานที่ในการสนทนากลุ่มที่เป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงหรือกิจกรรมอื่น ๆ มารบกวนการสนทนากลุ่ม เช่น ห้องประชุม โต๊ะม้าหินใต้ร่มไม้ เป็นต้น ระยะเวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 30-60 นาที มีสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล 3 แห่ง ที่มีผู้สนใจเข้าร่วมสนทนามากกว่า 10 คน ทำให้การควบคุมกลุ่มเป็นไปได้ยาก และมี 2 แห่งที่สถานที่ในการสนทนากลุ่มไม่ค่อยเหมาะสม เนื่องจากสถานที่คับแคบ ต้องใช้สถานที่ร่วมกันกับการทำกิจกรรมอื่น ทำให้ผู้เข้าร่วมสนทนามีการเปลี่ยนประเด็นสนทนา มีความสนใจลดน้อยลงหรือหายไปเป็นช่วง ๆ ที่มีกิจกรรมอื่นแทรกแซง แต่ผู้นำการสนทนากลุ่มสามารถดำเนินการสนทนาได้เสร็จและบรรลุตามวัตถุประสงค์การสนทนาได้

กิจกรรมการสนทนากลุ่มเริ่มต้นด้วยผู้นำการสนทนากลุ่มแนะนำตนเอง สถานที่ปฏิบัติงาน วัตถุประสงค์ และระยะเวลาของการพูดคุยให้กับสมาชิกทุกท่านได้ทราบในลักษณะของการพูดคุยแบบเป็นกันเอง พูดคุยทั่วไปแบบไม่เป็นทางการเพื่อให้ผู้ร่วมสนทนารู้สึกผ่อนคลาย ไม่เกร็ง ผู้นำการสนทนาขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสนทนา และในขณะสนทนากับกลุ่มผู้ป่วย ผู้นำการสนทนาได้จัดบันทึกประเด็นสำคัญและสังเกตภาษากายของผู้ร่วมสนทนากลุ่มด้วย ผู้นำการสนทนาใช้แนวคำถามประกอบการสนทนากลุ่มที่เป็นข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการจัดการตนเอง บังคับส่งเสริม อุปสรรค ประสิทธิภาพการจัดการตนเอง การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อน

หลังจากนั้นให้สมาชิกทุกคนได้แนะนำตนเอง บอกชื่อ ที่อยู่ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างคร่าว ๆ จนครบทุกคน เพื่อให้ทุกคนได้ทำความรู้จักคุ้นเคยกัน ในทุกสถานที่ของการเก็บรวบรวมข้อมูล มีสมาชิกที่รู้จักคุ้นเคยกันมาก่อนหรือเป็นญาติหรือเพื่อนบ้านทำให้บรรยากาศเป็นกันเองมากยิ่งขึ้น ผู้ร่วมสนทนากลุ่มที่ว่าจะบอกเล่าประสบการณ์ต่าง ๆ ผู้เข้าร่วมสนทนาทุกคนมีส่วนร่วมในการพูด แสดงความคิดเห็น

ตอบข้อซักถาม กรณีที่ท่านใดพุดน้อย ผู้นำการสนทนาจะใช้คำถามกระตุ้นเพื่อให้ทุกคนได้มีส่วนร่วม การดำเนินการกลุ่มเป็นไปอย่างราบรื่นในทุกสถานที่ ไม่มีปัญหาและอุปสรรคในการสนทนา ผู้ร่วมสนทนาทุกคนมีความไว้วางใจต่อผู้นำการสนทนา กล้าที่จะเล่าและเปิดเผยในทุก ๆ สิ่งที่ตนเองปฏิบัติ เพราะหลายคนมองว่าการพุดคุยกันครั้งนี้ไม่มีผลใด ๆ ต่อตนเองหรือการดูแลรักษาที่ตนเองได้รับ แต่ผู้ร่วมสนทนาจะให้ความสนใจและมีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยทุกท่านได้รับการตรวจรักษาและรับยาเรียบร้อยแล้ว แต่กรณีที่สนทนากลุ่มก่อนที่จะพบแพทย์ผู้ร่วมสนทนาจะมีสมาธิและร่วมสนทนาดีในระยะแรก ๆ หลังจาก 30 นาทีไปแล้วผู้ป่วยเริ่มจะมีอาการกระสับกระส่าย อยากไปตรวจรักษามากกว่าที่จะสนทนา ลักษณะการจัดกลุ่มสนทนาทุกสถานที่จัดเป็นรูปรวงกลมเพื่อให้ทุกคนสามารถได้รับรู้ รับฟัง และเห็นหน้าผู้พูดได้อย่างทั่วถึง

การจัดการข้อมูลเชิงคุณภาพของคณะผู้วิจัยมีการดำเนินการดังนี้คือ เลี่ยงสัมภาษณ์ที่บันทึกระหว่างการสนทนาได้ถูกนำมาถอดเทปและทำเป็นสคริปการสนทนากลุ่ม คณะผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลจากสคริปและบันทึกข้อมูลขณะการสนทนากลุ่ม ทำการวิเคราะห์เนื้อหา สกัดข้อมูลสำคัญจากการสนทนาเชิงลึกและนำข้อมูลที่ใกล้เคียงกันมาจัดหมวดหมู่ (Categorization) และวิเคราะห์ประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง ปัจจัยส่งเสริม อุปสรรค ประสิทธิภาพการจัดการตนเอง การรับรู้อาการเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) จังหวัดสระบุรี โดยขอคำแนะนำตามประเด็นที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์วัตถุประสงค์การวิจัย ตามลำดับต่อไปนี้

ประเด็นการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) เชื่อว่าการเป็นโรคนี้อาจเกิดจากพันธุกรรม ไม่ใช่พันธุกรรม และไม่ทราบสาเหตุ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อว่าโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเกิดจากเหตุและปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ ได้แก่

“โรคเบาหวานเกิดจากกินอาหารรสจัด การพักผ่อนไม่เพียงพอ และ โรคความดันโลหิตสูงเกิดจากความเครียด”

“การเป็นโรคเบาหวานมันก็เกี่ยวกับการกินของเราเนี่ยแหละ ถ้าเรากินมากมันก็เป็นเบาหวานได้”

“กินรสจัดมากก็ไม่ดี มันเกี่ยวข้องกับความดัน”

“เกิดจากตัวเราเอง เกิดจากพฤติกรรมเราไม่ดี ทำให้เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง”

“โรคเบาหวานมีสาเหตุจากกินข้าวเยอะ การกินข้าวเหนียว กินหวานมากเกินไป”

“สาเหตุที่เป็นโรคทุกวันนี้มาจากการกินอาหารที่มีสารพิษและเครื่องปรุงรสต่าง ๆ ที่เข้ามา มีบทบาทในการประกอบอาหารของแต่ละบ้าน รวมไปถึงอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ต่างที่ใช้สารเคมีที่ช่วยเร่งการเจริญเติบโตและแช่ไม่ให้น่าเสีย จึงส่งผลทำให้ประชาชนเป็นโรคเพิ่มมากขึ้น”

“คนกินหวานเป็นประจำจะเป็นเบาหวาน คนกินเค็มจะเป็นความดัน กินไขมันเยอะ ๆ ก็เป็นไขมันแล้วก็เป็นโรคหัวใจตามมา”

“ตอนแรกที่เป็นมันเวียนหัว เหนื่อยง่าย ปัสสาวะบ่อย แล้วก็คันที่ช่องคลอด ไปหาหมอ ๆ บอกว่าให้ตรวจเบาหวาน ก็ยังสงสัยว่ามันเกี่ยวกันอย่างไร พอตรวจน้ำตาลม้วนขึ้นสูงมาก หมอบอกว่าเป็นเบาหวาน”

“แต่ก่อนที่เคยกินน้ำอัดลมวันละ 4 ขวดใหญ่ คนอื่นเริ่มทักว่ามันไม่ดี ตัวอ้วนขึ้นเยอะ ตัวเองก็กลัวว่าจะเป็นเบาหวานหรือเปล่า เพราะเห็นคนข้างบ้านเขาเล่าอาการคนเป็นเบาหวานให้ฟังก็เริ่มสงสัยว่าจะเป็นไหม จึงลองมาตรวจที่อนามัยดูปรากฏว่าเป็นจริงๆ”

“ตอนแรกไปทำงานอยู่กรุงเทพ มีแฟลพอง ๆ ที่เท้า ป้าซื้อยาเองที่ร้านขายยาบอกเขาว่ามีแฟล ไปซื้อหลายร้านแต่มีร้านหนึ่งไปซื้อหลายรอบ คนขายเขาก็ดีนะ เห็นป้าไปซื้อหลายครั้งเขาเลยแนะนำให้ไปตรวจเบาหวานดู ป้าเลยไปตรวจที่คลินิก โห.. เบาหวานตั้ง 300 กว่า”

ผู้ป่วยส่วนน้อยเชื่อว่าโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุและเกิดจากกรรมพันธุ์

“ไม่รู้เหมือนกันว่ามันเกิดจากอะไร อยู่ดี ๆ มันก็ป็นขึ้นมา ไม่มีอาการอะไรเลย แต่หมอบอกว่าความดันโลหิตสูง”

“เพราะญาติพี่น้องเป็นโรคนี้นักหลายคนจึงคิดว่ากรรมพันธุ์มีส่วนในการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง”

ประเด็นความรู้สึกละเมือเป็นโรคเรื้อรัง และการยอมรับความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับการเจ็บป่วย โดยให้เหตุผลหลัก ๆ ที่คล้ายคลึงกัน เนื่องจากการเป็นเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติ และเนื่องจากผู้ป่วยทุกคนมีระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จึงยอมรับความเจ็บป่วยได้ ดังข้อมูลการสนทนากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ต่อไปนี้

“รู้สึกเฉยๆ”

“ทำอะไรได้ ในเมื่อมันเป็นมาแล้วก็ต้องยอมรับมัน”

“ก็คิดว่ามันเป็นกรรมแก้กันแหละเนาะ”

“ไม่คิดอะไร คิดว่าเป็นธรรมดา”

“รู้สึกเฉยๆ เพราะรู้ว่ามียารักษา”

“อยู่ไปเฉยๆ ไม่ได้คิดอะไร อายุมากแล้ว”

“รู้สึกสบายดี เพราะคิดว่าไม่ใช่โรคร้ายแรงอะไร มีคนอื่นเป็นทั่วประเทศ พี่ๆ ก็เป็นความดันโลหิตสูงกันทุกคน”

“ตอนนี้มีโรคประจำตัวแล้ว เลยต้องทำใจ”

“ยังไงก็เป็นแล้ว เราก็ต้องอยู่กับโรคเราให้มีความสุข เครียดมากมันก็ไม่หายหรอก มีแต่จะเป็นมากกว่าเดิม อยู่กับมันให้มีความสุขดีกว่า มันคือโรคยอดฮิต ใครไม่เป็นซิแปลก”

“คิดว่าการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นเรื่องปกติของคนแก่”

“เป็นแล้วทำยังไงได้ รักษาไปเรื่อยๆ เพราะคิดว่าไม่หายอยู่แล้ว รู้สึกเฉยๆ ไม่สุขสบายเท่าไร”

มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ส่วนน้อยที่ยังรู้สึกว่าชอบรับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่ได้ ยังมีปัญหาอยู่ ดังข้อมูลต่อไปนี้

“รู้สึกเหมือนมีภาระในการดูแลตัวเอง ต้องกินยาทุกวัน รู้สึกเมื่อไหร่จะหาย มีความหนักใจในทุกสิ่งทุกอย่าง รู้สึกเครียดในการกินยา กินยาเยอะเกินไป มีความสุขในชีวิตลดน้อยลง”

“ตอนแรกๆ ก็เฉยๆ นะ ก็ทำงานได้ตามปกติ มีรายได้ มีเงินใช้ ช่วงหลังๆ รู้สึกเหนื่อยเพลียจัง สงสัยมันเป็นเพราะโรค”

“มันไม่สบายใจ ไม่สบายตัว เพราะเราเป็นคนป่วย ต้องคอยห้ามตัวเองในหลาย ๆ อย่าง”

“ไม่พอใจกับภาวะสุขภาพในการกินอาหารไม่ได้ รู้สึกหงุดหงิด เพราะกินนู่นกินนี่ไม่ได้ จากเคยกินอะไรก็กิน แต่พอเป็นโรคก็กินอะไรไม่ได้ ชีวิตต้องเปลี่ยนไป ออกไปขายของไม่ได้เพราะรู้สึกเวียนหัวเวลาขับรถแล้วขับรถชน”

แต่ผู้ป่วยเกือบทุกคนจะบอกว่า

“เมื่อเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแล้วนั้นมีความสุขในชีวิตลดลงเหลือสัก 70 - 80 เปอร์เซ็นต์ โดยเฉพาะความรู้สึกพึงพอใจในสุขภาพ ถึงแม้มันจะไม่มีอาการอะไรแต่เราก็รับรู้อยู่ตลอดเวลาที่เราเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง”

“ไม่พึงพอใจ เพราะคิดว่าการที่เป็น โรคนี้มันมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต เช่น การทำงาน หนักอย่างเดิมไม่ได้ รับประทานอาหารที่ตนเองชอบไม่ได้ แต่ทุกคนก็พยายามที่จะปรับตัวและอยู่กับโรคนี้”

“การเป็นโรคนี้ทำให้ไม่มีความสุขในการดำเนินชีวิต มันไม่เหมือนเดิม แต่ตอนนี้พอเป็นนาน ๆ เข้าก็เป็นเรื่องธรรมดาไปแล้ว”

ประเด็นความเชื่อที่สัมพันธ์กับการควบคุมโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง)

จากข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยทุกคนมีความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน เชื่อมั่นว่าการดูแลรักษาที่ได้รับโดยเฉพาะการรับประทานยาเป็นวิธีการรักษาโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ที่ดีที่สุดแล้ว ดังข้อมูลต่อไปนี้

“การกินยาถือเป็นการรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ดีที่สุดอยู่แล้ว”

“งานบุญต่าง ๆ เลี่ยงได้ก็เลี่ยง ถ้าไม่จำเป็นก็ไม่ไป แต่ไม่ไปงานศพ”

“ก็คิดว่ามันเป็นกรรมแก่นั่นแหละเนาะ จะให้ทำอะไรกันมากมาย”

“พ่อแม่เราพากินน้ำพริกปลาร้า กินผักข้างรั้ว มาแต่อ่อนแต่ออก ไม่เห็นเป็นไรเลย”

“แล้วคิดว่าการกินเค็มน้อยลงแบบนี้ควบคุมความดันได้ไหมคะ ผมว่าส่วนน้อยนะที่จะควบคุมได้ ผมทำมามันก็ลดไม่ค่อยได้ วันนี้ความดัน ผมวัดได้ 152 ตัวล่างจำไม่ได้”

ประเด็นเกี่ยวกับทัศนคติต่อการจัดการตนเอง ประสพการณ์จัดการตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าการจัดการตนเองเป็นสิ่งสำคัญและเป็นสิ่งที่ดีต่อการควบคุมโรค ประกอบด้วยการจัดการตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และความเครียด การเลิกสูบบุหรี่และดื่มสุรา การรับประทานยามีความพยายามในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค แต่การปฏิบัติจริงขาดความตั้งใจและขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ สิ่งที่สามารถปฏิบัติในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคได้ดีที่สุดคือการรับประทานยา

“การดูแลที่หมอให้คำแนะนำไป ก็ทำได้บ้างไม่ได้บ้าง มันต้องค่อย ๆ ปรับจะให้เลิกกินเลยก็ไม่สามารถทำได้”

“การควบคุมตัวเองก็พยายามทำตามที่หมอบอก แต่จะทำได้ก็ช่วงที่เห็นค่าความดันเราสูง ๆ หมอเตือน การควบคุมก็โดยการพยายามไม่กินเค็ม ไม่กินหวาน ใกล้เคียง ๆ วันมาตรวจก็ต้องเข้มงวดหน่อย เคี้ยวมันสูงมาก”

“ทำบ้างไม่ทำบ้าง ไม่เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง”

“ก็พยายามควบคุมนะแต่มันก็ไม่ได้ตลอด บางวันมันก็แหกไปบ้าง แต่เราก็กินยามาโดยตลอด กินมาจะสิบปีแล้วเนี่ย (หัวเราะ) กินจนมันเป็นข้าวไปแล้ว”

“การจัดการตัวเองด้านอาหารการกิน การออกกำลังกายในแบบยิวดา ยึดแขน การออกกำลังกายช่วยลดความดันและน้ำตาล นอนพักผ่อนให้เพียงพอ อาการร้อนทำให้หงุดหงิดและเกิดความเครียด การดูแลจิตใจต้องไม่เครียด ต้องปล่อยวาง ไม่คิดอะไรมาก อ่านหนังสือพระ อ่านหนังสือสวดมนต์ การร้องเพลง”

“ก็คิดว่าต้องควบคุมอย่างที่หมอบอก เช่น ของทอด หลีกเลียง แต่บางครั้งก็หลีกเลียงไม่ได้ ชอบทานเค็ม รสจัด ประปรี้ยวเค็ม ส่วนใหญ่จะหลีกเลียงได้น้อย ทำยาก เพราะทำงาน โรงงาน บางครั้งเลือกไม่ได้”

“การควบคุมตนเองเรื่องคน ใช้บาหวาน ความดัน มีวิธีกินอาหารน้อยลง ออกกำลังกายทุกเช้า กินยาตามหมอสั่ง”

“คุมอาหาร ไม่กินรสจัด ออกกำลังกาย วิ่งกับจักรยาน แต่ทำเป็นบางครั้ง ต้องกินยาค่ะ”

“กินยาที่หมอให้มานะดีที่สุดแล้ว”

“แก่แล้ว อยู่ได้ถึงทุกวันนี้ก็บุญ โขแล้ว อยู่ได้ทุกวันนี้ก็เพราะยาหมอแหละ หมอจะให้ทำอะไรมากมาย กินยาก็พอแล้ว แก่แล้ว”

“ก็พยายามอยู่นะ ทำได้บ้าง ไม่ได้บ้าง แต่ก็ตั้งใจ อยากทำให้ได้ตามที่หมอบอก”

“พยายามอยู่ (หัวเราะ) พยายามตลอด แต่ทำไม่ค่อยได้โดยเฉพาะเรื่องกิน ออกกำลังกายและคลายเครียด (หัวเราะ)”

“เวลาหมอบอกน้ำตาล ความดันว่าเท่าไร ก็ตั้งใจควบคุมให้ดีขึ้นทุกครั้ง แต่เมื่อกลับไปอยู่บ้านโน้น นี่ นั่น เยอะไปหมด หำใจตัวเองไม่ค่อยได้ ปล่อยตัวปล่อยใจกับอาหารที่ชอบ พอมาหาหมอที่ก็ตั้งใจใหม่ ทำไม่ค่อยได้หรอก (หัวเราะ)”

มีเพียงผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนน้อยร้อยละ 10 – 20 เท่านั้นที่มีความมุ่งมั่น ตั้งใจจริงและจัดการตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่รับรู้ถึงอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้น และรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนมีอะไรบ้าง สามารถวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของตนเองได้และมีประสบการณ์ในการเห็นหรือรับรู้หรือดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน และเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ดีแล้วก็จะรู้สึกสบายตัว สบายใจ เชื่อมมั่นและภาคภูมิใจในตนเองที่ทำได้ เวลามหาหมอฯ ก็ชม ไม่ต่อว่า เลยทำให้มีกำลังใจในการจัดการตนเองมากยิ่งขึ้น ดังข้อมูลต่อไปนี้

“เคยดูแลแม่ที่เป็นอัมพาตมานานหลายปี เลยไม่อยากเป็นแบบแม่”

“เห็นเพื่อนบ้านกินเหล้า สูบบุหรี่แล้วตายเร็ว ก่อนตายก็ทรมาน ไม่อยากเป็นอย่างนั้น”

“แรกๆ ก็อี้อัดใจ หงุดหงิด กินอาหารจืด ๆ เราก็ไม่คุ้นชิน แต่พอทำไปหลาย ๆ วันเข้าก็ดี ขึ้น ของอย่างนี้ต้องตั้งใจจริง ๆ ต้องใจแข็ง ไม่งั้นทำไม่ได้หรอก”

“ทำยาก กว่าจะได้แบบทุกวันนี้ทั้งเรื่องกิน เรื่องออกกำลังกาย ผมผ่านมายะ”

“ออกกำลังกายนะเมื่อก่อนไม่ชอบเลย แต่ตอนนี้ดียิ่งกว่ายาเสพติดอีก มันพูดยากนะกว่า จะทำได้ แต่ละคนต้องมุ่งมั่นตั้งใจจริง ๆ ของแบบนี้ต้องลองด้วยตัวเอง”

“ไปไหนใครก็ชมว่าแข็งแรง ดูไม่แก่เลย ไม่เหมือนคนป่วย”

“หมอบอกว่าถ้าคุมความดันและเบาหวานได้แบบนี้ อยู่ได้อีกนาน รู้สึกดีมาก”

การจัดการตนเองด้านอาหาร

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ทุกคนรับรู้ว่าการควบคุมอาหารหวาน มัน เค็ม เพราะได้รับการบอกเล่าจากเจ้าหน้าที่ แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าคุมนั้นคุมอย่างไร ปฏิบัติอย่างไร มากน้อยแค่ไหน และผู้ป่วยทุกรายยอมรับว่าไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข ในเรื่องการควบคุมอาหารได้ พยายามเตือนสติตนเอง ให้ระมัดระวังอยู่เสมอ แต่ก็มีข้อจำกัดเยอะ ประมาณ 80 - 90% ของผู้ป่วยที่บอกว่าพยายามควบคุม แต่คุมไม่ได้ตลอด ผู้ร่วมสนทนากว่าสามส่วนจะมุ่งเน้นการจัดการ ตนเองในด้านการรับประทานอาหารในช่วงที่ใกล้มาพบแพทย์เพื่อให้ค่าการตรวจวัดระดับน้ำตาลและความดันโลหิตลดลง แต่พอหลังจากตรวจก็จะรับประทานเหมือนเดิม

“การควบคุมตัวเองก็พยายามทำตามที่หมอบอก แต่จะทำได้ก็ช่วงที่เห็นค่าความดันเรา สูงๆ หมอเตือน การควบคุมก็โดยการพยายามไม่กินเค็ม ไม่กินหวาน ใกล้เคียง ๆ วันมาตรวจก็ต้องเข้มงวด หน่อย เคี้ยวมันสูงมาก”

“ก็พยายามควบคุมนะแต่มันก็ไม่ได้ตลอดนะบางวันมันก็แหกไปบ้าง”

“ก็พยายามนะเรื่องกินนี่นะ แต่บางครั้งมันก็ไม่ได้หรอก”

“ปลา ร้อยอย่างน้อยต้องกินนะ แต่เดี๋ยวนี้กินน้อยลงแล้ว นานๆ กินทีนึงพอให้หายอยาก ก็ แต่ก่อนพอกับแม่พากิน เลยกินมาตั้งแต่เด็ก”

“ของป่าก็พยายามหลีกเลี่ยงเค็มหวานเลยแหละ แต่มันก็มีบ้างนิดหน่อย บางทีมันก็อยาก”

“การควบคุมอาหารมีปัญหาในการกินเพราะไม่ชอบ”

“พริกน้ำปลาต้องมีทุกวันแหละ เราไม่กินคนอื่นก็กิน ขาดไม่ได้ บางวันก็เป็นน้ำปลาพริก จี๋หนู บางวันก็เป็นน้ำปลาพริกป่น”

“น้ำพริกผักต้มต้องมีติดสำหรับทุกวัน น้ำพริกปลาป่นบ้าง น้ำพริกกะปิบ้าง น้ำพริกน้ำปลา บ้าง น้ำพริกปลาทุบ บ้าง น้ำพริกปลาร้าบ้าง ก็อาหารชาวบ้านอย่างเราจะไปเลือกกินได้ยังงัย”

“หมอก็บอกว่าอย่ากินหวาน มันเค็ม ข่ายก็กิน ไม่เค็มหรอก”

“กินอาหารจืด ๆ มันไม่อร่อย เรากินอาหารรสจัดมาตั้งแต่เกิด”

“ป้ากินอาหารจืดตามที่หมอบอก แต่ต้องมีน้ำพริกทุกวัน”

“ส่วนใหญ่ทำอาหารกินเอง แต่จะมีอาหารสำเร็จรูปจากตลาดนัดใกล้บ้านทุกวันพวกหมูทอด ปลาทอด ไก่ทอด เพราะมีเด็กอยู่ในบ้าน เด็ก ๆ ไม่ค่อยกินผัก กินแต่หมูเนื้อ”

“หมอบอกให้กินปลา ยายก็กินปลาทอดจิ้มน้ำปลาขี้ัง จิ้มน้ำพริกบ้าง เกือบทุกวัน ซื้อปลานิลมาทอดเองใช้น้ำมันพืชตามที่หมอบอกไม่กินน้ำมันหมูมานานแล้ว เป็นน้ำมันปลา”

“แกงกะทิไม่กินมานานแล้ว ไม่ชอบ แต่ขนมหวานใส่กะทิยังกินอยู่ อดไม่ได้ ยิ่งร้อน ๆ แบบนี้ รวมมิตรมั่ง ลอดช่องมั่ง กินแก้วนเกือบทุกวันวันละถุง”

“ขนมกร๊อบแกร็บเด็ก ๆ มันกินไม่หมด เห็นก็เสียดาย คอยเก็บเอามากิน ไม่รู้หรอกระหมอว่ามันเค็ม”

“ตลาดนัดแถวบ้านมีทุกวัน มันสะดวก เย็น ๆ อยากได้อะไรก็ไปแป๊บเดียวมีหมดทุกอย่าง ของสด กับข้าวกับปลา ขนม ผลไม้ ลุงชอบไปซื้อข้าวเหนียว ถั่วดำ ชอบกินขนมไทย ๆ ขนมฝรั่งไม่ชอบ”

“หนูนี้นี่มะม่วงออกเยอะ เก็บกินตลอด กินทุกวันทั้งสุกทั้งดิบ มะยมชิดก็มีกินไม่ขาดปาก”

“เช้ามาก็กาแฟแก้วหนึ่งทุกวัน วันละซองเดียว กินแล้วสดชื่น หมอบอกอย่ากินมากมันไม่ดี”

“แต่ก่อนที่เคยกินน้ำอัดลมวันละ 4 ขวดใหญ่ ตอนนั้นก็กินสองวันครั้งกลัวว่าจะเป็นอะไรไปมากกว่านี้ อาทิตย์นี้ลองห้ามดูก็ไม่กินนะ เพราะกลัววันจะมาหาหมอแล้วเดี๋ยวมันจะสูง”

“ผมก็กินพวกผักต้มน้ำพริกตามที่เราคิดอยากแก่นั่นแหละ”

“พวกเนื้อสัตว์ ปลา رأىอย่างน้อยต้องกินนะแต่เดี๋ยวนี้กินน้อยลงแล้ว นาน ๆ กินทีนึงพอให้หายอยาก แต่ก่อนพอกับแม่พากินเลยกินมาตั้งแต่เด็ก”

“ของป้าก็พยายามหลีกเลี่ยงเค็มเลยแหละ แต่มันก็มีบ้างนิดหน่อย”

“ไม่ทานอาหารที่ต้องห้าม เช่น ของมัน ของเค็ม ของทอด ถ้าอยากทานก็ทาน ๆ ครั้ง”

“เป็นเบาหวานเราก็ต้องคุมอาหารเองอยู่แล้ว แต่บางทีนะหมอ มันหิว มันอยากกิน ถ้าไม่กินอยู่ไม่ได้ ทรมาณ โหย หิว”

“เรื่องกิน ป้าหุงข้าวเอง กับข้าวก็ทำง่าย ส่วนใหญ่ก็ทอดหมูไว้”

“ก็ต้องคุมอาหาร แต่บางทีมันหิวหวานจริงๆ ก็ต้องกิน”

มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนน้อยที่มีความมุ่งมั่น ตั้งใจ ประสบความสำเร็จในการจัดการตนเอง ด้านอาหารได้อย่างต่อเนื่อง

“เราหลีกเลี่ยงตามที่หมอแนะนำมา หลีกเลี่ยงการกินรสจัด มันจัด ทุกอย่างที่หมอบอก แหะหรับแล้วก็ไม่ให้กินมากเกินไปจนจำเป็น แล้วมันก็คุมได้นะ”

“ตั้งแต่เป็นเบาหวานเลิกหมดเลย กาแฟ โอวัลติน”

“ซื้อน้ำปลาที่เค็มน้อยมาใช้ ราคาแพงหน่อยแต่คิดว่ามันคุ้มค่ากับชีวิตเรานะ”

“ของทอด ไม่ค่อยกิน ส่วนใหญ่ หาทักหาหมูแฉะบ้าน ดำลึงข้างริ้วมาทำกินประจำเกือบทุกวัน เด็กๆ ก็กินได้ ผู้ใหญ่ก็กินได้”

“ผมก็พยายามควบคุมนะเรื่องอาหาร เวลาจะกินอะไรเราต้องมีสติ คิดให้ได้ว่าเราต้องควบคุมอาหารนะเพื่อความดัน ไขมันมันจะขึ้น เราก็หลีกเลี่ยงทุกอย่างแหละตอนนี้”

“ไม่ค่อยซื้ออาหารรับประทาน ส่วนใหญ่ทำเอง ต้องทำเพื่อทุกคนในบ้าน กินเหมือน ๓ กันทุกคน”

“อาหารการกิน กินผักตามริ้วบ้าน”

ผู้ร่วมสนทนาทุกคนรับรู้ว่าจะใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหารทุกครั้ง แต่ส่วนใหญ่ใช้น้ำมันปาล์มประกอบอาหาร รองมาคือน้ำมันถั่วเหลือง ทุกคนรับรู้และมั่นใจว่าเลือกใช้น้ำมันถูกต้องแล้ว มีการใช้ผงชูรส ซอสปรุงรส ผงปรุงรสทุกครั้งในการปรุงอาหาร ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าเครื่องปรุงรสดังกล่าวมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต ผู้ป่วยทุกคนรับทราบว่าให้ลดการรับประทานอาหารเค็ม แต่ไม่ทราบว่าเค็มได้มากน้อยแค่ไหน ผู้ป่วยรับรู้่ว่าสิ่งที่ตนเองปฏิบัตินั้นลดปริมาณความเค็มลงแล้ว แต่ทุกคนบอกไม่ได้ว่าควรกินได้มาน้อยแค่ไหนในแต่ละวัน วัฒนธรรมบางพื้นที่มีการหาปลา นำปลามาถนอมอาหารเป็นปลา ร้า ปลาข่าง และปลาเค็มเพื่อเก็บไว้รับประทานในระยะยาว นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังประมาณ 5% ยอมรับว่าควบคุมโรคไม่ได้เลย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย และข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ

“เรื่องกินคุมไม่ได้เพราะมันเลือกไม่ได้ ลูกหลานหาอะไรมาให้กินก็ต้องกิน ไม่มีอะไรกินก็กิน ไข่ทอดคลุกน้ำปลา กินบ่อยเกือบทุกวันแหละ”

“โดยส่วนมากจะเป็นคนในครอบครัวทำกับข้าวให้ ไม่ทราบปริมาณส่วนผสม หากทำเองก็จะพยายามลดเค็มและหวานลงในมือที่ตนเองทำ แต่ถ้าทำเช่นนั้น สมาชิกในครอบครัวรวมถึงเด็ก ๆ ก็จะไม่ค่อยทานกัน โดยส่วนมากในครอบครัวของผู้ป่วยมีหลานที่อยู่ในวัยเด็ก หลานจะชอบรับประทานอาหารจำพวกทอดและผัด เช่น หมูทอด ไก่ทอด ปลาทอด เป็นต้น ทำให้ต้องได้รับประทานอาหารชนิดเดียวกันทั้ง

ครอบครัว หากแยกทำก็เป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายด้านอาหารเพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยจะบอกว่าก็กินให้น้อยลง พยายามหลีกเลี่ยงเอา อันไหนที่ไม่มันก็ค่อยกินเรากินน้อยเราก็ได้รับน้อย”

การจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) เกือบทุกคนไม่มีการออกกำลังกาย เพราะมีเหตุผลที่แตกต่างกันออกไป ส่วนใหญ่บอกว่า การทำงานในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นงานบ้านหรืองานที่ทำเพื่อหารายได้เลี้ยงชีพเป็นการออกกำลังกายแล้ว เช่น ทำนา ทำสวน ทำงานโรงงาน เป็นต้น

“ไม่มีเวลาออกกำลังกาย”

“ไม่ได้ออกกำลังกาย เพราะลูกหลานเยอะ ไม่มีเวลาที่จะไปออกกำลังกาย”

“ทำงานกลับมาเหนื่อยแล้ว”

“การทำงานของเรานี้แหละ ยิ่งกว่าการออกกำลังกายอีก”

“ทำงานบ้านก็เหนื่อยแล้ว ไหนจะกวาดบ้าน ถบ้านซักผ้าอีก จะเอาเวลา เอาแรงไปออกกำลังกายที่ไหนอีก”

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ประมาณร้อยละ 10 บอกว่า

“ออกกำลังกายด้วยการเดิน และการแกว่งแขน พยายามทำทุกวันแต่ก็ไม่ได้ทุกวัน ทำแค่ 10 นาทีก็เหนื่อยแล้ว พอเริ่มเหนื่อยก็หยุด”

“ปั่นจักรยานและเดินเร็วรอบหมู่บ้านเพื่อให้มีเหงื่อ พอเริ่มมีเหงื่อประมาณ 10-15 นาทีก็จะหยุด”

“แกว่งแขนตามที่หมอแนะนำ เข้ามาก็ทำซัก 10 ที เย็นมาก็อีก 10 ที”

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ประมาณร้อยละ 5 ที่มีการออกกำลังกายครั้งละมากกว่า 30 นาที มากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ ดังข้อมูลต่อไปนี้

“ปั่นจักรยานทุกวัน วันละ 1 ชั่วโมง”

“แกว่งแขน ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอโดยการแกว่งแขนในช่วงเวลาเช้าและเย็นตามที่แพทย์แนะนำ”

“เดินออกกำลังกายทุกวันตอนเย็น ครั้งชั่วโมงทุกวัน บางวันก็เกือบชั่วโมง เดินแล้วได้เหงื่อรู้สึกสบายใจ ตัวเบา”

มีผู้ป่วย 1 รายที่ออกกำลังกายด้วยการออกไปกวาดลานวัดทุกวัน

“เดินจากบ้านไปวัดแล้วค่อยเดินกลับมา ถือว่าได้ไปทำบุญด้วย”

การจัดการตนเองด้านการควบคุมอารมณ์และความเครียด

โดยภาพรวมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) จะทราบว่าการมีภาวะเครียด วิตกกังวล หงุดหงิด ไม่สบายใจ ทำให้เกิดความดันและเส้นเลือดในสมองแตก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับว่า เครียด มีอารมณ์หงุดหงิด โมโห มากบ้างน้อยบ้างแล้วแต่สถานการณ์ ส่วนใหญ่เครียดเรื่องการทำงาน การทำ มาหากิน ดิ้นฟ้าอากาศ โดยเฉพาะช่วงนี้อากาศร้อนมาก ๆ ฝนไม่ตกต้องตามฤดูกาล พืชผลการเกษตร เสียหาย การหารายได้ เครียดกับลูกกับหลาน เรื่องเครียดกับโรคไม่ค่อยมีเพราะควบคุมโรคได้ ทำให้ไม่มี อาการผิดปกติ

“ปีที่แล้วขาดทุน ขายอ้อย ขายข้าวโพดไม่ได้ราคา”

“ฝนก็ไม่ตก ทำนาที่ขาดทุน ข้าวโพดก็ไม่ได้ราคา”

“ฝนไม่ตก แล้งมาก ๆ อากาศก็ร้อน”

“ลูกหลานบางคนมันก็เกเร”

“ส่วนใหญ่กลางวันอยู่บ้านคนเดียว ลูกหลานไปทำงาน ไปโรงเรียน ถ้ากลับบ้านผิดเวลาก็ เป็นห่วง กังวลไปหมด กว่าทุกคนจะกลับเข้าบ้านนอนนั้นแหละ ถึงหายห่วง”

“รายได้ไม่ค่อยพอใช้ หาวนกินวันกัน”

“ชาวบ้านอย่างเราก็มีหนี้ ธกส.นะแหละ ปีที่แล้วขาดทุน ปีนี้ไม่รู้จะได้ชักเท่าไร จะพอใช้ หนี้หรือป่าวไม่รู้”

มีผู้ป่วยส่วนน้อยที่บอกว่าเป็นคนอารมณ์ดี ไม่คิดมาก ไม่ค่อยเครียด เป็นแบบนี้มาตั้งแต่ เป็นหนุ่มเป็นสาว แก่ตัวมาก็ไม่เครียด ถึงเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงก็ทำยังได้ ก็ยอมรับมัน

“เป็นคนสบาย ๆ ไม่เครียดหรอกหมอ”

“มีไรก็กินกันไป ช่วยเหลือกันไป เครียดไปก็เท่านั้นแหละหมอ”

“ขายของชำอยู่บ้านก็เปิดวิทยุฟัง เพลินดี คุยกับลูกค้าบ้าง แป็บ ๆ เดียวก็หมดวันแล้ว”

“ลุงเป็นคนสุขสนุก ว่าง ๆ ก็มาคุยกันพอหายเครียด”

“ยายเป็นคนอารมณ์ดี ไม่เครียดหรอกหมอ”

ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าถ้ารู้ว่าตัวเองเครียดก็ต้องห้ามไม่ให้เครียดหรือหาทางระบายความเครียด เพื่อไม่ให้มันเครียดมากเกินไป โดยส่วนมากจะใช้วิธีการหลีกเลี่ยง เดินเลี้ยวไกลไปจากแหล่งหรือต้นเหตุของความเครียด หากิจกรรมอื่นทำ เช่นการออกไปพูดคุยกับเพื่อนบ้าน การดูทีวี การฟังเพลง และการออกกำลังกาย การควบคุมจิตใจ ใช้ธรรมะเข้ามาช่วย เช่นการฟังธรรมะ การสวดมนต์ นั่งสมาธิ

“การดูแลจิตใจต้องไม่เครียด ต้องปล่อยวาง ไม่คิดอะไรมาก”

“อ่านหนังสือพระ อ่านหนังสือสวดมนต์ การรำวง การฟังเพลง”

“ฟังเพลง ระวังอารมณ์ หายใจยาวๆ ผ่อนคลายตัวเอง”

“เครียดก็พยายามไม่เครียด เพราะมันมีผลต่อโรคของเรา แต่ก็ทำไม่ค่อยได้หรอก”

“พักผ่อนมากๆ ทำใจให้สบาย”

“เวลาเครียด ไปทำบุญที่วัดใส่บาตร สวดมนต์ก็ทำให้สบายใจได้”

“ดูทีวี ละครบ้าง ตลกบ้าง ก็เพลินดี”

การจัดการตนเองด้านการรับประทุษร้าย/การฉ้อโกง

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) เกือบทุกคนมีการรับประทุษร้ายตามที่บุคลากรทีมสุขภาพบอกทุกครั้ง

“ไม่เคยลืม ปัญหาเรื่องการกินยาไม่มีปัญหาอะไร”

“กินยาตามคุณหมอแนะนำ คอยเตือนตัวเองเวลากินยา”

“เราก็กินยามาโดยตลอด กินมาจะสิบปีแล้วเนี่ย กินจนมันเป็นข้าวไปแล้ว”

“การกินยาจะช่วยให้เราควบคุมโรคได้ดีที่สุด”

“กินยาตามคุณหมอแนะนำ คอยเตือนตัวเองเวลากินยาโดยใช้ความจำของเราเอง”

“วางยาไว้ตรงโต๊ะกินข้าว ยังงัยก็ไม่ลืม เหมือนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเราไปแล้ว”

“ไม่เคยลืมกินยา ถ้าลืมแก้ปัญหาคด้วยการกินยาในมือถือนั่นแหละ หรือกินยาในวันรุ่งขึ้น”

“ไม่ลืมหรอก จะไปไหนแต่เช้าก็เตรียมแยกเอายาใส่กระเป๋าไว้เลยตั้งแต่ก่อนนอน”

“กินยานะ ไม่ลำบากอะไรหรอกหมอ สบาย ๆ”

“กินยาเป็นประจำ ไม่เคยลืมเลย ถ้าไม่กินยาสีหมอม จะรู้สึกเหมือนขาดอะไรไป”

“หมอบอกให้ไปพอดีกับที่นัดทุกครั้ง เราก็กินพอดีทุกครั้ง”

มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ส่วนน้อยที่ลืมรับประทานยา สาเหตุที่ลืมกินยามักสัมพันธ์กับการมีภารกิจที่ต้องออกไปนอกบ้านหรือมีกิจกรรมที่แตกต่างไปจากวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันทั่วไป

“ส่วนใหญ่ไม่ลืมกินยาหรอก แต่สังเกตว่าถ้าต้องออกไปไหนมาไหน ไปธุระต้องออกจากบ้านแต่เช้า ทำให้ลืม”

“บางที่ทำงานยุ่ง ๆ ไม่ได้กินข้าว เลยไม่ได้กินยา”

“บางที่ต้องออกไปไร่ ไปนา แต่เช้ามืด กว่ากลับเข้าก็เกือบเพล จึงได้กินข้าวเช้า”

มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) 2-3 คนที่มีปัญหาและมีข้อสงสัยที่สะท้อนว่าผู้ป่วยขาดความรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเรื่องการรับประทานยา โดยมีข้อมูลว่า

“การลืมกินยาจะเกิดปัญหาอะไรมัย การกินข้าวเสร็จแล้วกินยาได้เลยมัย”

“หมอรู้อยู่ทำไมทำไมจริงก็เหลือเยอะ (หัวเราะ) ก็ถ้าฉีดยามันก็ไม่เหลือเยอะหรอก บางทีป้าเหนื่อยก็ไม่ฉีด วันไหนกินน้อย ๆ ก็ไม่ฉีด แต่มาเจาะน้ำตาลสูงเลย ป้าทดลองดู”

“ความดันเราปกติแล้วแต่ยังให้ยาอยู่ หมอจะให้กินยานานมั้ย”

การจัดการตนเองด้านการควบคุมน้ำหนัก

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่มีรูปร่างอ้วน เมื่อสอบถามทุกคนจะบอกว่าน้ำหนักเกิน ผู้ป่วยรับรู้ว่ารูปร่างอ้วนไม่ดีต่อภาวะสุขภาพ ทำให้เหนื่อยง่าย ไม่คล่องตัว มีความตั้งใจที่จะควบคุมน้ำหนักไม่ให้เพิ่มขึ้นหรือพยายามลดน้ำหนักลงเพื่อให้เกิดความสบายตัว แต่ก็ทำไม่ได้ เพราะการลดน้ำหนักเป็นเรื่องยาก ถ้าไม่ตั้งใจจริงทำไม่ได้ หมอให้ลดน้ำหนัก แต่ทำไม่ค่อยได้ด้วยเหตุผลหลายประการ ดังข้อมูลต่อไปนี้

“อ้วนแล้วอึดอ้าย ทำอะไรก็ไม่คล่องตัว เหนื่อยง่าย พอเหนื่อยง่ายก็ไม่ค่อยทำอะไร ก็ยิ่งอ้วนหนักขึ้นไปอีก”

“อ้วนกันทั้งบ้าน น่าจะเป็นเพราะชวนกันกินนั่นแหละ ว่างมาก็หาอะไรกินกันตลอด”

“น้ำหนักมันมาตามอายุ อายุมากขึ้น ไม่รู้มันมาจากไหน สมัยสาว ๆ ก็ยังพอมีเอวกะเขามั่ง แก่ตัวมาไม่รู้มันมาจากไหน”

“กินก็ไม่เยอะนะ แต่ก็อ้วนเฮ้ออ้วนเอา”

“ทำไมเป็นเบาหวานมันหิวบ่อย หิวก็กิน กินก็อ้วน ไม่กินมันก็หิวอยู่นั่นแหละ ไม่เป็นอันทำงานทำการ”

“รู้นะว่ากินเยอะทำให้อ้วน เราก็กินไม่เยอะนะ แต่ก็เป็นอย่างที่เห็น (หัวเราะ)”

“ชอบกินข้าวเยอะ ขนมนึงก็ชอบ เห็นแล้วก็อยากกิน ไปตลาดนัดซื้อมาตลอด น่าจะอ้วนเพราะอย่างนี้แหละ”

“แก่ตัวมากินได้น้อยลง แต่ร่างกายมันเผาผลาญได้ไม่ดี ทำอะไรก็ไม่ค่อยไหว แข็งขาก็ไม่ค่อยดี นิ่ง ๆ นอนอยู่นั่นแหละ น้ำหนักก็เลยขึ้น”

“ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายเลยทำให้อ้วน”

“เคยตั้งเป้าหมายนะว่าอยากลดเหลือเท่านั้นเท่านั้น แต่ตอนนี้ไม่แล้ว เพราะตั้งไปก็ทำไม่ได้”

“เวลามาหาหมอทีไร ไม่อยากชั่งน้ำหนักเลย อายหมอ แต่เวลาอยู่บ้านก็กินไม่หยุด (หัวเราะ)”

มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ส่วนน้อยที่มีรูปร่างผอมหรือรูปร่างสมส่วน ทั้งนี้ผู้ป่วยพิจารณาว่าเป็นเพราะกรรมพันธุ์ พ่อแม่ พี่ น้อง มีรูปร่างผอมเหมือนกันทั้งบ้าน ไม่มีใครอ้วน ผู้ป่วยก็เลยไม่อ้วน

“รูปร่างแบบนี้มาแต่ไหนแต่ไรแล้ว เสื้อผ้าไม่ต้องตัดใหม่”

“ไม่อยากอ้วนพยายามควบคุมอยู่ตลอด เพราะถ้าอ้วนแล้วจะทำงานได้ไม่เหมือนเดิม
เหนื่อยง่าย ไม่มีแรงทำงาน”

“ภูมิใจที่มีคนชมว่าแก่แล้วยังหุ่นดีอยู่”

การจัดการตนเองด้านการงดสูบบุหรี่และดื่มสุรา

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ มีเพียงส่วนน้อย
เท่านั้นที่สูบบุหรี่หรือมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าการที่บุคคลในครอบครัว
หรือคนใกล้ชิดสูบบุหรี่นั้นมีผลต่อโรคของตนเองอย่างไร ส่วนใหญ่จะบอกว่า

“หมอบอกเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ เลยเลิกได้”

“เค้าไม่ได้สูบบุหรี่อยู่ใกล้ๆ แต่สูบในบริเวณบ้านเดียวกัน ส่วนใหญ่เค้าไปสูบนอกบ้าน”

“ตัวลุนะเลิกสูบมานานแล้ว ตั้งแต่หมอบอกให้เลิก แต่ลุงขายบุหรี่ คนมาซื้อ ซื้อเสร็จก็นั่ง
คุยกันสูบบุหรี่ไปด้วย จะบอกให้สูบที่อื่นก็ไม่ได้ เพราะเราเป็นคนขายเดี่ยวเค้าจะหาว่าเรารังเกียจ”

“เวลาไปงานเลี้ยงบางทีก็เจอคนนั่งใกล้ๆ สูบบุหรี่ เรายังไม่กล้าบอกเค้าให้ไปสูบไกลๆ”

ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ร้อยละ 10 ที่เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบัน
เลิกแล้ว เนื่องจากคิดว่าส่งผลต่อโรคที่ตนเป็นและการได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับโทษ
ของบุหรี่

“เลิกสูบบุหรี่มานานแล้ว นานมากกว่า 3 ปี”

“หมอบอกให้เลิกก็เลิก ลุงหักดิบเลยนะ”

“ลูกหลานมันดีใจที่เราเลิกสูบบุหรี่”

“มีแต่คนบอกว่าบุหรี่มันไม่ดี ทีวีก็บอก หมอบอกก็บอก เรายังไม่รู้ไม่ดียังยี้ เค้าว่าไม่ดี เรายังเลิก
เลย”

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา มีเพียงส่วนน้อยที่ดื่ม
สุราเวลาไปงานเลี้ยงเท่านั้น เวลาดื่มก็ดื่มไม่มากพอเข้าสังคมได้เท่านั้น ดังข้อมูลต่อไปนี้

“ผู้หญิงกินเหล้า จะถูกมองว่าไม่ดี”

“ไม่กินเหล้าหรอก ไปงานก็ไม่กิน”

“แรก ๆ ก็ยังมีชวนอยู่นะ แต่พอคนเค้าเห็นเราไม่กิน เค้าก็เลิกชวนไปเอง”

“จะดื่มเวลาที่ไปงานเลี้ยง สังสรรค์ต่าง ๆ เหตุที่ดื่มเพราะเพื่อนชวนหรือเพื่อการเข้าสังคม
แต่กลับมาบ้านอยู่คนเดียวก็ไม่ดื่ม”

“ไม่เป็นอุปสรรคเวลาเข้าสังคม เราได้พบปะเพื่อนฝูง ญาติ ถ้ามีคนชวนกินเหล้าเราก็ปฏิเสธ เลิกทานเหล้าตั้งแต่วัวเป็นโรค เพราะกินแล้วปวดหัว ทานแค่อกเดียวก็ปวดหัวเลย แต่สนุกสนานเฮฮา เล่น เต้น ได้โดยไม่ต้องดื่มเหล้า เพราะถ้าเป็นอะไรขึ้นมาเราก็ไม่มีใครช่วยเราได้ เราต้องช่วยตัวเอง ต้องห้ามตัวเอง”

“เคยเห็นเพื่อนบ้านกินทั้งเหล้าและสูบบุหรี่ แล้วตายเร็ว ทรมาณด้วย เลยไม่อยากเป็นแบบเค้า”

“เหล้าขวดหนึ่งก็ต้องหลายตังค์ บุหรี่ซองหนึ่งตั้งแพง ซื้อมากินได้ทั้งบ้าน”

การจัดการตนเองด้านการตรวจตามนัด

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ส่วนใหญ่มาตรวจตามนัดทุกครั้ง ไม่เคย ลืม เพราะถือว่าการตรวจตามนัดเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพราะถ้าไม่มา ตามนัดจะไม่มียาปรับประทาน มีเอกสารจากบุคลากรทีมสุขภาพเขียนไว้ชัดเจนว่าต้องมาตรวจวันไหนใน สมุดคู่มือสุขภาพที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เก็บไว้ในถุงยาทุกครั้ง ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จะมีวันนัดมาตรวจสุขภาพและรับยาในวันเดียวกัน จึงมีการเตือนกันอยู่เสมอเพราะเวลาไปรับยาจะไป ด้วยกัน พร้อมๆ กัน นอกจากนี้ถ้าไม่ไปรับยาตามนัด หมอก็จะโทรศัพท์ตามทุกครั้ง

“มาตรวจทุกครั้งที่หมอนัด ไม่เคยลืมเลย”

“หมอจะเขียนวันนัดครั้งต่อไปในสมุดและบอกเราทุกครั้ง ยาที่ให้ไปก็จะพอดีกับวันที่หมอนัด จะเกินไปก็กินน้อยเท่านั้น ถ้าไม่มาตามนัดจะไม่มียากิน”

“มาพร้อมกันกับญาติ ๆ ชวนกันเดินมา มั่ง ขี่จักรยานบ้างแล้วแต่”

“มันเหมือนเป็นหน้าที่ของคนไข้แหละหมอก็ต้องมาเอายา หมอก็มีหน้าที่จัดยา เอายาให้เรา”

“เข้มาก็ให้พวกบ้านจิมอไซค์มาส่ง ตรวจเสร็จก็โทรให้มารับ”

“มารับยาไม่ได้ลำบากอะไร เรายังมาไหว”

แต่มีปัญหาสถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ) 3 แห่ง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่การคมนาคม ไม่สะดวก ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเป็นจำนวนมาก ตอนเข้ามาโรงพยาบาลมีรถโดยสารประจำทาง แต่ตอนกลับไม่มีรถประจำทาง ต้องจ้างเหมารถมอเตอร์ไซด์รับจ้าง

“ตอนเข้ามีรถโดยสารประจำทางเข้าตัวเมือง ค่ารถก็พอจ่ายไหว ปีก่อนนั่งมาลงที่โรงพยาบาล แต่ตรวจเสร็จ ไม่มีรถกลับต้องจ้างมอเตอร์ไซด์รับจ้าง บางคันก็คิด 60 บาท บางคันก็คิด 70 บาท นะหมอ ป้าจะเอา ดั่งที่ไหนดมาจ่ายนักหนา เงินผู้สูงอายุก็แทบจะไม่พอกิน ค่ารถก็แพง”

“เข้ลูกมาส่ง ขากลับ กลับเอง จ้างมอเตอร์ไซด์ แพงเหมือนกัน แต่ลูกให้ตังค์ไว้”

“ถ้าไม่ต้องเสียค่ารถมาก็ดีเหมือนกัน”

ผู้ป่วยที่มารับบริการสุขภาพที่สถานบริการสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิเกือบทุกแห่งไม่มีปัญหาในการมารับบริการ เพราะ

“มาก็มาพร้อมกัน หมอนัดมาพร้อมกัน ขึ้นรถปิคอัพญาติ ๆ กัน มากันหมด”

“ถึงเวลาที่ชวนกันเดินมาอนามัย ไม่ไกล แป๊บเดียวก็ถึง พอได้เหงื่อซึม ๆ เดินมาก็เก็บผักเก็บหญ้ากันไปด้วย”

“มาด้วยกันกับเพื่อนสะโล่ ป้าจีรธไม่เป็น ซ่อนท้ายมอไซค์เค้ามา”

“บ้านป้าอยู่ไม่ไกล จีจรรย์ยานแป๊บเดียวก็ถึง”

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) พบว่ามีการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และความเครียด การรับประทานยาและฉีดยา การควบคุมน้ำหนัก การเลิกสูบบุหรี่และดื่มสุรา การมาตรวจตามนัด ที่ถูกต้องเหมาะสมบ้างและไม่เหมาะสมบ้างขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ป่วยเกือบทุกคนมีการรับรู้ว่าการจัดการตนเองเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วย แต่ส่วนใหญ่ไม่สามารถบอกถึงรายละเอียดของการจัดการที่เหมาะสมได้ ยกเว้นเรื่องการรับประทานยาที่สามารถจัดการได้ดี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่ดีและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่จากข้อมูลการสนทนาพบว่าผู้ป่วยทั้งที่ประสบความสำเร็จในการจัดการตนเองและไม่ประสบความสำเร็จในการจัดการตนเอง บางส่วนก็ประสบความสำเร็จในการจัดการตนเองในระยะแรก แต่ในระยะยาวไม่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองของผู้ป่วยมีดังต่อไปนี้

อุปสรรคในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง)

1. การตามใจตนเอง ความอยาก การไม่สามารถหักห้ามใจตนเองได้ ขาดความมุ่งมั่นในการจัดการตนเอง

“รู้ก็รู้แต่มันก็อยาก ตามใจปากตลอด”

“เราคุมไม่ได้ เรายังตามใจตัวเองอยู่”

“ห้ามอะไรก็พอห้ามได้ แต่ห้ามเรื่องกิน มันยากนะหมอ”

“ทุกอย่างมันอยู่ที่ใจเราเนียแหละ โดยเฉพาะเรื่องตามใจปาก ห้ามไม่ได้ซักที”

“เราไม่เข้มแข็งพอ เห็นก็อดไม่ได้ กินหมดทุกอย่าง แต่มันไม่ใช่กินแค่พอรู้รสชาติ เอาะอันจนอ้วนเลย”

“ออกกำลังกายทำได้อยู่วัน สองวันก็เลิก มีเหตุอยู่ตลอด หลังๆ มากี่ก็เกียจ”

2. การขาดความรู้ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 70 รู้จักค่าความดันโลหิต Systolic เพียงตัวเดียว ไม่รู้จักความดันโลหิต Diastolic เวลาบอกก็บอกได้แต่ความดันตัวบน และร้อยละ 30 ที่รู้ว่าค่าความดันโลหิตมี 2 ค่า แต่บอกได้แต่ค่า Systolic เช่นเดียวกัน ผู้ป่วยทุกรายได้รับการแจ้งค่าความดันโลหิตทุกครั้งเมื่อมาตรวจตามนัด แต่จำได้ไม่นานก็ลืม เวลาถามก็จะบอกว่าจำไม่ได้หมออยู่ในสมุณนะ จดไว้ทุกครั้ง

“วันนี้หอรอตัวบน 160 ตัวล่างจำไม่ได้แล้ว เอ้อหมอแล้วตัวล่างเนี่ยมันเกี่ยวกับอะไร มันสำคัญเท่าตัวบนไหม ป้าก็จำแต่ตัวบน”

“เอ้อหมอแล้วตัวล่างเนี่ยมันเกี่ยวกับอะไร มันสำคัญเท่าตัวบนไหม ป้าก็จำแต่ตัวบน ก็อย่ารู้เหมือนกันว่ามันต่างกันยังไง อ้าวหมอ เราก็นี้ก็ว่ามันไม่สำคัญเท่าตัวบนก็ไม่ค่อยสนใจมัน”

“การควบคุมความดันได้ดีจะต้องทำยังไงบ้าง เราก็ต้องควบคุมตัวเองให้ดีเท่านั้นแหละ แล้วเราจะต้องควบคุมให้ดีนี่คืออะไรบ้าง ก็ยังไม่รู้เลยครับ แล้วก็หัวเราะ”

“การควบคุมความดันได้ดีจะต้องทำยังไงบ้าง เราก็ต้องควบคุมตัวเองให้ดีเท่านั้นแหละ แล้วเราจะต้องควบคุมให้ดีนี่คืออะไรบ้าง ก็ยังไม่รู้เลยครับ แล้วก็หัวเราะ”

“มีแต่บอกว่าอย่ากินเค็ม อย่ากินหวานเท่านั้น ไม่ทราบปริมาณสัดส่วนที่ต้องรับประทาน”

“ก็ลดอาหารเค็ม อาหารรสจัดตามที่หมอบอกทุกวันแหละ แต่น้ำพริกขาดไม่ได้ ต้องกินทุกวัน”

“ที่บ้านใช้หมอค น้ำปลา ผงชูรส ขอสปรุงรส น้ำมันหอย ซีอิ๊วขาว ซุปก้อน ไม่ใส่ก็ไม่อร่อย ไม่ว่าใครทำก็ต้องใส่ ไม่งั้นไม่มีคนกิน”

“น้ำปลากินได้แค่ไหน น้ำตาลกินได้แค่ไหนก็ไม่รู้ เพราะว่าบอกแต่ลดหวาน ลดมัน ลดเค็มเท่านั้น”

“น้ำปลากินได้เท่าไรหรือหมอ”

“ที่บ้านใช้น้ำมันปาล์มทำอาหารทุกอย่าง”

“หมอบอกให้กินปลา ยาก็เอามาปลาทอดจิ้มน้ำปลาทุกวัน”

“หมอบอกให้ออกกำลังกาย ป้าก็ทำนะแกว่งแขนทุกวัน เข้า 10 ครั้ง เย็น 10 ครั้ง”

“ออกกำลังกายด้วยการเดิน เดินได้ซัก 10 นาที พอเหงื่อซึม ๆ ก็หยุด”

“ป้าทำงานบ้านทุกวันก็ถือเป็นการออกกำลังกายไปในตัว”

“งานบ้านก็ทำ ๆ หยุด เหนื่อยก็พัก”

“เครียดก็ปล่อยมันไป”

“ลูกหลานมันสูบบุหรี่ ขยายไม่ได้สูบบุหรี่น้อยไม่เป็นไรหรอก”

“ไว้อีกสัก ๑ วันไปหาหมอค่อยคุยเรื่องอาหารการกิน น้ำตาลกับความดันจะได้ไม่ขึ้น”

“คำปกติของความดันไม่รู้หรือว่าเท่าไร มาหาหมอ หมอก็บอกทุกครั้ง แต่แป๊บ ๆ ก็จำไม่ได้หรอก หมออยากรู้หรือ ดูเอาในสมุดนะ”

“ความดันครั้งนี้ต่างจากครั้งที่แล้วหรือเปล่า จำไม่ได้”

“น้ำตาลถ้าจะให้ดีไม่ควรเกิน 120 จำได้นะ แต่คุมไม่ค่อยได้”

“เจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็ไปซื้อยากินเอง”

“คนที่ เป็นเบาหวานและความดันมีโอกาเป็นอัมพาตและเป็นโรคหัวใจได้ง่ายกว่า คนทั่วไป จำได้เพราะหมอบอก กลัวนะอัมพาตนะ ไม่อยากเป็น เห็นคนอื่นเป็นแล้วนึกว่าถ้าเป็นเราคงยอมตาย เพราะไปไหนไม่ได้ แต่โรคหัวใจมันมีอาการยังงี้ก็ไม่วินิจฉัย เพราะไม่เคยเป็น มันคงจะเหนื่อยแน่ ๆ เลย”

“อัมพาตมันพอมองออก แต่โรคหัวใจไม่รู้ว่ามันเป็นยังงี้ที่ต้องรีบไปหาหมอ”

“ไต่สายเกี่ยวกับเบาหวานและความดันด้วยหรือ จะรู้ได้ยังงี้ว่าเป็นไต่สาย”

“บวม หรือ นี้ออกน้อยหรือ ขยายไม่เคยเป็นนะ”

“หมอบอกไตเริ่มไม่ดีแล้วนะ แต่ก็ไม่เห็นมันมีอาการอะไร ก็เลยไม่รู้ว่ามันเป็นยังงี้”

“ตรวจชุดใหญ่ประจำปี หมอเค้าคอยเตือนและบอกตลอดแหละ ตรวจปีละครั้ง ปีนี้ตรวจแล้ว แต่ไม่รู้ว่าจะตรวจอะไรบ้าง ที่แน่ ๆ ตรวจไขมันแน่นอน”

“ผลตรวจประจำปีเป็นยังงี้มั้งก็ไม่วินิจฉัย จำไม่ได้หมอบอกก็ดูเอาในสมุด”

“ความดันมันปกติทุกครั้งแหละ จะต่างจากเดิมหรือเปล่าไม่รู้ รู้แต่ว่าปกติ”

“ไม่รู้หรือว่าหมอเค้าตรวจค่าไตให้หรือเปล่า”

“ดูเคยบวมนะ นานแล้วแต่ไม่ได้บอกหมอ”

“ไม่ได้ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจนานมากแล้ว หมอบอกว่าอาการปกติแล้วไม่ต้องตรวจ”

“เวลามีแผลถ้าไม่ใหญ่ก็ทำเองที่บ้าน”

“มีการตรวจตาทุกปี แต่เริ่มมองไม่ค่อยเห็น หมอบอกให้ไปที่โรงพยาบาลจังหวัด ลูกยังไม่ว่างพาไปเลย”

“ระดับน้ำตาลกับการมองไม่เห็นมันเกี่ยวกันด้วยหรือ”

“เวลาเป็นไรขึ้นมาก็จะโทรตามลูกหลานที่ไปทำงานให้พาส่งโรงพยาบาล”

“1669 เบอร์โทรอะไรหรือ”

“1669 ยายก็รู้นะ แต่ไม่เคยโทรหอก โทรหาลูกก่อนเลย”

3. วิธีการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) หลายคนทำให้ข้อมูลว่าวิธีการดำเนินชีวิตเป็นปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ควบคุมความดันโลหิต และน้ำตาลในกระแสเลือด เนื่องจากความเร่งรีบ ลักษณะงานที่เคร่งเครียดลักษณะงานที่ทำงานเป็นช่วงเวลา ไม่แน่นอนในกรณีที่ทำงานโรงงาน เพราะไม่สามารถเลือกช่วงเวลาในการทำงานได้ การให้ความสำคัญในการหารายได้มาใช้จ่ายในครอบครัวมากกว่าการดูแลสุขภาพเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่มีอาการและไม่ต้องเสียเงินเมื่อมารับยา แต่การดำเนินชีวิตอื่น ๆ จำเป็นต้องใช้เงินในการซื้ออาหารและของใช้ที่จำเป็นในการดำรงชีวิต

“ภาระงานที่ต้องทำในแต่ละวันมันเยอะ ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง ต้องหาเงินมาใช้จ่ายในแต่ละวัน การดูแลสุขภาพจึงไม่ค่อยมีเวลาที่จะสนใจและใส่ใจสุขภาพเท่าที่ควร”

“ออกไปทำงานต้องซื้ออาหารมารับประทานเพราะไม่มีเวลาในการประกอบอาหาร”

“แต่ก่อนเราก็กินแบบเป็นกะ ไม่ค่อยได้มีเวลาใส่ใจตัวเองหรอก กินอะไรก็ซื้อกิน ข้าวแกงแบบเป็นถุง กินแล้วก็นอน ทำงานเหนื่อยมากก็กิน กิน กิน ไม่ได้สนใจหรอกว่าจะต้องออกกำลังกาย ยาเบาหวานความดันก็กินบ้าง ไม่กินบ้าง ถ้าลืมก็ไม่กิน ไม่ลืมก็ได้กิน เราทำงานไม่เป็นเวลานะ”

“แฟน (สามี) นอนกรน เราก็กินไม่สนิท คิดอยู่คนเดียวว่าจะเอาโทรศัพท์อัดเสียงตอนเขากินมาเปิดให้เขาฟัง (หัวเราะ) นอนไม่หลับ เคยนอนไม่หลับ 2 คืนติดกัน มาวัดความดันสูงเลย และพอตื่นแล้วจะหลับยาก”

“เช้าก็ต้องออกจากบ้านแต่เช้า กว่าจะได้กลับก็ค่ำ ผ่านตลาดเจออะไรก็ซื้อกินปะทั้งชีวิตไป”

“อยู่บ้านเฉย ๆ ไม่ได้ทำงานอะไร ทำงานบ้านเสร็จก็เที่ยวหาอะไรมาทำกิน แถวละแวกบ้านมีคนรุ่นราวคราวเดียวกัน กินกันทั้งวัน เวะเวียนกันอยู่นั่นแหละ บ้านนั้นบ้างบ้านนี้บ้าง เย็นมาจึงแยกย้ายบ้านใครบ้านมัน”

4. เศรษฐกิจ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) บางส่วนให้ข้อมูลว่าการที่เศรษฐกิจ ฐานะไม่ดี มีผลต่อการจัดการโรคเรื้อรังของตนเอง

“คนเราฐานะไม่ดี เลือกกินมากไม่ได้ มีไรก็ต้องกิน บางครั้งรู้ก็ทั้งรู้แต่เลือกไม่ได้ เพราะไม่มีเงิน”

“บางครั้งเราก็อยากมีเวลาพักผ่อนเหมือนคนอื่นเค้า แต่ก็ต้องออกไปทำงานหยุดไม่ได้ เพราะถ้าหยุดก็เท่ากับว่าทุกคนในบ้านไม่มีกิน เรื่องสุขภาพหรือ ไม่ต้องพูดถึง”

“แกงถุง กับข้าวถุง เลือกซื้อได้เท่าที่มี”

“ทำอาหารรับประทานชนิดเดียวกันทั้งครอบครัว หากแยกทำก็เป็นการสิ้นเปลือง
ค่าใช้จ่ายด้านอาหารเพิ่มขึ้น”

5. ความเครียด ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง)ส่วนใหญ่รับรู้ว่าการ
ความเครียดมีผลต่อระดับความดันโลหิตสูง ทำให้ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูงขึ้นกว่าปกติ แต่ไม่ทราบว่ามี
ผลต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ทุกคนจึงพยายามไม่เครียด แต่ส่วนใหญ่ก็ยอมรับว่าเรื่องความเครียดเป็น
สิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพียงแต่พยายามให้ลดน้อยลง หรือเมื่อเครียดแล้วต้องหาวิธีคลายเครียดให้ลดน้อยลง
หรือปล่อยวางให้ได้

“ความเครียด เป็นปัญหาอุปสรรคที่สำคัญทำให้ผมควบคุมความดันไม่ได้ มันมีเรื่อง
มาให้เครียดตลอด”

“บางครั้งก็คิดนั่นคิดนี่ตลอด ไหนจะเรื่องลูก ไหนจะเรื่องเงิน พุดแล้วก็ปวดหัว”

“เวลามีเรื่องเครียดเข้ามา มันจะปวดหัวเหมือนหัวจะระเบิด ไม่อยากจะทำอะไรเลย
อยากจะหนีไปให้พ้น ๆ จากปัญหา”

“ทำไมเรากุมอาหาร กินตามหมอบอกทุกอย่าง เคร่งครัดทุกเรื่อง น้ำตาลมันยังไม่ลง
เลย ออกจนไม่รู้จะออกอย่างไรแล้ว”

“ถ้าเครียด หรือไม่สบายใจก็หางานทำให้เพลิน ๆ จะได้ลืม ๆ ไม่ก็เปิดเพลงฟัง”

6. การประกอบอาชีพที่ต้องค้าขายอาหาร เช่น ผู้ป่วยหรือคนในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ขายอาหาร น้ำหวาน กล้วยทอด ทำให้ต้องรับประทานอาหารบ่อย
ชิมอาหาร หรือเห็นแล้วก็อดรับประทานไม่ได้

“เบาหวานนี้แหละคงต้องลดน้ำแก๊งช่วยลด เพราะลูกมันขาย เราก็อยากกิน เห็นมันก็
อยาก กินทีละแก้ว (หัวเราะ) วันนั้นก็กินแก้ว สองแก้วนี้แหละ กินทุกวัน”

“กล้วยแขกของยายอร่อยที่สุดเลยนะ ลองชิมไหม คนซื้อต้องมาต่อแถวกันยาวเลย
ยายแป็บเดียวหมด ยายต้องเป็นคนปรุงรส และต้องชิมให้ได้รสชาติเหมือนกันทุกวัน ไม่งั้นเสียชื่อหมด”

“ลูกกะป้าขายอาหารตามสั่ง ขายกล้วยเดี่ยวด้วย ลูกก็ต้องช่วยทำและช่วยชิมตลอด”

7. สภาพภูมิอากาศ ช่วงเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นช่วงฤดูร้อน ทำให้ผู้ร่วมสนทนา
หลายคน มีความไม่สุขสบายเนื่องจากอากาศร้อน และเชื่อว่ามีผลกระทบกับโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือ
ความดันโลหิตสูง

“อากาศร้อน ๆ และนอนไม่หลับ จะมีหัว ความดันขึ้น”

“หน้าร้อน น้ำหวาน น้ำอัดลมขายดี หยิบขายก็อดไม่ได้ที่จะกิน แต่จะกินแค่จิบ ๆ”

“ประเทศไทยมันร้อนขึ้นทุกวัน เมื่อก่อนร้อนมาก ๆ ก็ผูกเปลนอนได้ร่มไม้ได้ ไปเล่นน้ำในคลองใกล้ ๆ บ้านได้ แต่ตอนนี้ไม่ไหวเลย ออกจากบ้านก็ยังร้อน”

“ยิ่งร้อน ก็ยิ่งหงุดหงิด”

“อาการร้อนทำให้หงุดหงิดและเกิดความเครียด”

“ร้อนมาก ๆ ก็ไม่อยากทำอะไรเลย อาบน้ำยังไม่ทันได้แต่งตัวเหงื่อก็ออกอีกแล้ว”

8. วัฒนธรรมของคนในจังหวัดสระบุรี ประชาชนบางกลุ่มเป็นลาวพวน บางกลุ่มเป็นลาวมาจากเวียงจันทน์ มีการรับประทานอาหารเดิม มีการถนอมอาหารเก็บไว้รับประทานอย่างชัดเจนที่ได้รับการปลูกฝังมาตั้งแต่รุ่นพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ได้แก่ การรับประทานปลาร้า ปลาเค็ม น้ำพริกน้ำปลา น้ำพริกปลาป่น ต้องมีติดสำหรับอาหารไว้ตลอด แต่ผู้ป่วยบอกว่าพยายามกินน้อยลง ใช้น้ำเจือจางให้น้ำพริกมีความเข้มข้นลดน้อยลง เอน้ำพริกมากลูกข้าวพอมีสเท่านั้น ไม่เหมือนก่อนใช้ราดข้าวตักกินเลย แต่ยังอดไม่ได้ การรับประทานอาหารร่วมกันในครอบครัว มีผลต่อการควบคุมไม่ได้ตามที่บุคลากรสาธารณสุขแนะนำ เพราะบุคคลอื่นที่ไม่เป็นความดันโลหิตสูงก็จะมีการเติมน้ำปลาพริกชี้หนูหรือน้ำปลาพริกป่นด้วยเสมอ เวลาเราเห็นก็อดไม่ได้

“เรากินน้ำพริกผักต้มมาแต่อ่อนแต่อด ทุกวันนี้ก็กินน้ำพริกผักต้มทุกวัน”

“พ่อแม่พา กินมาตลอด น้ำพริกผักต้ม ที่กินประจำเลยคือน้ำพริกปลาร้า พุดแล้วก็อยากไม่โกหกหรือทรมอ กินไรก็บอก โกหกทรมอไม่ได้หรอก”

“กินอาหารลดเค็มน้อยลงกว่าเดิมตามที่หมอบอก แต่ยังต้องมีพริกน้ำปลาติดสำหรับไว้ทุกมื้อ เราไม่กิน คนอื่นก็กินยังงัยก็ต้องมี”

“ยายไม่กินแกงกะทิมานานมากแล้ว แต่ขนมหวานที่ใส่กะทิ ก็มีบ้างอย่างกล้วยบวชชี เพราะมะพร้าวก็เอาที่ต้น กล้วยก็ที่ปลูก บางทีเพื่อนบ้านก็เอามาให้ ทำแล้วก็แจกกัน ไปกิน เค้าให้เราบ้าง เราให้เค้าบ้าง”

“กับข้าวที่บ้านต้องมีหลายอย่าง ทั้งแกง ต้ม ผัด ทอด น้ำพริก เพราะมีหลายคน คนหนึ่งก็กินไม่เหมือนกัน”

“เมนูที่ทำประจำเลยคือทอดหมูหรือทอดไก่ เพราะมันง่ายทำได้เร็วกินได้ทุกคน เอามาคลุกน้ำปลาแล้วทอดก็กินได้ทุกวัน”

“แถวบ้านยายหาปลากินกันเอง พอถึงหน้าฝนก็ได้ปลามาเยอะ ทำปลาร้า ปลาเค็ม ปลาอย่างเก็บไว้กินได้ทั้งปี มีมากก็แบ่งขาย”

“เวลาไปงานเลี้ยงนะหมอ โต๊ะจีนก็มีแต่ขาหมูเกือบทุกงานเลย ของชอบเราเลยเห็นก็อดไม่ได้”

ปัจจัยการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง)

กรณีที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ต้องการให้การจัดการตนเองดีขึ้น หรือมีประสิทธิผลมากขึ้นนั้น ผู้ป่วยพิจารณาว่าประเด็นสำคัญในการส่งเสริมให้จัดการตนเองได้หรือ ประสบความสำเร็จในการจัดการตนเองนั้นขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเองเป็นหลัก จะทำได้หรือไม่ได้ขึ้นอยู่กับจิตใจ ของตนเอง ความเข้มแข็ง ส่วนปัจจัยที่สนับสนุนให้การจัดการเป็นไปด้วยดีคือการสนับสนุนจากคนใน ครอบครัวและบุคลากรทีมสุขภาพ การดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัว การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร หลักศาสนา การสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเอง และความรู้สึกลึกซึ้งภาคภูมิใจที่สามารถควบคุมโรคได้สำเร็จ ทำให้มีแรงจูงใจที่จะทำต่อ ดังข้อมูลต่อไปนี้

“ทุกอย่างอยู่ที่ตัวเราต้องคอยห้ามใจและเตือนตัวเองจะทำให้จัดการตนเองได้ดีขึ้น”

“ต้องห้ามใจตัวเองให้ได้ ทุกอย่างอยู่ที่เราแต่ในบางที่เราก็ไม่สามารถไปบอกผู้อื่นให้ทำตามที่เราต้องการได้”

“การจัดการตนเองที่ดีขึ้นต้องขึ้นอยู่กับสองทาง คือ ผู้ป่วยเองและครอบครัว ถ้าเขาเข้าใจเรา เข้าใจในโรคที่เราเป็น คงจะสามารถจัดการกับปัญหานี้ได้”

“ในการทำอาหารรับประทานที่บ้าน ควรจะแบ่งแยกอาหาร”

“เราไม่ควรเพิ่มและลดยาเอง”

“อ้อผมก็พยายามควบคุมนะเรื่องอาหาร เวลาจะกินอะไรเราต้องมีสติ คิดให้ได้ว่าเราต้อง ควบคุมอาหารนะเดียวความดัน ไขมันมันจะขึ้น เราก็หลีกเลี่ยงทุกอย่างแหละตอนนี้”

“ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ควรมีการจัดการตัวเองด้าน อาหารการกิน การออกกำลังกายในแบบยืดยา ยืดแขน การออกกำลังกายช่วยลดความดันและน้ำตาล นอน พักผ่อนให้เพียงพอ อากาศร้อนทำให้หงุดหงิดและเกิดความเครียด การดูแลจิตใจต้องไม่เครียด ต้องปล่อย วาง ไม่คิดอะไรมาก อ่านหนังสือพระ อ่านหนังสือสวดมนต์ การรำวง การฟังเพลงก็ช่วยได้”

“ทำอารมณ์ไม่เครียด ทำจิตใจสบายๆ”

“คนในครอบครัวมีส่วนที่จะช่วยเตือนในการรับประทานอาหาร การทำอาหารรับประทาน เองในบ้านน่าจะช่วยควบคุมโรคได้”

“คนในครอบครัวช่วยดูแลในการกินยาโดยจัดใส่กล่องยาที่กินในแต่ละวันและเวลาให้ น่าจะ ช่วยให้กินยาได้ต่อเนื่องมากกว่าจัดยากินเอง”

“ต้องการให้เจ้าหน้าที่ดูแลให้คำแนะนำเป็นระยะ ไม่ควรห่างนานเกินไป และเยี่ยมบ้านมาก ขึ้น”

“อยากให้รพ.มีการส่งเสริมดูแลตัวเองให้มากขึ้น มีการติดตามอย่างดูแลใกล้ชิดถึงบ้าน การให้คำแนะนำ มีการบริการที่ดี มีสัมพันธ์ที่ดี”

“สิ่งที่อยากได้เพิ่มเติมคือการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการที่ต้องรีบไปโรงพยาบาล ใน คนไข้ที่มีอาการหนัก และการสังเกตอาการเตือนในภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการดูแลเบื้องต้น”

มีผู้ป่วยส่วนน้อยที่ยังรับรู้และเชื่อมั่นว่าการจัดการตนเองเป็นสิ่งที่ไม่สามารถทำให้ประสบความสำเร็จได้ หรือยังไม่เชื่อมั่นว่าตนเองจะจัดการได้ หรือยังไม่ยอมรับว่าการจัดการตนเองนั้นเป็นหน้าที่สำคัญที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

“แนวทางทำให้ดีขึ้นนั้นไม่มี”

“การดูแลที่หมอให้ไปก็ทำได้บ้าง ไม่ได้บ้าง มันต้องค่อย ๆ ปรับจะให้เลิกกินเลยก็ไม่สามารถทำได้”

“ตอนนี้ทำคืออยู่แล้ว จะให้ทำอะไรอีก”

ในการสร้างเสริมกำลังใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ในการจัดการตนเอง ให้ประสบความสำเร็จนั้น จำเป็นต้องมีการสร้างแรงจูงใจในการจัดการที่เหมาะสม จากข้อมูลพบว่า แรงจูงใจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยมีดังต่อไปนี้

“ให้กำลังใจตัวเอง รู้สึกภูมิใจที่ดูแลตัวเองได้ และครอบครัวทำให้มีกำลังใจในการรักษาโรค”

“ใช้ครอบครัวเป็นแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพราะจะได้อยู่กับครอบครัวไปนาน ๆ และสามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ”

“เราอยากมีชีวิตยืนยาว อยากอยู่กับลูกกับหลาน อยู่ที่นี่เรา เราต้องสู้ อยู่ที่กำลังใจของเราเอง หาได้ที่ตัวเรา เพื่อลูกหลาน อยากมีอายุยืนยาว”

“ให้กำลังใจด้วยการมองคนในครอบครัว จะต้องมีชีวิตอยู่เพื่อลูกเพื่อหลาน และไม่ยอมเป็นภาระให้ลูกหลานหรือคนในครอบครัวมาดูแล จึงต้องดูแลตัวเองเพื่อไม่ให้มันเป็นโรคที่รุนแรงมากกว่านี้”

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า

“ภูมิใจในตัวเองและดีใจที่สามารถควบคุมตัวเองได้จนทำให้ค่าทุกอย่างอยู่ในเกณฑ์ดี มีกำลังใจในการดูแลตัวเองต่อไปมากและอยากให้มันอยู่ในระดับนี้ตลอดไป”

“ถ้าควบคุมโรคไม่ได้ จะรู้สึกอายหมอ กลัวหมอดุ กลัวว่าจะป่วยมากขึ้น เสียใจ ท้อแท้ ทำไม่ได้ดูแลตัวเองให้ดี”

“ใช้หลักศาสนาเป็นแรงจูงใจ การที่เราเป็นโรคคือการได้รับผลบาปจากการที่เราทำมา ดังนั้นถ้าเราไม่ยอมบาปเพิ่มมากขึ้นควรหยุดที่จะทำร้ายตัวเอง”

“อยู่ที่กำลังใจของเรา อยู่ที่ตัวเรา”

“เทคนิคในการดำเนินชีวิต คือชีวิตต้องมีความหวัง อยู่ดีกินดี”

ผลของการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเรื้อรัง(ผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) มีประสบการณ์รูปแบบในการจัดการตนเองที่แตกต่างกันออกไปดังข้อมูลข้างต้น และเมื่อให้ผู้ป่วยได้พิจารณาถึงผลการจัดการตนเองพบว่า ประสบความสำเร็จในการจัดการตนเองที่แตกต่างกันออกไป มีทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ ด้วยเหตุและปัจจัยแตกต่างกันออกไป ดังข้อมูลต่อไปนี้

“โดยส่วนมากจะไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากต้องออกไปทำงานต้องซื้ออาหารมารับประทานเพราะไม่มีเวลาในการประกอบอาหาร”

“ญาติที่ดูแลเป็นคนประกอบอาหารให้รับประทานทำให้ไม่ทราบปริมาณสัดส่วนที่ต้องรับประทาน มีแต่บอกว่าอย่ากินเค็ม อย่ากินหวานเท่านั้น ก็คิดว่ายังจัดการได้ไม่คืนะ”

“ผงซุสถ้าไม่กินมันก็ไม่อร่อย เรากินมานานแล้ว มันติดแล้ว มันต้องใส่ ถ้าเราเป็นคนทำกับข้าวเราไม่ได้คนในบ้านก็บอกไม่อร่อย เขาก็ไม่กินกับเรา แต่ถ้าเขาทำเขาก็ต้องใส่เพราะกับข้าวไม่ได้ทำแยกกันไว้ กินก็ต้องกินด้วยกัน อย่างนี้ถือว่าไม่ประสบความสำเร็จใช่ไหมหมอ”

“กินยาแล้ว มันก็ปกติดี การกินยาถือเป็นการจัดการตนเองที่ดีที่สุดแล้ว อื่น ๆ เป็นหน้าที่ของหมอเค้า”

“การจัดการที่ดีที่สุดคือการกินยา มารับยาและตรวจตามนัดทุกครั้ง”

“ไม่ประสบผลสำเร็จเพราะไม่มีเวลา ภาระงานด้านต่างๆ สิ่งแวดล้อมในครอบครัว และที่สำคัญที่สุดคือการห้ามใจตัวเอง”

“การออกกำลังกายโดยส่วนมากจะไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย โดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา ภาระงานเยอะการได้ทำงานก็ถือว่าเป็นการออกกำลังกายได้เช่นเดียวกัน”

“เราคิดว่าเราก็ควบคุมตัวเองนะแต่ทำไมมันไม่ดีขึ้นสักที จนไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรถึงจะให้มันดีขึ้น”

“ไม่มีปัญหาและอุปสรรค แต่สิ่งที่อยากได้เพิ่มเติมคือการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการที่ต้องรีบไปโรงพยาบาล ในคนไข้ที่มีอาการหนัก และการสังเกตอาการเตือนในภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการดูแลเบื้องต้น”

“โรคแทรกซ้อน หมอเค้าก็บอกนะว่าเป็นโรคเบาหวานและความดันจะทำให้เป็นโรคหัวใจ และอัมพฤกษ์ อัมพาตได้ง่ายกว่าคนทั่วไป แต่เรายังไม่เคยเป็น ก็ไม่รู้ว่ามันเป็นอย่างไร จะต้องทำอย่างไร”

“ป่าไม่เคยเป็นไม่รู้หรอกว่าโรคแทรกซ้อนมันเป็นยังไง”

“ไม่รู้สิว่าไตวายมันเป็นยังไง หมอบอกแต่ว่าไตวายเริ่มเสื่อมแล้วนะ เราก็ไม่เห็นว่ามันเป็นยังไงเลย รู้แต่ว่าหมอนัดเราบ่อยขึ้น ก็มาตามที่หมอนัดทุกครั้งเท่านั้นแหละ”

การกำกับติดตามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีประสบการณ์ในการจัดการตนเองโดยมีการกำหนดเป้าหมายในการจัดการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเรื่องการจัดการด้านการควบคุมอาหาร มีการใช้เทคนิคการกำกับติดตามการปฏิบัติตนในการจัดการตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ควบคุมโรคและลดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเทคนิคในการกำกับติดตามของผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันออกไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทราบผลการตรวจน้ำตาลและความดันโลหิตทุกครั้งแต่การนำข้อมูลนี้ไปใช้ในการตั้งเป้าหมาย วางแผนจัดการตนเองให้สามารถควบคุมโรคได้นั้นค่อนข้างน้อยหรือไม่มีเลย ส่วนใหญ่จะติดตามอาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติไปจากที่เคยเป็น หรือคอยติดตามสังเกตความสุขสบายของตนเองเท่านั้น ดังข้อมูลต่อไปนี้

“จะเริ่มกำหนดเป้าหมายเอาใกล้ๆ วันที่จะมาตรวจว่าจะจัดการตัวเองอย่างไรไม่ให้ระดับน้ำตาลสูงมากเกินไป”

“ตั้งเป้าหมายเรื่องการกิน ไม่กินของทอด ของมัน ต้องดูแลตัวเอง อยากทำให้ได้แต่ทำได้บ้างไม่ได้บ้าง”

“จะคอยสังเกตตัวเอง เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น อาการปวดศีรษะ เหนื่อย วิงเวียน หรืออาการตาพร่ามัว ก็เป็นอาการเตือนว่าการควบคุมโรคของตนเองไม่ดี ก็จะนอนพักและหากไม่ดีขึ้นจะไปโรงพยาบาล”

“เจ้าหน้าที่จะบอกค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลทุกครั้ง เพื่อจะได้รู้ว่าตนเองควบคุมโรคได้ดีหรือยัง รู้แล้วก็ไม่ได้ทำอะไรกะมัน ตั้งใจว่าอยากคุมให้ได้ดีขึ้น แต่ความตั้งใจก็มีแค่วัน สองวันเท่านั้น เมื่อกลับมาบ้านก็เป็นเหมือนเดิม”

“ติดตามเหมือนกันนะ แต่เป็นพัก ๆ ไม่ตลอดหรอกหมอ”

“ต้องกินยา ถ้าไม่กินจะรู้สึกไม่ดี ขาดยาไม่ได้ ถึงจะคุมอาหารยังไงก็ต้องกิน ความดันไม่สูงวัดได้ 120 ข้างล่าง 70 บางครั้ง 80 ความดันในระดับ 125 อยู่ในภาวะสบาย ไม่ปวดหัว แต่ถ้าถึง 140 ก็รู้สึกหัวใจสูบฉีดแรง”

“รับประทานยาอย่างเคร่งครัดแต่จะสามารถทำได้ดีในช่วงสองสัปดาห์แรกที่มาพบแพทย์ แต่หลังจากนั้นด้วยภาระงานทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลตัวเองต่อและจะมาสนใจในช่วงสองสัปดาห์ก่อนมาพบแพทย์เพื่อให้ได้ค่าความดันและค่าน้ำตาลที่ปกติ”

การประเมินผลการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) มีการประเมินผลการจัดการตนเองเป็นส่วนน้อย โดยมีการประเมินผลด้วยตนเองจากการสังเกตอาการและความสุขสบายของร่างกาย มีการรับรู้ค่าความดันโลหิต ค่าระดับน้ำตาลของตนเอง แต่เมื่อรู้แล้ว บางคนก็บอกได้ว่าสาเหตุการควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติคืออะไร สาเหตุของความผิดปกติคืออะไร แต่บางคนบอกไม่ได้ นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยทราบผลแล้วยังไม่มีการเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติหรือการพัฒนาการจัดการที่ดีขึ้น

“ถ้าความดันและน้ำตาลปกติ มันจะเบาตัวนะ แต่ถ้าเมื่อไรที่มันเกินเราจะรู้เองเลยว่ามันน่าจะเกินแล้วนะ มันจะหนักตัว หนักหัว รู้สึกไม่โล่งแต่ถ้าเราลดลงมาได้เราจะเบาตัวลง”

“จะเริ่มกำหนดเป้าหมายเอาไว้ใกล้ ๆ วันที่จะมาตรวจว่าจะจัดการตัวเองอย่างไรไม่ให้ระดับน้ำตาลสูงมากเกินไป โดยการควบคุมอาหารในหนึ่งสัปดาห์ก่อนที่จะมาและคืนก่อนที่จะมาพบแพทย์จะนอนแต่หัวค่ำเพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อนค่าความดันก็จะไม่สูงจนเกินไป เหตุผลที่ทำได้ อดนอน กลัวหมอดุกลัวได้เลื่อนนัดที่ถี่มากขึ้น เพราะทุกคนต่างมีภาระการทำงาน”

“ถ้าเป็นน้ำตาลจะพยายามไม่ให้เกิน 100 ความดันก็เหมือนกันว่าจะไม่ให้เกิน 130 ตัวล่างไม่ให้เกิน 80 เหมือนที่หมอบอกว่าต้องควบคุมให้ได้ในระดับนี้ มันจะเบาตัวนะ แต่ถ้าเมื่อไรที่มันเกินเราจะรู้เองเลยว่ามันน่าจะเกินแล้วนะ มันจะหนักตัว หนักหัว รู้สึกไม่โล่งแต่ถ้าเราลดลงมาได้เราจะเบาตัวลง”

“หมอบอกว่าอายุขนาดป้าเอา 140 ก็พอ แต่ก็ขึ้น ๆ ลง ๆ ก็ไม่ค่อยได้กินอะไร (อมยิ้ม)”

“120/80 ถ้า 130 ก็สูงไป จะรู้สึกปวดมึนหัว จะวูบ”

“หากค่าความดันหรือน้ำตาลขึ้นสูง หมอก็จะเริ่มดุ ก็จะกลัวหมอดุ เราเลยต้องควบคุมก่อนมาหาหมอ”

“พอทราบว่าค่าเกินปกติหรือผิดปกติมากจะเกิดความกลัวและจะทำตามที่แพทย์แนะนำและพยายามทำตัวเองไม่ให้เครียด”

การกำหนดเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีประสบการณ์ในการจัดการตนเอง โดยส่วนใหญ่มีการกำหนดเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตสูง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ควบคุมโรคและลดภาวะแทรกซ้อน แต่มักเป็นการกำหนดเป้าหมายก่อนระยะเวลาใกล้ ๆ การตรวจตามนัด แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปช่วงหนึ่ง จะปล่อยให้การปฏิบัติตนสบาย ๆ ไม่เคร่งครัดจนเกินไป มีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 5 ที่มีการ

กำหนดเป้าหมายในการควบคุมโรคเบาหวานคืออยากให้น้ำตาลลดโดยตั้งเป้าหมายของเราเอง โดยการลดทุกอย่าง ในอาหารการกิน เมื่อเราควบคุมได้มีความสุขเพราะสุขภาพดีขึ้น

“เป้าหมายในการควบคุม อยากให้ลดโดยตั้งเป้าหมายของเราเอง โดยการลดทุกอย่าง ในอาหารการกิน เมื่อเราควบคุมได้ก็มีความสุขเพราะสุขภาพดีขึ้น”

“ถ้าเป็นน้ำตาลจะพยายามไม่ให้เกิน 100 ความดันก็เหมือนกันว่าจะไม่ให้เกิน 130 ตัวล่างไม่ให้เกิน 80”

“อยากให้ความดันอยู่ที่ระดับ 120 ระดับน้ำตาล 120”

“ยายจะคอยระวังการกินก่อนมาหาหมอซักอาทิตย์นึงแต่หลังจากพบหมอสักพักจะเข้าสู่ภาวะปกติ ทำได้บ้างไม่ได้บ้าง ไม่เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง”

“วันนี้เธอตัวบน 160 ตัวล่างจำไม่ได้แล้ว”

“ตั้งเป้าหมายทุกครั้งแหละหมอ แต่ทำได้บ้างไม่ได้บ้าง ตั้งแล้วก็จบ ไม่ได้ทำอะไรกะมัน”

“หมอก็บอกทุกครั้งว่าให้คุมให้ได้ ไอ้เราก็เครียด”

“ใครก็อยากควบคุมให้ได้นะหมอ บางทีป้าก็ทำได้ บางทีก็ทำไม่ได้”

การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อน

การรับรู้การเตือนของภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า สมอง หัวใจ และระบบประสาท โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ส่วนมากมีความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนในบางส่วนไม่ครอบคลุมทั้งหมด ส่วนใหญ่จะบอกว่า “ไม่รู้สิ ไม่รู้ว่าเป็นยังงัย มันยังไม่เกิดกับฉัน” “มันเป็นยังงัยเธอหมอ ฉันยังไม่เคยเป็น” บางกรณีเมื่อให้คำแนะนำไปและให้ผู้ป่วยลองทบทวนและสังเกตอาการผิดปกติของตนเองที่ผ่านมา ผู้ป่วยบางส่วนคิดว่าตนที่รับรู้ ไม่ให้ความสำคัญเพราะว่ายังไม่เกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการตั้งเป้าหมายเพื่อควบคุม และไม่ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมโรคให้อยู่ในเกณฑ์ปกติกับการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากที่สุด รู้สึกกลัว ไม่อยากเป็น ไม่อยากที่จะต้องเป็นภาระของคนอื่น ต้องให้คนอื่นคอยดูแลช่วยเหลือ มีประสบการณ์ในการเห็น คุณเลหรือมีญาติหรือคนรู้จักในครอบครัวหรือญาติ เชื่อว่าทำให้เกิดความทุกข์ไม่สุขสบาย เพราะทำอะไรด้วยตนเองไม่ได้ และไปไหนมาไหนไม่ได้

ข้อมูลการสนทนากลุ่มพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงทุกคนรับทราบในเรื่องโอกาสของการเกิดผลที่ต่าง ๆ ของร่างกายโดยเฉพาะที่เท้า อาการตาพร่ามัวจากเบาหวานขึ้นตา และรับทราบอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำและการดูแลเบื้องต้นเมื่อมีอาการเล็ก ๆ

น้อย ๆ และมีประสบการณ์เกือบทุกคน แต่ในภาวะวิกฤตยังไม่เข้าใจแนวทางในการดูแลเบื้องต้น มีผู้ป่วยส่วนน้อยที่สามารถบอกอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดสูงได้ และอาการทางระบบประสาท ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่าเป็นอาการตามปกติของโรคเบาหวาน

สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกคนมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน คือการเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้ หากเราไม่สามารถดูแลและควบคุมค่าระดับความดันโลหิตของตนให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่สำหรับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองมีคนที่บอกได้แต่ไม่ครอบคลุมส่วนใหญ่ตอบไม่ได้ บอกได้แต่ว่าแขนขาอ่อนแรงเท่านั้น ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่นไม่สามารถบอกได้เลยทุกคน โดยเฉพาะอาการของไตวายและโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยเกือบทุกคนบอกว่าไม่รู้ว่าการเป็นอย่างไร เพราะยังไม่เป็นเลยยังไม่รู้ ถ้าเป็นแล้วถึงจะรู้

“ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่บอกได้และมีประสบการณ์ของการเกิดอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คือ เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น หิวมาก”

“เวลา เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น หิวมากไม่รู้ว่าจะเกิดจากอะไร ต้องรีบนั่งพักในที่ร่มหาน้ำดื่มหรือกินข้าว”

“อาการเตือนของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง น่าจะเป็น ปวดหัว หนักตัว วิงเวียนศีรษะ เป็นลม”

“การดูแลตัวเองไม่ดียังจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคเบาหวานจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน โรคตา โรคไต โรคขาเท้า โรคหัวใจ โรคสมอง ได้รับข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุขโดยมีอาการปากเปี้ยว พูดไม่ชัด”

“ถ้าไม่ได้รับการรักษาดูแลจากหมออย่างเคร่งครัด โรคแทรกซ้อนก็ตามมาเช่นกัน”

“ถ้าเป็นโรคแทรกซ้อนนี้ถือเป็นเรื่องใหญ่ของการเป็นโรค การเป็นโรคแทรกซ้อนที่ต้องกินยาควบคู่กันไปกับโรคที่เป็นก็ไม่น่าจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตสักเท่าไร แต่โรคแทรกซ้อนที่รุนแรงการตัดขาในคนไข้เบาหวาน เบาหวานขึ้นตา การเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต สิ่งนี้ที่คิดว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่น่ากลัว”

“แล้วคุณลองคิดว่าการที่ตัวเองเป็นโรคแทรกซ้อนนี้มาจากอะไร การที่ไม่เลิกบุหรี่ แล้วตอนนี้เลิกหรือยังจะ ยังไม่เลิกแต่ลดลง”

“การดูแลตัวเองไม่ดียังจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคเบาหวานจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน โรคตา โรคไต โรคขาเท้า โรคหัวใจ โรคสมอง”

“จะออกไปไหนต้องเตรียมน้ำตาลทรายเอาไว้กินเวลาทำงาน น้ำตาลต่ำจะรู้สึกร้อน”

“ฉันไม่รู้หรอกว่าไตวายมันเป็นยังไง ฉันยังไม่เคยเป็น”

“มันจะบวมหรือ ถ้าไม่ออก ก็เคยเป็นอยู่นะ นานมากแล้ว ไม่ได้บอกหมอ”

“โรคหัวใจ อาการมันเป็นยังงัย ยายไม่เคยเป็น เวลาไปทำงานหนักๆ แล้วมันเหนื่อย ใช้โรคหัวใจไหมหมอ”

“ป้าเป็นโรคหัวใจ ตอนเป็นครั้งแรกมันแน่นหน้าอกหายใจไม่ออกเหมือนจะตายให้ได้เลย คนอื่น ๆ ไม่เคยเป็นหรือ มีนาถึงไม่รู้กัน ชั้นเคยเป็นแล้ว มันเหมือนจะตายเลยแหละ”

“หมอเค้าก็บอกนะว่าเวลาเป็น โรคเบาหวาน ความดันแล้วมันจะเกิดอัมพาต โรคหัวใจ ไตวาย ง่ายกว่าคนทั่วไป ยายก็รู้ตามที่เค้าบอก แต่อย่าถามนะว่ามันเป็นยังงัย ยายไม่รู้หรอก”

“ถึงปี หมอก็บอกให้มาเจาะเลือดชุดใหญ่ เป็นอะไรเดี๋ยวหมอเค้าก็บอกเองแหละ”

ผู้ป่วยบางรายรับทราบว่าคุณเองมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) เพราะเจ้าหน้าที่แจ้ง แต่ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าภาวะแทรกซ้อนของตนเองมีอะไรบ้าง ไม่เคยสังเกตอาการของตนเอง การที่จะมีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่ที่บอกเท่านั้น จากข้อมูลพบว่า

“เรื่องโรคแทรกซ้อน ก็ไม่เห็นหมอเขาว่าอย่างไรนะ”

“การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยส่วนมากมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. เป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่นการได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และเสียงตามสายในหมู่บ้านที่เจ้าหน้าที่ อสม. ได้ให้ความรู้ ไม่บ่อยสักเท่าไร แต่ก็พอจะจำได้บ้างไม่ได้บ้าง และสื่อทางวิทยุและโทรทัศน์ก็ส่งเสริมทำให้ทุกคนได้รับรู้ได้มากขึ้น”

“ถ้ามีอาการผิดปกติครั้งนึงเราจะจำได้ เช่น น้ำตาลสูง น้ำตาลต่ำ แต่อาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ยังไม่เคยเป็น ก็ไม่รู้ว่ามันผิดปกติอย่างไร แก้ไขอย่างไร เพราะยังไม่เคยเป็น”

“ถ้าหิวมาก ใจสั่น ต้องจัดการเร่งด่วนคือการกินข้าว กินน้ำหวานและนอนพักผ่อนอาการจะดีขึ้น หากไม่ดีขึ้นจะไปที่โรงพยาบาลหรือคลินิกเพื่อรักษา”

“ถ้ามีอาการปวดหัวมาก คิดว่าโรคความดันน่าจะกำเริบ จัดการแก้ไขโดยการนอนพัก และไม่ทำให้ตัวเองเครียด หากปวดศีรษะจะรับประทานยา Paracetamol แล้วนอนพักแล้วอาการจะดีขึ้น”

“คิดวิตกกังวล โรคอื่นมาแทรกซ้อน เช่นความดัน เพราะเห็นคนอื่นเป็น คนในครอบครัวก็เป็นมีโรคแทรกซ้อนตามัว มองไม่ค่อยเห็น เดินไม่ค่อยไหว”

“120/80 ถ้า 130 ก็สูงไป จะรู้สึกปวดมึนหัว จะวูบ”

“อยู่อย่างนี้สบายดี ขอแค่ไม่เป็นอัมพฤกษ์อัมพาตพอ”

“ลุงไม่รู้หรอกว่า ถ้าคุมโรคได้ไม่ดีแล้วมันจะเกิดโรคอื่นตามมา รู้แต่ว่าเป็นแผลแล้วจะหายยาก ลุงก็คอยดูแลไม่ให้มันเป็นแผล เท่านั้นแหละ”

“หมอว่ามาใหม่ลี ชันฟังไม่ทัน สงสัยว่าตัวเองน่าจะเป็นโรคไตวายนะ เพราะช่วงนี้มันบวม เหมือนอย่างที่ผมบอก”

“มันจะเป็นอย่างไรเธอ ทุกวันนี้ก็สบายดีไม่เห็นมีอะไร ทำอย่างไรก็ทำอย่างนั้นมาตลอด”

การจัดการภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า สมอง หัวใจ ประสาท : การจัดการเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าต้องจัดการอย่างไร การจัดการอย่างไรเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการควบคุมมิให้อาการของภาวะแทรกซ้อนนั้น กำเริบหรือมีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น โดยภาพรวมทุกคนให้ความคิดเห็นว่า

“ไม่รู้ว่าจะต้องทำยังไง เป็นไรก็ต้องไปหาหมอนะแหละ”

“ต้องควบคุมระดับน้ำตาล ระดับความดันให้อยู่ในภาวะที่ปกติ รับประทานยาให้ตรงเวลา ไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง กินอาหารตามที่แพทย์แนะนำและพยายามไม่ให้ตัวเองเครียดมาก น่าจะป้องกันโรคแทรกซ้อนได้นะ”

“ยังไม่เคยเป็น ก็เลยไม่รู้ว่าจะต้องทำยังไง”

“ต้องซื้อท่อพีพีมาไว้ดม ถ้ามันโหยๆตอนกลางคืนก็อม ก็ดีขึ้น ช่วงมันเป็นนะ ลูกไปเอาน้ำหวานในตู้เย็นไม่ไหวหรอก ป้าเคยสังเกตนะ แต่ก่อนป้าทำสวนปลูกผักไว้กิน ชูดินกลางหญ้าป้าว่าน้ำตาลก็ไม่ขึ้นนะ แต่เดี๋ยวนี้ดินแค่นบ้านนิดๆหน่อย ข้างล่างลงไปเดินไม่ได้หรอก มันเฉอะแฉะ เดี๋ยวแผลเปื้อน”

“ตั้งแต่ชามือชาเท้า เราก็รู้ตัว รถเมล์ก็ไม่กล้าขึ้นเขาขอบตะ โกงแรงให้ขึ้นเร็ว ๆ ป้ากลัวเลยไม่ขึ้นรถเมล์ มันชาเราจะรีบไม่ได้ ป้าไม่ได้ไปตลาดนานแล้ว”

“มีอาการรบกวนบ่อย เป็นไม่รู้ตัว จะเป็นตอนนั่งนาน ๆ แล้วลุก กลัวจะล้มหัวฟาด ต้องระวังตัว ลูกช้า ๆ กลัวล้มแล้วเป็นอัมพาต”

“กินยาที่ผมให้มันดีที่สุดแล้ว ไม่ต้องทำอะไรหรอก เป็นไรก็ไปหาหมอเท่านั้นเอง”

“ถ้ามีอะไรขึ้นมาส่วนใหญ่ก็จะกินพาราหรือไม่ก็กินยาลมก่อนแล้วนอนพัก ตื่นมาถ้าไม่ดี ขึ้นค่อยบอกลูกหลานให้มันพาไปหาหมอ”

“ถ้าเรากุมน้ำตาลและความดันได้ดี เราจะไม่เป็นโรคแทรกซ้อนหรอกหมอ”

“ถ้ามันมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น บางครั้งก็กินยาที่ผมให้มาซ้ำอีกทีนึงเพื่อมันจะดีขึ้น”

เมื่อลองให้ผู้ป่วยคิดว่าถ้าเกิดอาการผิดปกติที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดไม่ออกว่าจะต้องจัดการอย่างไร และเมื่อเกิดอาการผิดปกติสิ่งที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่จัดการคือ โทรศัพทหาสามี ภรรยา ลูกหลานเพื่อนำส่งโรงพยาบาล

“เวลาเป็นไรขึ้นมาก็จะโทรตามลูกหลานที่ไปทำงานให้พาส่งโรงพยาบาล”

“1669 เบอร์โทรอะไรเธอ”

“1669 ยายก็รู้นะ แต่ไม่เคยโทรหอก โทรหาลูกก่อนเลย”

นอกจากนี้เมื่อสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการติดตามค้นหา ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตามแนวทางเวชปฏิบัติทั่วไปของประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) เกือบทุกคนรับทราบว่าต้องมีการตรวจเป็นประจำทุกปี เจ้าหน้าที่มีการแจ้งผลการตรวจทุกครั้ง แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจำได้ช่วงเวลาสั้น ๆ

“หมอให้ตรวจประจำปีทุกปีแหละเจาะเลือด หมอจะคอยเตือน”

“เมื่อตรวจเสร็จแล้ว หมอก็จะบอกว่าเป็นอย่างไรบ้างทุกที”

“แต่ไม่ค่อยได้ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หมอบอกว่าถ้าไม่มีอาการก็ไม่ต้องตรวจ”

“จะรอให้พยาบาลที่วัดความดันแจ้งค่าความดันและฟังคำแนะนำจากแพทย์มาปฏิบัติ การตรวจคัดกรองทุกท่านรู้ว่าการมาพบแพทย์ตามนัดคือการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่ดีที่สุด”

“จำได้ว่าหมอบอกว่าไขมันในเลือดสูง แต่จำไม่ได้ว่าสูงเท่าไร”

“รู้แต่ว่าตรวจเลือดชุดใหญ่ แต่ไม่รู้ว่าจะตรวจอะไรบ้าง ที่แน่ ๆ ต้องมีไขมันด้วยแน่นอน”

จากข้อมูลข้างต้นเกี่ยวกับการจัดการตนเอง บังคับส่งเสริม อุปสรรค และประสบการณ์การจัดการตนเองการรับรู้อาการเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) จังหวัดสระบุรี พบว่ามีทั้งประเด็นที่ผู้ป่วยสามารถจัดการได้ดี และมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไขหรือพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นทั้งในภาวะที่มีและยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่อไป

บทที่ 5

การอภิปรายผลการวิจัยและสรุปผลการวิจัย

การศึกษาเรื่องการจัดการตนเอง การรับรู้การเตือนโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการตนเอง ปัจจัยส่งเสริม อุปสรรค ประสิทธิภาพการจัดการตนเอง การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) จังหวัดสระบุรี ในรูปแบบของการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) ทั้งนี้ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลการวิจัยและสรุปผลการวิจัยเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับ ดังต่อไปนี้

การอภิปรายและสรุปข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยเชิงปริมาณในส่วนของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 536 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตมากที่สุด จำนวน 231 คน รองมาเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 214 คน และน้อยที่สุดคือผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 91 คน เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถานบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิมากที่สุด มีอายุเฉลี่ย 60.4 ปี อายุมากที่สุด 94 ปี อายุน้อยที่สุด 21 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 5.04 ปี โรคความดันโลหิตสูง 6.29 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในครอบครัวใกล้เคียงกับไม่มีโรคเรื้อรัง มีโรคร่วมคือโรคไขมันในเส้นเลือดสูงมากที่สุด ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่ามีโรคแทรกซ้อนทางระบบประสาทชาปลายมือเท้ามากที่สุดและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการใช้ยา/อาหารเสริม/สมุนไพร/การรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ในการดูแลสุขภาพ

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ชอบรับประทานอาหารทอด ปิ้งย่าง รับประทานอาหารรสจัด รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ ชอบดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีรสหวาน มากกว่า 2 แก้ว/วัน และรับประทานอาหารจุบจิบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย และกลุ่มที่ออกกำลังกายมีการออกกำลังกายเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานค่อนข้างน้อย ประเภทของการออกกำลังกายที่พบมากที่สุดคือการแกว่งแขน รองมาคือ การเดิน วิ่ง และแอโรบิก ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ มีเพียงส่วนน้อยที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นบางครั้ง มีการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว/ญาติ/เพื่อน เพื่อนบ้านและบุคลากรทางสุขภาพอยู่ใน

ระดับดี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีกิจกรรมคล้ายคลึงและมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คล้ายกับการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น คือเป็นเพศหญิง และมีช่วงอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด และมีกลุ่มหนึ่งที่ไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ ซึ่งตรงนี้เป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ให้บริการสุขภาพควรมีการให้การดูแลในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มนี้ เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพให้ได้มากที่สุด นอกจากนี้แล้วยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังอื่นเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขหรือการจัดการตนเองให้เหมาะสม เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Secondary prevention) ต่อไป นอกจากนี้แล้วกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการปฏิบัติในการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องทุกครั้ง และมีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยระหว่างที่มาตรวจตามนัดให้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายต่อไป

การอภิปรายและการสรุปผลการวิจัย

1. การจัดการตนเอง ปัจจัยส่งเสริม อุปสรรค ประสพการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) จังหวัดสระบุรี

จากข้อมูลการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อควบคุมความดันโลหิตและ/หรือระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ประกอบด้วยการกำกับติดตามตนเอง การประเมินผลตนเอง และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการจัดการที่สำคัญ 8 ด้านได้แก่ 1) การรับประทานอาหารเพื่อควบคุมโรค 2) การออกกำลังกาย 3) การควบคุมอารมณ์และการจัดการความเครียด 4) การงดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ 5) การงดสูบบุหรี่ หรืองดอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ 6) การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง 7) การควบคุมน้ำหนัก 8) การไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ คณะผู้วิจัยพบว่าการจัดการบางประเด็น เช่น การรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงมีความแตกต่างกันเล็กน้อย จึงขอเสนอแนะตามลำดับต่อไปนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ

คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เท่ากับ 3.63 จากคะแนนเต็ม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.42 เมื่อพิจารณาแบ่งออกเป็นระดับความสามารถในการจัดการตนเอง 5 ระดับได้แก่ จัดการตนเองน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง ดี และดีที่สุด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี โดยผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีคะแนนการจัดการตนเองเรื่องการรับประทานยาครบถ้วนถูกต้องตามแพทย์สั่งมากที่สุด ส่วนคะแนนการจัดการตนเองที่รองมาคือการล้างทำความสะอาดเท้า เช็ดให้แห้งและตรวจเท้า เพื่อดูความผิดปกติตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล และคอยสังเกตอาการหากมีอาการผิดปกติเช่น มีแผล อากาชา ปวดเท้า หรือสงสัยว่ามีอาการผิดปกติจากการกินยาจะรีบไปพบแพทย์ทันที ส่วนคะแนนการจัดการตนเองที่น้อยที่สุดคือการงดเครื่องดื่มชูกำลังทุกชนิดและเครื่องดื่มเกลือ แสดงว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ยังมีการดื่มเครื่องดื่มชูกำลังและเครื่องดื่มเกลือแร่อยู่ ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน มีค่าเฉลี่ย 3.58 จากคะแนนเต็ม 5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.42 แสดงว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับดี นอกจากนี้แล้วยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองมากที่สุดลำดับที่ 1 และ 2 และคะแนนการจัดการตนเองที่น้อยที่สุดของผู้ป่วยเบาหวานเหมือนกับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง คือการรับประทานยาครบถ้วนถูกต้องตามแพทย์สั่ง และการล้างทำความสะอาดเท้า เช็ดให้แห้งและตรวจเท้าเพื่อดูความผิดปกติตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล ส่วนคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองน้อยที่สุดของผู้ป่วยเบาหวานคือการดื่มน้ำผลไม้หรือน้ำอัดลม จึงสะท้อนว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานเกี่ยวกับการดื่มน้ำผลไม้หรือน้ำอัดลมที่มีรสหวานได้ดีพอควรเพราะเป็นข้อคำถามด้านลบ

คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ย 3.72 จากคะแนนเต็ม 5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.52 ซึ่งแสดงว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี จากคะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองมากที่สุดเหมือนกับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวาน คือการรับประทานยาครบถ้วนถูกต้องตามแพทย์สั่งมากที่สุด ส่วนคะแนนการจัดการตนเองที่รองมาคือการคอยสังเกตอาการผิดปกติ หากอาการไม่ดีขึ้น ฉันจะรีบไปพบแพทย์ทันที ส่วนคะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่น้อยที่สุดคือหากไม่มีอาการผิดปกติ ฉันออกกำลังกายตามที่แพทย์/พยาบาลแนะนำจนได้เหงื่ออย่างน้อยวันละ 30 นาที ลำดับต่อมาคือการงดเครื่องดื่มชูกำลังและเครื่องดื่มเกลือแร่ทุกชนิด

โดยกลุ่มตัวอย่างนี้มีการออกกำลังกายน้อยมาก จึงไม่สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องคอยเฝ้าระวัง และการจัดการตนเอง สำหรับการงดเครื่องดื่มชูกำลังและเครื่องดื่มเกลือแร่ทุกชนิดยังอยู่ในระดับต่ำซึ่งถือว่าการจัดการตนเองยังของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงยังไม่ดี

จากข้อมูลเชิงปริมาณการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 3 กลุ่ม ชำนาญพบว่าผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการจัดการตนเองที่คล้ายคลึงกันคือมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี การจัดการตนเองที่ดีที่สุดเหมือนกันทั้ง 3 กลุ่มคือการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยทุกคนมีความเชื่อมั่นว่าการรับประทานยา จะทำให้ควบคุมโรคได้ดี ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ถือเป็นวิธีการที่ดีที่สุดและง่ายที่สุดในการจัดการตนเอง และการจัดการตนเองที่น้อยที่สุดของผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม มีความคล้ายคลึงกันคือการจัดการตนเองเรื่องการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน น้ำผลไม้ น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลังและเกลือแร่ และหากไม่มีอาการผิดปกติ ฉะนั้นออกกำลังกายตามที่แพทย์/พยาบาลแนะนำจนได้เหงื่ออย่างน้อยวันละ 30 นาที เพราะจากข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่ามีการออกกำลังกายที่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานน้อยมากเพียงร้อยละ 11.38 เท่านั้น

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในด้านอื่น ๆ พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการใช้เทคนิคการจัดการตนเองทั้งในด้านของ 1) การกำหนดเป้าหมายการกำกับติดตามการจัดการตนเอง 2) การประเมินผลการจัดการตนเอง 3) และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการจัดการตนเอง เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ การรับประทานยา การควบคุมอารมณ์และความเครียด การงดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ หรืองดอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก และการตรวจเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเมื่อพิจารณาลงไปในรายละเอียดของการจัดการตนเองจากข้อมูลเชิงปริมาณแล้วจะพบว่าขาดรายละเอียดในการที่จะนำไปสู่การพัฒนาการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป เพราะลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Rating scale ที่กำหนดไว้กว้าง ๆ ขาดรายละเอียด คณะผู้วิจัยจึงได้มีการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อให้ทราบข้อมูลการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีรายละเอียดมากยิ่งขึ้นดังข้อมูลการจัดการตนเองเชิงคุณภาพในบทที่ 4 ซึ่งสามารถสรุปและอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) มีการรับรู้โรคเรื้อรังส่วนหนึ่งเกิดจากพันธุกรรมและส่วนหนึ่งเกิดจากการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมในการดำเนินชีวิตประจำวันได้แก่การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ ความเครียด และการได้รับสารพิษต่าง ๆ ที่สะสมกับอาหาร

ที่รับประทานเข้าไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าการจัดการตนเองเป็นสิ่งสำคัญและเป็นสิ่งที่ดีต่อการควบคุมโรค ประกอบด้วยการจัดการตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และความเครียด การเลิกสูบบุหรี่และดื่มสุรา การรับประทานยา ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค แต่การปฏิบัติขาดความตั้งใจจริงและขาดความต่อเนื่อง สิ่ง que ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถปฏิบัติในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคได้ดีที่สุดคือการรับประทานยา เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้และเชื่อมั่นว่าการรับประทานนั้นเป็นการจัดการตนเองที่ดีที่สุด ซึ่งข้อมูลที่ได้รับมีความสอดคล้องกันระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

การจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง)

ผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องมีการควบคุมอาหาร โดยเฉพาะอาหารหวาน อาหารมัน และอาหารเค็ม แต่เมื่อมีการพูดคุยซักถามลงไป ในรายละเอียด ผู้ป่วยยังไม่สามารถบอกได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยไม่รู้ว่าอาหารหวาน มัน และเค็ม มีผลอย่างไรกับโรค ทุกคนรู้แต่ว่าถ้ารับประทานอาหารหวานมากจะทำให้ น้ำตาลขึ้นสูง ถ้ารับประทานอาหารที่มีไขมันมากจะทำให้คอเลสเตอรอลสูง ถ้ารับประทานอาหารเค็มมากจะทำให้ความดันโลหิตขึ้นสูง แต่การเลือกอาหารประเภทของอาหารที่มีปริมาณน้ำตาล ไขมัน เกลือ นั้นบอกได้ไม่ทุกคน สำหรับการรับประทานอาหารหวานนั้น วัฒนธรรมการรับประทานของหวานหลังรับประทานอาหารยังพบได้บ้างแต่ไม่มาก ผลไม้ตามฤดูกาลที่สามารถหาได้ง่ายในท้องถิ่นหรือมีขายในราคาไม่สูงมากมีผลต่อการควบคุมน้ำตาลในแต่ละช่วงของผู้ป่วยด้วย การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน หาง่ายในทุกพื้นที่ และการที่มีอากาศร้อนส่งผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวานและเย็นเพื่อดับกระหายและคลายร้อน นอกจากนี้การเข้าถึงของตลาดนัดในทุกพื้นที่ส่งผลต่อการเลือกรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพราะส่วนใหญ่อาหารที่มีขายในตลาดนัดเป็นอาหารที่รสหวาน มัน และเค็ม หรืออาหารรสจัด เป็นส่วนประกอบอย่างมาก ผู้ป่วยเบาหวานรับทราบว่าควรรับประทานอาหารประเภทข้าว แป้งให้น้อยลง รับประทานผักให้มากขึ้น ส่วนใหญ่ทำได้ แต่การลดปริมาณอาหารหวาน ขนมหวาน โดยเฉพาะขนมไทยที่มีมากในพื้นที่ยังลดได้น้อย และยังมีการรับประทานขนมปังในรูปแบบต่าง ๆ ที่สามารถหาซื้อได้ง่ายบ่อยครั้งเพิ่มเติมจากการรับประทานอาหารปกติเหมือนกับเป็นการรับประทานขนมหวานหลังรับประทานอาหารข้าว การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารประเภททอดที่มีการใช้น้ำมันปาล์มในการผัดและทอด ใช้น้ำมันปาล์มในการประกอบอาหารเป็นส่วนใหญ่ มีส่วนน้อยที่ใช้น้ำมันถั่วเหลืองในการประกอบอาหาร ผู้ป่วยส่วนใหญ่

ไม่ทราบหลักในการเลือกซื้อน้ำมันที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ มีการรับประทานปลา มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางคนที่ชอบรับประทานปลาแต่ชอบรับประทานส่วนที่เป็นไขมันเช่น ท้อง พุง หัว หรือครีบปลาในส่วนที่เป็นไขมัน ผู้ป่วยยอมรับว่าไม่ชอบรับประทานเนื้อปลา ส่วนการรับประทานอาหารทะเลนั้นค่อนข้างน้อยเฉลี่ยประมาณเดือนละ 1-2 ครั้งเท่านั้น

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายคนไม่รู้ว่าการจัดการของตนเองที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำนั้นไม่ถูกต้องยกตัวอย่างเช่น การรับประทานปลาทอดจิ้มน้ำปลา การรับประทานน้ำพริกผัดต้มทุกวัน การมีพริกน้ำปลาอยู่ในสำรับอาหารทุกมื้อ การใช้ปลาเกลือ ผงชูรส ซอสปรุงรส ผงปรุงรส ซุปก้อน น้ำมันหอย ซิอิ๊วขาวในการประกอบอาหาร การใช้น้ำมันปาล์มในการประกอบอาหารทุกชนิดด้วยความมั่นใจว่าเป็นการเลือกใช้ที่ถูกต้องเพราะเป็นน้ำมันพืช

การจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ส่วนใหญ่ไม่มีการออกกำลังกาย โดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย เพราะมีภาระกิจในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ยุงมาก และส่วนใหญ่เชื่อว่าการทำงานในการประกอบอาชีพและการทำงานบ้านถือเป็นการออกกำลังกายที่ดีที่สุดแล้ว มีผู้ป่วยบางส่วนที่พยายามออกกำลังกายตามที่แพทย์และพยาบาลแนะนำแต่ไม่สามารถทำได้ถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐานที่ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ ทั้งนี้ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติในช่วงแรก ๆ ที่ได้รับคำแนะนำมา แต่เมื่อเจอปัญหาอุปสรรคในเรื่องของเวลา ก็ทำให้การออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง กระแสของการออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขน ทางสื่อสาธารณะและคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุขมีผลต่อการทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น แต่ปฏิบัติได้เพียงเล็กน้อยหรือพอรู้สึกเหนื่อยก็หยุด จึงไม่ส่งผลดีต่อการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมถึงไม่ส่งผลดีต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจได้ ดังนั้นจึงควรมีการจัดการให้ผู้ป่วยที่มีจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายที่แตกต่างกันให้มีความเหมาะสมในแต่ละกลุ่ม กลุ่มที่ยังไม่มีการออกกำลังกายให้เห็นคุณค่า รับรู้ประโยชน์ และสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย สำหรับกลุ่มที่ออกกำลังกายแล้วแต่ไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ หัวใจและระบบไหลเวียน ควรมีการให้ความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้อง เพื่อให้มีพัฒนาการของการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายที่ดีมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนน้อยที่มีวินัยในการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อการควบคุมโรคเรื้อรังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ป่วยรับรู้ได้ด้วย

ตนเอง เช่น รู้สึกสบายตัว คล่องตัว นอนหลับสบาย สุขภาพดี ไม่เคยเป็นหวัดเลย น้ำตาลและความดันก็ไม่ขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติมานานแล้ว เพราะออกกำลังกายเป็นประจำ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นแกนนำในการชักชวน โน้มน้าวให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ยังไม่มีการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายที่ไม่ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพได้รับรู้ประโยชน์และหันมาออกกำลังกายที่ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพต่อไป

การจัดการตนเองด้านการควบคุมอารมณ์และการจัดการความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ส่วนใหญ่ยอมรับว่ามีภาวะเครียดจากการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำมาหากิน เศรษฐกิจ รายได้ของครอบครัวและอื่น ๆ มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่คิดว่าตนเองไม่เครียด เป็นคนอารมณ์ดี สุขภาพจิตดี ผู้ป่วยเกือบทุกคนมีกิจกรรมหรือวิธีการในการคลายเครียดที่ตนเองชอบและปฏิบัติแตกต่างกันออกไป ซึ่งสัมพันธ์กับความบันเทิงรื่นเริงต่าง ๆ การพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น และมีความสัมพันธ์กับการเคารพนับถือ ความเลื่อมใสในหลักพุทธศาสนา เช่น การฟังเพลง การร้องเพลง การดูรายการโทรทัศน์ การพูดคุยกับคนใกล้ชิด การทำบุญ ตักบาตร สวดมนต์ ทำจิตใจให้สงบร่มเย็น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ใช้วิธีการหลีกเลี่ยงไปจากแหล่งต้นเหตุของความเครียดนั้น ๆ ไปหากิจกรรมอย่างอื่นทำเพื่อคลายเครียด ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าเมื่อเครียดหรือวิตกกังวลมาก ๆ ทำให้ปวดศีรษะความดันโลหิตสูงขึ้น มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ง่าย แต่ไม่ทราบว่าการเครียดมีผลอื่น ๆ อย่างไรต่อการควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ดังนั้นการจัดการความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นไปโดยธรรมชาติ ไม่สัมพันธ์กับการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของตนเอง ดังนั้นการสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเครียดที่ส่งผลเสียต่อการดำเนินของโรคเรื้อรังเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับทราบ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เครียดเรื่องการเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพของตนเอง เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ควบคุมโรคได้ ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ก็ตาม

การจัดการตนเองด้านการเลิกสูบบุหรี่และเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) กลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่มีการสูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ที่ยังคงสูบบุหรี่และดื่มสุราอยู่ ในการจัดการควรมีการจัดการทั้ง 2 กลุ่ม เพราะถึงแม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และดื่มสุรา แต่ผู้ป่วยบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ Secondhand smoking ซึ่งมีผลต่อการดำเนินของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงใกล้เคียงกับผู้สูบบุหรี่ นอกจากนี้แล้วควรมีการส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวาน

และ/หรือความดันโลหิตสูง) มีการรับรู้ผลเสียของบุหรี่และสุราต่อการควบคุมโรคเรื้อรังที่ถูกต้องต่อไป สำหรับการจัดการในกลุ่มที่ยังสูบบุหรี่และดื่มสุรา อาจพิจารณาเลือกใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกรูปแบบการจัดการที่เหมาะสมกับตนเอง โดยการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ในการกำหนดเป้าหมายการเลิกสูบบุหรี่ การเลิกดื่มสุรา มีการกำกับติดตาม และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการจัดการเลิกสูบบุหรี่และเลิกดื่มสุราต่อไป

การจัดการตนเองด้านการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ส่วนใหญ่มีภาวะอ้วน รอบเอวเกิน ผู้ป่วยมีการรับรู้และมีความมุ่งมั่นตั้งใจ ตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนัก มีการกำกับติดตามน้ำหนักของตนเอง ทุกครั้งเมื่อมารับบริการสุขภาพ แต่ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักหรือลดน้ำหนักให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานได้ ทั้งนี้อาจเป็นมาจากว่า ผู้ป่วยรับรู้เมื่ออ้วนแล้วก่อให้เกิดความไม่สุขสบายตัว เหนื่อยง่ายกว่าปกติ แต่ไม่รับทราบผลกระทบหรือรับรู้ถึงความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีโรคร่วม คือ ไขมันเลือดสูง จึงยิ่งเพิ่มปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือดมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมการรับรู้และการจัดการที่เหมาะสมกับการมีไขมันในเลือดสูงและมีภาวะอ้วนควรมีการจัดการที่ประสิทธิภาพเพราะจากข้อมูลต่าง ๆ สะท้อนว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการรับรู้ถึงอันตราย ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ รวมถึงความสำคัญของการจัดการตนเอง แต่ขาดรายละเอียดที่มากพอที่จะส่งเสริมให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่มากพอต่อการจัดการที่ถูกต้อง และสามารถสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองได้เหมาะสม

การจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง)

จากข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มนี้พบว่ามีจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับดีมาก สูงกว่าการจัดการด้านอื่น ๆ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมการจัดการด้านนี้ให้ประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง และนอกจากนี้อาจพิจารณาจัดให้มีกิจกรรม เมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองด้านอื่น ๆ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรปลูกฝังให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงบทบาทของการเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ที่มีมากกว่าการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดเท่านั้น

การจัดการตนเองด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง)

จากข้อมูลวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) มีการจัดการตนเองด้านอื่น ๆ เช่น การดูแลรักษาสุขภาพเท้า การปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาหารน้ำตาลในเลือดต่ำ การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการออกกำลังกายและอื่นๆ ที่ต้องรีบไปพบแพทย์ ที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการได้ระดับหนึ่ง ทั้งนี้การเกิดแผลหรือการถูกตัดขาเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานมีการรับรู้มากที่สุด และรู้สึกกลัวไม่ยอมให้เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นกับตนเอง เพราะเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถมองเห็นและรับรู้ได้ด้วยตัวเอง แต่การจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพเท้า การป้องกันการเกิดแผล หรือการดูแลตนเองเมื่อมีบาดแผลนั้นผู้ป่วยยังไม่สามารถจัดการได้ถูกต้อง ดังนั้นจึงควรเสริมสร้างสมรรถนะผู้ป่วยให้สามารถจัดการตนเองได้ต่อไป

สรุปการจัดการตนเอง ปัจจัยส่งเสริม อุปสรรค และประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) จังหวัดสระบุรี

จากข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพสะท้อนว่าผู้ป่วยมีการจัดการตนเองได้ระดับหนึ่ง แต่ยังไม่มากพอที่จะจัดการตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมกับการควบคุมโรคเรื้อรังให้อยู่ในภาวะปกติและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้ ดังนั้นการส่งเสริมการรับรู้และการจัดการตนเองที่เหมาะสม ควรมีการจัดการที่ประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย เพราะจากข้อมูลการจัดการด้านต่าง ๆ สะท้อนว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการรับรู้ถึงอันตราย ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ รวมถึงความสำคัญของการจัดการตนเอง แต่ขาดรายละเอียดที่จะส่งเสริมให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่มากพอต่อการเป็นพื้นฐานในการจัดการที่ถูกต้อง และสามารถสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองได้เหมาะสม การจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้มีการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเองนั้น จำเป็นต้องทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง กลไกและพยาธิสภาพของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนอย่างง่าย ๆ เพื่อที่จะเป็นพื้นฐานของการจัดการตนเองในทุก ๆ ด้านที่เกิดขึ้นได้ด้วยด้วยความเข้าใจของตนเอง เพราะบุคลากรทีมสุขภาพไม่สามารถอยู่ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ถือว่าเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกคนในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้สิ่งสำคัญที่ควรปลูกฝังและสร้างเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความศรัทธา มุ่งมั่นและเชื่อมั่นว่าการจัดการตนเองในด้านต่างๆ นั้นมีความสำคัญมากกว่าหรือสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการรับประทานยา เพื่อสร้างเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องและและมีการจัดการด้านอื่นๆ ที่เหมาะสม จากการศึกษาของ Auduly และคณะ (2011) พบว่ามุมมองความเจ็บป่วยต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มได้แก่กลุ่มที่ให้คุณค่าและความสำคัญของการจัดการตนเองเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังได้อย่างปกติสุขและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และกลุ่มที่ 2 ได้แก่กลุ่มที่

ให้ความสำคัญกับการแพทย์และการรักษา ซึ่งแนวคิดที่มีต่อโรคเรื้อรังนี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จากข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้คุณค่ากับการรับประทายามากที่สุด ซึ่งสะท้อนว่ามีการให้คุณค่าและความสำคัญกับการแพทย์และการรักษามากกว่าการจัดการตนเอง ดังนั้นในฐานะบุคลากรด้านสุขภาพจึงควรมีการปรับเปลี่ยนมุมมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ให้หันมาให้คุณค่าและความสำคัญของการจัดการตนเองเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังได้อย่างปกติสุขและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนมากยิ่งขึ้นต่อไป เพราะเมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) มีการเปลี่ยนแปลงมุมมองแล้วส่งผลให้มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเอง

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมนั้น มีองค์ประกอบที่สำคัญดังต่อไปนี้ (Udlis, 2011) คือ 1) บุคคลที่ต้องการจัดการตนเองในที่นี้คือผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องมีความตั้งใจ มุ่งมั่นในการจัดการตนเอง 2) มีข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) มีการรับรู้ความสามารถตนเอง รวมถึงรับรู้ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการจัดการตนเอง 4) มีการสนับสนุนที่ดี ซึ่งรวมถึงการสนับสนุนให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนการจัดการตนเองจากครอบครัว สังคม บุคลากรทีมสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนการจัดการทางอารมณ์ที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5) มีความตั้งใจ ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในทุกขั้นตอนของการจัดการตนเอง นับตั้งแต่การกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเอง การวางแผน การกำกับติดตาม และการประเมินผล 6) การร่วมกันออกแบบการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละคนระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้มีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Udlis (2011) ที่ระบุว่า การจะประสบความสำเร็จในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเองเป็นหลัก ต้องมีจิตที่เข้มแข็ง ตั้งใจ มุ่งมั่น อย่าทำตามใจตนเอง นอกจากนี้แล้วการมีความรู้และทักษะที่จำเป็นถือเป็นสิ่งสนับสนุนที่สำคัญ รวมถึงการสนับสนุน การดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัวและบุคลากรทีมสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเอง

องค์ประกอบของการจัดการตนเองที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) ความรู้ ที่แสดงให้เห็นถึงการประยุกต์ใช้ข้อมูลและทักษะที่จำเป็นในการปรับตัวเข้ากับสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรัง 2) การปฏิบัติตามแผนการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและบุคลากรทีมสุขภาพได้ร่วมกันวางแผนและบูรณาการเข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวัน 3) การมีส่วนร่วม ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ วางแผนและเลือกการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง และ 4) การให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ การให้ข้อมูลในการตัดสินใจทำให้ผู้ป่วยที่มีความสามารถสร้างทางเลือกที่เหมาะสม (Udlis, 2011) จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ถึงความจำเป็น มีความตั้งใจในการจัดการตนเอง และปฏิบัติได้ในช่วงระยะแรก ๆ เท่านั้น ขาดการจัดการตนเองในระยะยาว ซึ่งถือเป็นประเด็นสำคัญที่บุคลากรทีมสุขภาพ

ต้องแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการจัดการตนเองที่เหมาะสมและยั่งยืนต่อไป ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองมีผลต่อความยั่งยืนในการจัดการ ดังนั้นทักษะในการแก้ปัญหาและเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องได้รับการปลูกฝัง อีกทั้งบุคลากรทีมสุขภาพควรอยู่เคียงข้างเพื่อให้การช่วยเหลือ สนับสนุน และเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยเช่นเดียวกัน

การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยได้มีการประเมินตนเองก่อน ในเบื้องต้น ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพอย่างไร มีอะไรเป็นเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตนในปัจจุบันมีความเหมาะสมกับการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นที่จะเกิดขึ้นหรือไม่ ถ้าไม่มีการจัดการตนเองที่เหมาะสมแล้วปัญหาที่จะเกิดขึ้นตามมาในอนาคตเป็นอย่างไร เพื่อสร้างเสริมความตระหนักและการรับรู้ที่ถูกต้อง ว่าตนเองมีหน้าที่และความรับผิดชอบหลักในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ เพราะผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นเจ้าของภาวะสุขภาพที่บุคคลอื่นไม่สามารถเข้ามาจัดการได้ถ้าผู้ป่วยไม่ยินยอม การที่จะทำให้ผู้ป่วยประเมินตนเองได้นั้นสามารถนำเทคนิคการสะท้อนคิดหรือการคืนข้อมูลสุขภาพให้ผู้ป่วยได้รับรู้ประกอบกับการแปลความหมายของข้อมูลในทิศทางที่ถูกต้องได้ ถือเป็นสิ่งที่บุคลากรทีมสุขภาพควรจัดทำขึ้นในการเริ่มต้นส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หลังจากนั้นการกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพควรร่วมกันกำหนดบนพื้นฐานของความเป็นไปได้ตามความเป็นจริงของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป้าหมายการจัดการตนเองของผู้ป่วยนั้นสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมในแต่ละช่วงเวลาการให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองของผู้ป่วยถือเป็นบทบาทสำคัญของบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้เป็นผู้ตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมกับตนเองในการควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง พร้อมทั้งกำหนดวิธีการกำกับติดตามตนเองและประเมินผลตนเองทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ผลลัพธ์ของการจัดการตนเองและนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนเป้าหมาย วิธีการจัดการตนเองให้มีความเหมาะสมกับข้อมูลหรือภาวะสุขภาพของตนเองต่อไป การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถทำให้เสร็จสิ้นภายในระยะเวลาสั้น ๆ ได้ ดังนั้นเทคนิคการสร้างเสริมแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยได้มีแรงจูงใจในการจัดการตนเองถือเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำให้เกิดขึ้นเพื่อความยั่งยืนในการจัดการตนเอง

การวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองถือเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพและผู้ป่วยในการแก้ปัญหาโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและถือเป็นหัวใจสำคัญของการจัดการโรคเรื้อรังเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ของการจัดการไปสู่เป้าหมายแห่งความสำเร็จ

ได้แก่การป้องกันการเจ็บป่วย การดูแลส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรคให้สงบ ไม่เกิดการกำเริบหรือความผิดปกติ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ มีความผาสุกและมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ยังมีระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ถือว่าเป็นองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพและเครือข่ายทางสังคมในการอำนวยความสะดวกและส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ ที่มุ่งเน้นไปที่การสนับสนุนการแก้ปัญหา การตั้งเป้าหมาย และอำนวยความสะดวกในการใช้ทักษะต่างๆ รวมทั้งการอำนวยความสะดวกในการสร้างแรงจูงใจที่ดีขึ้น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นอยู่ผลลัพธ์ของการสนับสนุนการจัดการตนเองนั้นมุ่งหวังให้เกิดการอำนวยความสะดวก การกระตุ้นเตือน การให้ความรู้ การสร้างเสริมศักยภาพและความร่วมมือเป็นหลักเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป ดังนั้นการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องมีทักษะสำคัญ 6 ประการ ได้แก่ 1) การแก้ปัญหา (Problem solving) 2) การตัดสินใจ (Decision making) 3) การใช้แหล่งประโยชน์ (Resource utilization) 4) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ (Forming of a patient/health care providers partnership) 5) การลงมือปฏิบัติ (Taking action) 6) การปรับทักษะความรู้ในการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (Self-tailoring) (The Robert Wood Johnson foundation, 2001) และเมื่อผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีเหมาะสมกับโรคเรื้อรังแล้ว ย่อมจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญหลัก ๆ 3 ประการ ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ในการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และผลลัพธ์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

นอกจากนี้ยังพบว่ามีรูปแบบอื่นๆ ที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) มีการจัดการตนเองที่ดีได้ เพราะอาจจะใช้รูปแบบที่หลากหลาย แต่ไม่ว่าจะใช้วิธีการใดก็ตามควรเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย บุคลากรทีมสุขภาพ ครอบครัวหรือผู้ดูแลในการส่งเสริมการจัดการตนเองที่เหมาะสมและยั่งยืน (Berry, 2012) จากการศึกษาของ Shi (2013) พบว่าการส่งข้อความสั้น ๆ หรือสื่อมัลติมีเดียทางโทรศัพท์มือถือสามารถกระตุ้นการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้เป็นอย่างดี และจากการศึกษาของ Kim, KO, Lee, & Kim (2014) พบว่าผลของการจัดการรายกรณีโดยใช้ชุมชนเป็นฐานของพยาบาลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายได้น้อยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ การจัดการรายกรณีเป็นการบูรณาการในการค้นหาผู้ป่วย ประเมินปัญหา กว้างแผนการดูแล การให้บริการสุขภาพ การเฝ้าระวังและประเมินผลในลักษณะของรายบุคคลบนพื้นฐาน “ความต่อเนื่องของการดูแล” จากความเจ็บป่วยสู่ภาวะสุขภาพ สู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยแม้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและก่อให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุน การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องใช้วิธีการแบบบูรณาการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันของผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทีม

สุขภาพ (ศิริอร สิ้นธุ, 2555) และจากการศึกษาของ Howard (2013) เสนอแนะว่าการฝึกแก้ไขปัญหใน รูปแบบของ Health coaching เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการรองรับการเปลี่ยนแปลงเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตไปในทิศทางที่ดีขึ้นเพื่อปรับปรุงการจัดการโรคเรื้อรังบนพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังและบุคลากรทีมสุขภาพ

การจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) มีการจัดการตนเองที่ดีได้นั้น จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เลือกวิธีการที่ชอบและมีความเหมาะสมกับตนเองเพื่อก่อให้เกิดการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพราะผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นเจ้าของภาวะสุขภาพของตนเองอีกทั้งการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต บุคลากรทีมสุขภาพไม่ควรเป็นผู้ตัดสินใจให้หรือส่งเสริมให้เกิดการจัดการตนเองในลักษณะของโปรแกรมสำเร็จรูปที่ทุกคนสามารถใช้ได้ เพราะผู้ป่วยแต่ละคนมีพื้นฐานที่แตกต่างกันออกไป มีปัจจัยเสี่ยง ความพร้อม บริบททางสังคม เศรษฐกิจ ฐานะ ความชอบและวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันออกไป (Radhakrishnan, 2011) ดังนั้นจึงควรมีการปรับกลยุทธ์ใหม่เพื่อให้การดำเนินงานเชิงรุกให้มีประสิทธิภาพในระดับสูงมากยิ่งขึ้นต่อไป

2. การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) จังหวัดสระบุรี

การรับรู้การเตือนและการรับรู้โอกาสเสี่ยง เป็นความเชื่อหรือความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ต่ออาการเตือนและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวาย โรคจอประสาทตาเสื่อม ความผิดปกติของระบบประสาท รวมถึงการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนการจัดการภาวะแทรกซ้อนหมายถึงความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ต่อการปฏิบัติตัวจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อป้องกันและการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี การจัดการตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังแบบฉุกเฉิน รวมถึงการโทรศัพท์ไปขอความช่วยเหลือระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายเลขโทรศัพท์ 1669

คณะผู้วิจัยขอรายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้การเตือน การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตามลำดับดังต่อไปนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีการรับรู้อาการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด คือการรับรู้ที่ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลที่เท้ามากกว่าคนปกติและเมื่อเป็นแล้วแผลหายยาก ส่วนการรับรู้อาการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่น้อยที่สุดคือการรับรู้อาการเตือนของโรคไตวาย เพราะผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่สามารถบอกได้ว่าเมื่อเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแล้วไม่รักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย หรือไม่ออกเลย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงยังมีการรับรู้อาการเตือนของภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าร้อยละ 80 คืออาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบ และอาการกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด สับสน ซึ่งสะท้อนว่าการรับรู้การเตือนของภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญค่อนข้างน้อย เพราะถ้าผู้ป่วยไม่มีการรับรู้หรือมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องและเมื่อเกิดอาการของภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวแล้วจะทำให้เกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนนั้นมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี คือมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ระหว่างร้อยละ 87.88 – 95.24 โดยมีรายละเอียดว่าผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ว่าการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และความเครียด การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมไขมันในเลือด การงดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรามีผลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ และผู้ป่วยยังรับรู้ว่าการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคไตวาย ตาพร่ามัวหรือตาบอด โรคหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต ได้ง่ายกว่าคนปกติทั่วไป ส่วนการรับรู้ที่น้อยที่สุดคือการรับรู้เรื่องการดื่มเหล้าไม่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีการจัดการภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี โดยมีร้อยละของการจัดการภาวะแทรกซ้อนอยู่ระหว่าง 70.43 - 96.54 ทั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นเกี่ยวกับการรับประทานยาสม่ำเสมอมากที่สุด รองมาได้แก่การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างถูกต้องและการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีการจัดการภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดเกี่ยวกับเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ จะมีการโทรศัพท์เรียกรถการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงจะรีบไปโรงพยาบาลใกล้บ้านที่สุดภายในระยะเวลา

3 - 4.5 ชั่วโมง และเมื่อเกิดอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงจะรีบไปโรงพยาบาลใกล้บ้านที่สุดภายในระยะเวลา 1 ชั่วโมง

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การรับรู้การเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานพบว่ามีค่าระหว่างร้อยละ 61.54 - 92.31 โดยการรับรู้การเตือนมากที่สุดและน้อยที่สุดของผู้ป่วยเบาหวานเหมือนกับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงคือผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสของการเกิดแผลที่เท้ามากกว่าคนปกติและเมื่อเป็นแล้วแผลหายยากมากที่สุด รองมาได้แก่การรับรู้การเตือนของโรคจอประสาทตาเสื่อมหรือตาบอดได้ ส่วนคะแนนการรับรู้การเตือนที่น้อยที่สุดของผู้ป่วยเบาหวานคือการรับรู้การเตือนของโรคไตวาย เพราะผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถบอกได้ว่า เมื่อเป็นโรคเบาหวานแล้วไม่รักษาอย่างต่อเนื่องอาจทำให้เกิดอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย หรือไม่ออกเลย นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานยังมีการรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจที่ต้องจัดการในภาวะเร่งด่วนอยู่ในระดับต่ำ

ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี คือมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 83.52 - 95.60 โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจากการรับประทานอาหารรสหวาน ผลไม้รสหวาน และการเป็นโรคเบาหวานทำให้ตาพร่ามัวหรือตาบอดได้มากที่สุดเท่ากัน ส่วนการรับรู้การเตือนของภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยเบาหวานรับรู้ที่น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 80) คือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงกว่าคนปกติทั่วไป นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วยการรับรู้ว่าการรับประทานอาหารประเภท ของหวาน ของทอด กะทิ เนื้อสัตว์ ไขมันจะมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การออกกำลังกาย/การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงทำให้คุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น การควบคุม น้ำหนักไม่ให้อ้วนทำให้ไม่มีโรคแทรกซ้อน การทำจิตใจให้แจ่มใสและพักผ่อนให้เพียงพอทำให้การควบคุม โรคได้ดีขึ้น และการเป็นโรคเบาหวานทำให้มีโอกาสรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตวายได้ง่ายกว่าคนปกติ

ผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับค่อนข้างดี โดยมีร้อยละของคะแนนการจัดการภาวะแทรกซ้อนอยู่ระหว่าง 76.92 - 95.51 โดยผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นมากที่สุดเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพราะจะทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รองมาได้แก่ การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน โรคเบาหวานทุกปี และนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดเหมือนกับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ จะมีการโทรศัพท์เรียกรถการแพทย์ฉุกเฉิน

1669 เมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยเบาหวานจะรีบไปโรงพยาบาลใกล้บ้านที่สุดภายในระยะเวลา 3 - 4.5 ชั่วโมง และเมื่อเกิดอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยเบาหวานจะรีบไปโรงพยาบาลใกล้บ้านที่สุดภายในระยะเวลา 1 ชั่วโมง นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่ามีการจัดการอยู่ในระดับดี โดยมีการจัดการเรื่องการรับประทานยาถูกต้องตรงเวลาและขนาดมากที่สุด รองมาคือการทำงานบ้าน ทำสวน เคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 30 นาที ส่วนคะแนนการจัดการภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในการดำเนินชีวิตประจำวันที่น้อยที่สุดได้แก่การดื่มเหล้า 2 แก้วในผู้ชาย และ 1 แก้วในผู้หญิง การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมออย่างน้อยครั้งละ 30 นาที และการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีเนื้อสัตว์ติดมัน อาหารทอด กะทิ อาหารทะเล

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้อาการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 43.93 - 90.19 โดยมีการรับรู้อาการเตือนมากที่สุดเกี่ยวกับการเป็นความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานแล้วควบคุมไม่ได้จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น มีการรับรู้อาการเตือนของภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดเกี่ยวกับการไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้นาน ๆ อาจทำให้เกิดอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย รองมาได้แก่ การรับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเป็นความดันโลหิตสูงว่าเป็นโรคที่ไม่ส่งผลกระทบใดๆ ต่อสุขภาพ เมื่อพิจารณาคะแนนการรับรู้อาการเตือนอื่น ๆ เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในเกณฑ์ดี

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ระหว่างร้อยละ 50.93 - 89.25 โดยมีการรับรู้ว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้มากที่สุด รองมาคือ การรับรู้ว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าปกติ ส่วนคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่น้อยที่สุดได้แก่ถ้าไม่ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานอาจทำให้ประสาทตาเสื่อมได้ รองมาคือ การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคไตวายได้ง่ายกว่าคนปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องว่าการดื่มเหล้าไม่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคะแนนการจัดการภาวะแทรกซ้อนอยู่ระหว่างร้อยละ 77.57 - 95.79 โดยมีการจัดการภาวะแทรกซ้อนมากที่สุดเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ และการทำจิตใจให้สบายไม่หงุดหงิดโมโหง่ายช่วยให้ความดันโลหิตลดลงได้ ส่วนการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่น้อยที่สุดคือการหมั่นสังเกตอาการบวม ปัสสาวะออกน้อยเป็นหน้าที่สำคัญของผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูงทุกคน ส่วนประเด็นการจัดการภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถจัดการได้ดีได้แก่ การจัดการเมื่อพบเห็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีอาการแขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด มุมปากตก ปวดศีรษะรุนแรง ให้โทรศัพท์เรียกรถพยาบาล 1669 การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี การจัดการเมื่อมีอาการใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบากควรรีบไปโรงพยาบาลทันที การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างถูกต้องและการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มสามารถลดอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงได้

นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์โดยภาพรวมพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ถูกต้องทุกประเด็นอยู่ระหว่าง ร้อยละ 6.07 ถึง 17.58 เท่านั้น ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้องอยู่ในระดับต่ำมาก

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้อาการเตือนการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ทั้ง 3 กลุ่มพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ตามมาได้ง่ายกว่าคนทั่วไป โดยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกิดแผลหรือเมื่อเกิดแผลแล้วหายยากมากที่สุด และรองลงมาคือการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยทุกคนสามารถรับรู้และมองเห็นความผิดปกตินั้นได้ด้วยตนเอง และส่วนใหญ่มีประสบการณ์เคยเห็นผู้ป่วยที่มีแผลและ/หรือเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตมาก่อน ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรู้สึกกลัวไม่อยากให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวกับตนเองเพราะจะกระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันทั้งไป ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ จากข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมีความสอดคล้องกันคือผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระดับสูง ซึ่งอาจจะเกิดจากการรับรู้จริงหรืออาจจะเกิดจากการคาดเดาบนพื้นฐานความเชื่อและการรับรู้ที่ว่า เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแล้วย่อมมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกว่าคนทั่วไป

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้อาการเตือนของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่ามีความสอดคล้องกันเพราะผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 3 กลุ่มมีการรับรู้อาการเตือนเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคไตวาย โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนทางตาและทางระบบประสาทน้อยมาก มีผู้ป่วยหลายคนที่ให้ข้อมูลว่าเคยรับรู้จากบุคลากรทีมสุขภาพว่า

ไตวายเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) แต่รับรู้เพียงชื่อโรค ไม่ทราบรายละเอียดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับโรคไตวาย เช่นถ้าจัดการตนเองไม่ดี ควบคุมโรคไม่ได้ อาจทำให้เกิดอาการเตือนต่าง ๆ อะไรได้บ้าง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับว่า ไม่เคยทราบมาก่อนว่า อาการปัสสาวะออกน้อยหรือไม่ออกเลย และอาการบวมนั้นเป็นอาการเตือนของโรคไตวาย โดยให้ข้อมูลว่า อาการเตือนต่าง ๆ เหล่านั้นยังไม่เคยเกิดขึ้นกับตนเอง จึงยังไม่รู้ว่าอาการต่าง ๆ เหล่านั้นเป็นอาการเตือนของภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีการรับรู้ว่าการเฝ้าระวังหรือติดตามอาการเตือนหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น และยังไม่มีการรับรู้ว่าการจัดการตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการดำเนินชีวิตประจำวันทั่วไปนั้น สามารถควบคุมโรค ลดปัจจัยเสี่ยง และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ นอกจากนี้ยังพบว่า การจัดการตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินที่ต้องการการจัดการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ นั้นผู้ป่วยไม่ทราบวิธีการจัดการที่เหมาะสม ไม่สามารถประสานงานเพื่อขอใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าถ้าเกิดอาการผิดปกติจะบอกญาติหรือบุคคลในครอบครัวเพื่อนำส่งโรงพยาบาลเกือบทุกคน ซึ่งผู้ป่วยบางคนที่เป็นผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียวในช่วงกลางวัน ไม่มีบุคคลในครอบครัวอยู่ด้วยอาจทำให้เกิดความล่าช้าในการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับภาวะแทรกซ้อนที่เป็นภาวะวิกฤติได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประไพ กิตติบุญถวัลย์ ศิริธร ยิ่งแรงเริง และศุภลักษณ์ ศรีธัญญา (2556) ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเคยมีประสบการณ์รับรู้ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการเบื้องต้นค่อนข้างน้อย โดยข้อมูลสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับน้อยที่สุดตามลำดับ ได้แก่ อาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง อาการปากเบี้ยว และอาการพูดไม่ชัด นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่เคยได้รับคำแนะนำการจัดการเบื้องต้นเกี่ยวกับการจดบันทึกเวลาที่เริ่มมีสัญญาณเตือน และไม่ทราบเบอร์โทรศัพท์ 1669 สำหรับติดต่อรถฉุกเฉิน เพราะประเทศไทยได้จัดบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินไว้คือโทรศัพท์หมายเลข 1669 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2552) จะเห็นได้ว่ามีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านอาการเตือนของภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังที่จำเป็นเร่งด่วน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้ทันเวลา ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการพิการถาวร โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

จากข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ทราบว่า เมื่อมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองแล้วนั้นต้องรีบไปโรงพยาบาลใกล้บ้านให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ภายในระยะเวลา 3 - 4.5 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรภรณ์ สมหาญวงศ์ และคณะ (2555) ที่พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการรักษาด้วย rt-PA ได้ทันเวลามีเพียง ร้อยละ 2.0 เท่านั้น ดังนั้นจึง

ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเสี่ยงให้สามารถสังเกตอาการเบื้องต้น เพื่อให้เข้ารับการรักษาทันท่วงที เพราะถ้ามีการตรวจพบอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยหลังจาก 4.5 ชั่วโมงไปแล้ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ล่าช้า ซึ่งส่งผลกระทบก่อให้เกิดความพิการทุพพลภาพและอื่น ๆ ตามมาได้

และจากข้อมูลพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องรีบจัดการเช่นเดียวกับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรับรู้การเจ็บหน้าอก เนื่องจากเป็นอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามี ความผิดปกติที่ต้องตัดสินใจเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลอย่างทันท่วงที เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาลส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการรักษายาบาลและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย โรคนี้มีโอกาสเกิดขึ้นได้บ่อย และเมื่อเป็นแล้วก็มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง (วุฒิพงศ์ สายสงเคราะห์ กมล คุณาประเสริฐ และ มยุรี ตั้งเกียรติกำจาย, 2010)

ส่วนการจัดการภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการได้ดีพอควรคือการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถจัดการหรือปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้ เนื่องจากเคยมีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเมื่อแก้ไขแล้วมีอาการที่ดีขึ้น จึงเกิดการเรียนรู้และจัดการได้ แต่ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำบางคนไม่ทราบว่าการแสดงผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้นมีสาเหตุจากอะไร จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำอีกได้ เพราะถ้าผู้ป่วยไม่ทราบสาเหตุก็จะไม่มีการจัดการแก้ไขสาเหตุของของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) มีการรับรู้การเตือนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่น้อยมาก ดังนั้นการจัดการให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการเตือนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสม ควรมีการดำเนินการที่สามารถสะท้อนคุณภาพหรือผลลัพธ์ของการพยาบาลที่ส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ต้อง ทั้งนี้จากข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยพบว่าบุคลากรทีมสุขภาพในทุกระดับของสถานบริการมีการให้คำแนะนำกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากที่สุด ส่วนการให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการเตือนของภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนั้น ยังไม่เห็นผลลัพธ์ในเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากข้อมูลที่ได้รับสะท้อนถึงผลลัพธ์ของการจัดการภาวะสุขภาพในเชิงปริมาณ แต่ผลลัพธ์ในเชิงคุณภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง)นั้น ยังไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความ

ดันโลหิตสูง) มีการรับรู้อาการเตือนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงต้องมีการปรับกลยุทธ์ในการดำเนินการที่สะท้อนถึงผลลัพธ์การจัดการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างแท้จริง

สรุปการรับรู้อาการเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) จังหวัดสระบุรี

การจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการรับรู้อาการเตือน การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการจัดการภาวะแทรกซ้อนได้เป็นอย่างดีนั้นเป็นเรื่องไม่ย่ายนัก จากข้อมูลข้างต้นสามารถวิเคราะห์ได้ว่า การจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) มีการรับรู้อาการเตือนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังได้นั้น จำเป็นต้องจัดให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรค (Gallagher, Donoghue, Chenoweth, & Stein-Parbury, 2008) ผ่านการเรียนรู้จากประสบการณ์หลาย ๆ ด้าน และมีประสบการณ์ตรงอันจะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องและนำไปสู่การจัดการที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป เพราะจากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) มีการรับรู้อาการเตือนของการเกิดผลมากที่สุดและมีการรับรู้โรคหลอดเลือดสมองทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ของการเกิดอาการเตือนของภาวะแทรกซ้อน ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สันทนาการกับผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ตรง หรือจัดให้มีสถานการณ์จำลองหรือแหล่งเรียนรู้เสมือนจริง ผ่านทางสื่อที่มีทั้งภาพและเสียงที่สามารถส่งเสริมการรับรู้ของผู้ป่วยได้ดี และการทำซ้ำ ๆ ย้ำ ๆ บ่อย ๆ น่าจะเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย และผู้สูงอายุได้เรียนรู้และมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสมและครอบคลุมทุกโรค เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมต่อไป ดังที่ Wahab et al. (2008) และ อูมาพร แซ่กอ และชนกพร จิตปัญญา (2557) พบว่าประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อการเพิ่มความตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นบุคลากรทีมสุขภาพจำเป็นต้องสร้างเสริมการรับรู้อาการเตือนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสม เพื่อลดอันตรายที่เกิดขึ้นจากการไม่รับรู้ การรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง และการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ถูกต้องโดยเฉพาะการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความจำเป็นเร่งด่วนในการจัดการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของน้อมจิตต์ นวลเนตร์และเดือนเพ็ญ ศรีษา (2555) ที่ระบุว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองจำนวนหนึ่งมีความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง และจากการศึกษาของหัสยาพร มะโน (2552) พบว่าการที่ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อโรค

หลอดเลือดสมองไม่ทราบหรือไม่แน่ใจในอาการเตือนของโรค ได้แก่ อาการรู้สึกลึชาหรือยุบยิบตามแขนหรือขาทันทีทันใด และอาการตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน หรือมองไม่เห็นทันทีทันใด อาจจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ง่ายขึ้น เนื่องจากไม่รีบมาพบแพทย์เมื่อมีอาการเหล่านี้ตามแนวปฏิบัติที่ถูกต้องสำหรับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นกุญแจสำคัญที่สามารถลดความพิการ ภาระโรคและอัตราการเสียชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมองได้ (American Stroke Association, 2008) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีการจัดการตนเองและมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้นั้นจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง เพราะการรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชนพร วรรณกุล, วิริยา สุขวงศ์, และอารยา ทิพย์วงศ์, 2556)

ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพควรมีการปรับกลยุทธ์และวิธีการในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ อาการเตือน การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการจัดการภาวะแทรกซ้อนในรูปแบบใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม เพราะการปฏิบัติที่เป็นประจักษ์นั้นไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัด

งานวิจัยนี้ทำการศึกษาในจังหวัดสระบุรีเพียงจังหวัดเดียว ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมการจัดการตนเอง การรับรู้อาการเตือน การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) จังหวัดสระบุรี ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไม่หลากหลาย ถ้าต้องการข้อมูลที่เป็นภาพรวมของประเทศ ในการทำการวิจัยครั้งต่อไป ควรทำในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและทำในหลายจังหวัดที่ประเทศไทย ซึ่งจะทำให้ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยหลากหลายมากขึ้น และควรมีการพัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้มีความตรงและความเที่ยงในระดับที่ยอมรับได้ที่สูงมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการวางแผนเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง การรับรู้อาการเตือน การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) จังหวัดสระบุรี ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถจัดการตนเองได้ ควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสมต่อไป

บรรณานุกรม

- เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). ผลการศึกษาการประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิต ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2554. เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2555 จาก <http://dmht.damus.in.th/damus/>
- ฉันทน์ท ศุภกุลและคณะ. (2549). โครงการทบทวนองค์ความรู้ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ชดช้อย วัฒนะ. (2551). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานต่อความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนิษฐา สุระเดชาวุธ. (2553). การพัฒนากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคล โรงพยาบาลหนองแขง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ปฐญาภรณ์ ลาลูน, นภาพร มัชฌิมานุกร, และอนันต์ มาลารัตน์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. *Journal of Medicine and Health Sciences*. 18(3), 160 - 169.
- ทัศนาศู ชูวรรณชนะปกรณ์ และสายพิน สุริยวงศ์. (2551). มุมมองการป่วยของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน. *วารสารสภาการพยาบาล*. 24(4), ตุลาคม – ธันวาคม, 96 - 107.
- ทัศนีย์ ชันทอง, แสงอรุณ อิศระมัลย์, และ พัชรีย์ คมจักรพันธ์. (2556). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. *วารสารสภาการพยาบาล*. 28(1) มกราคม - มีนาคม, 85 - 99.
- เทพ หิมะทองคำ, วัลลา ดันตโยทัย, พงษ์อมร บุญนาค, ชาญชัย ดีโรจน์วงศ์, และสุนทรี นาคะเสถียร. (2547). การทบทวนองค์ความรู้เบาหวานและน้ำตาลในเลือดสูง. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

- ชนพร วรรณกุล, วิริยา สุขวงศ์, อารยา ทิพย์วงศ์. (2556). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2558 จาก www.teacher.ssru.ac.th/tanaporn_wa/pluginfile.php/11/.../_stroke.pdf
- ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2551). การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: บิสซิเนสอาร์แอนด์อี.
- นงนุช โอปะ, ชุติกร ด่านยุทธศิลป์, และ สมจิตร ชัยรัตน์. (2551). ประสิทธิภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2(1), มกราคม - มิถุนายน, 78 - 90.
- น้อมจิตต์ นวลเนตร์ และเดือนเพ็ญ ศรีชา (2555). ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนสามเหลี่ยม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด, 24(3), 318 – 326.
- ปฐญาภรณ์ ลาลูน, นภาพร มัชฌมางกูร, และอนันต์ มาลารัตน์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. Journal of Medicine and Health Sciences. 18(3), 160 - 169.
- ประไพ กิตติบุญถวัลย์, ศิริธร ยิ่งแรงเรือง, และศุภลักษณ์ ศรีธัญญา. (2556). การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 23(3), 132 - 141.
- พนิดา วสุธาพิทักษ์. (2555). การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน. เวทีเสวนา “ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน” ครั้งที่ 7. : กรุงเทพมหานคร: บริษัท ที คิว พี จำกัด.
- พิสมัย ภูนาเมือง. (2551). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดมุกดาหาร. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ผุสดี สระทอง. (2556). การจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรภรณ์ สมหาญวงศ์, วารินทร์ บินโฮเซ็น, และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2555). สถานการณ์ของการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาควิชาเวชศาสตร์, 30(2), 131-139.

ภาวนา กิริติยวงศ์. (2548). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการรับรู้กิจกรรมการจัดการตนเอง คุณภาพชีวิตและค่าน้ำตาลสะสม. วารสารวิจัยทางการแพทย์. 10(2), 85 - 97.

รัชณี สรรเสริญ, สมสมัย รัตนกริชากุล, วรณรัตน์ ลาวัง, อโนชา ทำสนาชนชัย, ชาญญากร วิริยะ, ทรรชนีย์ โสรัจธรรมกุลและคณะ. (2554). สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านบึงจังหวัดชลบุรี. การพยาบาลและการศึกษา. 4(1), 2 - 16.

ราม รัชสิษฐ์ ปิยทัศน์ ทศนาวิวัฒน์. (2555). การประเมินผล การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555. [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ย. 2556]. จาก:
http://www.nhso.go.th/downloadfile/fund/CRCN_55/3.รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์/1.%20รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ปี2555.pdf

เลิศมณีนันท์ อัครวาทิน, สุรางค์ เมฆานันท์, และสุทธิ ชัดติยะ. (2554). พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน: กรณีศึกษาผู้ป่วยตำบลม่วงงาม อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.

วันทนา ทิมพุดิ. (2550). อุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วลิตา ดันตโยทัย. (2553). เรื่องเล่าเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เรียนรู้ร่วมกันผ่านการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดอุดมรัตน์การพิมพ์และดีไซน์.

วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). (2553). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดย การตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552. นนทบุรี: โรงพิมพ์บริษัทเดอะกราฟิก ซิสเต็มส์จำกัด.

วิมลรัตน์ จงเจริญและคณะ. (2551). การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. สงขลานครินทร์เวชสาร. 26(1), 71 - 84.

วสิน พุทธรัง. (2550). Atherosclerosis และโรคหัวใจโคโรนารี. ใน วิทยา ศรีดามา. (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 4 (หน้า 356-368). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วุฒิพงศ์ สายสงเคราะห์, กมล คุณาประเสริฐ, และ มยุรี ตั้งเกียรติกำจาย. (2010). ลักษณะผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, 5(2), 103-106.
- ศรารินทร์ พิทยะพงษ์. (2551). การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(โภชนศาสตร์ศึกษา) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล. (2550). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลผู้ใหญ่). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: หจก. อรุณการพิมพ์.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558. เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2558 จาก www.thaihypertension.org
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) (2553). การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัทสหมิตรพรีนติ้งแอนพับลิชชิ่ง จำกัด.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555. เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2558 จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20140109_40197220.pdf
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 3. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณะการพิมพ์.
- สุนันทา เป็รื่องธรรมกุล. (2550). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนวังสะพุง จังหวัดเลย. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.

- สุพัตรา ศรีวิชชากร และคณะ (2553). การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 1: นนทบุรี: บริษัทสหมิตรพรินต์ติ้งแอนพับลิชชิ่ง จำกัด.
- สุพิศร โภคทิพย์, ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2555). การรับรู้อาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้หยีอีสาน: บริบทจังหวัดอุบลราชธานี. *Journal of Nursing Science and Health*. 35(2), 43-52.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). คู่มือบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554 เล่ม 4 การบริหารงบควบคุม ป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง: บริการควบคุม ป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). สถิติสาธารณสุข ปี 2541 - 52 เข้าถึงเมื่อ 17 กรกฎาคม 2554. จาก <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2550). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- หัตยาพร มะโน. (2552). การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อนัญญา บำรุงพันธุ์, วันดี บุญเกิด, และพัชรี ประภาสิต. (2554). ผลการใช้รูปแบบการจัดการตนเองต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น โรงพยาบาลพระปกเกล้า. *วารสารกองการพยาบาล*. 38(1), 42 - 51.
- อารีย์ เสนีย์. (2557). โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2 (15), 129 - 134.
- อุมาพร แซ่กอ และชนกพร จิตปัญญา. (2557). การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(2), 18.

- Adiseshiah, M. (2005). Effectives care of patients with type 2 Diabetes and Dyslipidemia: A nurse's perspective. *Diabetes Research Clinical Practice*, 68, (Suppl 2), S23 - S27.
- American Diabetes Association. All about Diabetes. [cited 2006 June 14]. Available from: <http://www.diabetes.org/about.diabetes.jsp/>.
- American Diabetes Association. All about Diabetes. [cited 2006 June 10]. Available from: [http://www.diabetes.org/type-2 diabetes/complications.jsp/](http://www.diabetes.org/type-2%20diabetes/complications.jsp/).
- American Diabetes Association. (2011). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 2011 Jan; 34(Suppl 1): S62–S69. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3006051/>
- American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics- 2010 Update: American Heart Association. *Circulation* 2010; 121, e46 - e215.
- American Heart Association(AHA)/American Stroke Association. (2011). AHA/ASA Guideline on Prevention of Recurrent Stroke. *American Family Physician*. 15; 83(8), 993-1001.
- Ashwell, M. P. & Gibson, G. S. (2012). Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*; 13, 275–86.
- Atchara Noottaro. (2011). Angina in Acute Coronary Syndrome Patients. *Royal Thai Air Force Medical Gazette*, 57(2), 13 – 21.
- Auduly, A., Asplund, K., & Norbergh, K. G. (2011). The influence of illness perspectives on self-management of chronic disease. *Journal of Nursing and healthcare of chronic illness*, 3, 109 - 118.
- Bagnasco, A., Di Giacomo, P., Da Rin Dellamora, R., Catania, G., Turci, C., Rocco, G., et al. (2013). Factors influencing self-management in patients with type 2 diabetes: A quantitative systematic review protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 187 - 200.

- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns.* Oct -Nov; 48(2), 177-187.
- Berry, C. (2012). Activating support for patient self-management to boost quality of life. *British Journal of Community Nursing*, 17(1), 38.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. Nov 20; 288(19), 2469-75.
- Bodenheimer, T., MacGregor, K. & Stothart, N. (2005). Nurses as leaders in Chronic Care. *BMJ*. 330, 612 - 613.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*. Oct 16; 288(15), 1909-14.
- Blinderman, C. D., Homel, P., Billings, J. A., Portenoy, R. K., & Tennstedt, S. L. (2009). Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. *Journal of Pain Symptom Management*. 35(6):594-603.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2011). Vital signs: prevalence, treatment, and control of hypertension United States, 1999 - 2002 and 2005 – 2008. 60(4), 103 - 108.
- Chodosh, L. et al. (2005). Meta-analysis: Chronic disease self-management program for older adults. *Annals of Internal Medicine*. Sep; 143(6), 427-438.
- Creer, L. T. (2000). Self-management in chronic illness. In M. Boekerts, P. R. Prinrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* pp 601 - 609). California: Academic.
- Diabetes UK. 2009. Improving supported self-management for people with diabetes. [cited 2009 November 20]. Available from: http://www.diabetes.org.uk/Documents/Reorts/Supported_self-management.pdf.

- Dongbo, F., Hua, F., McGowan, P., Yi-e, S., Lizhen, Z., Huiquin, Y., et al. (2003). Implementation and qualitative evaluation of chronic disease management programme in Shanghai, China: Randomized Controlled trial. *Bulletin of the World Health Organization*. 81(3), 174 - 182.
- Du, S., & Yuan, C. (2010). Evaluation of patient self-management outcomes in health care: A systematic review. *International Nursing Review*, 57, 159 - 167.
- Embrey, N. (2006). A concept analysis of self-management in long-term condition. *British Journal of Neuroscience of nursing*. 2(10), 507 - 513.
- Gallagher, R., Donoghue, J., Chenoweth, L., & Stein-Parbury, J. (2008). Self-management in older patients with chronic illness. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 373 - 382.
- Grundy, S.M. et al. (2004). Implications of Recent Clinical trials for the national cholesterol education program adult treatment panel III guideline. 44(3), 720 -732.
- Holroyd, K. A., & Creer, L. T. (1986). *Self-management of chronic disease: A handbook of clinical interventions and research*. Orlando: Academic Press.
- Howard, L. M., & Ceci, C. (2013). Problematizing health coaching for chronic illness self-management. *Nursing Inquiry*, 20(3), 223 - 231.
- Jones, M.C., MacGillivray, S., Kroll, T., Zohoor, A.R., & Connaghan, J. (2011). A thematic analysis of the conceptualization of self-care, self-management and self-management support in the long-term conditions management literature. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3, 174 -185.
- Kanfer, F. H. & Gaelick-Bay, L. (1991). Self-management model. In Kanfer, F. H., Goldsteinn, A., editor. *Helping people change: A textbook of method*. 4th ed. NewYork; Pergamon Press, p305 - 360.
- Katz, R. & Purcell, H. (2006). *Acute Coronary Syndromes*. Elsevier Health Sciences. Available from: https://books.google.co.id/books/about/Acute_Coronary_Syndromes.html?hl=id&id=MoR33Z5J7rEC

- Kim, G. S., KO, I. S., Lee, T., & Kim E. J. (2014). Effects of community-based case management by visiting nurses for low-income patients with hypertension in South Korea. *Japan Journal of Nursing science*, 11, 35 - 43.
- Lorig, K. R. & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals Behavioral Medicine*. Aug; 26(1), 1-7.
- Lubkin, I. M. & Larsen, P. D. (2006). *Chronic illness Impact and invention*. Boston : Jones and Bartlett publisher.
- Norris, S. L., Lau, J., Smith, S. J., Schmid, C. H., Englegau, M. M. (2002). Self-management education for adult with type 2 diabetes: A meta-analysis of the effect of glycemic control. *Diabetes Care*. 25(1), 1159 - 1171.
- Ostehaga, Y., Dillon, C. F., Hughes< J. P., Carroll, M., & Yoon, S. (2007). Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in older U.S. adults: Data from the national health and nutrition Examination survey 1988 to 2004. *The American Geriatrics Society*, 55, 1056 - 1065.
- Overbaugh, K. J. (2009). Acute coronary syndrome. *American Journal of Nursing*. 109(5), 42-52.
- Pragodpol, P. (2011). The effect of comprehensive cardiac nursing program on health related quality of life in coronary heart disease patients. Doctoral's Dissertation in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
- Paul, A. J., Suzanne, O., Barry, L. C., William, C. C., Cheryl, D-H., Joel, H. et al. (2014). 2014. Evidence-Based Guideline for the management of high blood pressure in Adults: Report from the Panel Members Appointed to the eighth Joint National Committee (JNC8). *JAMA*, 311(15), 507 - 520.
- Radhakrishnan, K. (2011). The efficacy of tailored interventions for self-management outcomes of type 2 diabetes, hypertension or heart disease: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 496 - 510.

- Rosamond, W., et al. (2008). Heart disease and stroke statistics--2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 117(4), e25-146.
- Ryan, P. & Sawin, K. J. (2009). The individual and family self-management Theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*. Jul – Aug; 57(4), 217 – 225.
- Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonzo, A., Grey, M., Mccorkle, R., et al. (2012). Processes of self-management in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), 136 - 144.
- Seshadri, S. et al. (2006). The lifetime risk of stroke: estimates from the Framingham Study. *Stroke*. 37(2), 345-50.
- Shi, C. (2013). Mobile phone messaging for facilitating self-management of long-term illnesses. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 11, 344 - 345.
- Srathong P, Aumtanee A, Navecharean R. (2015). Exploring self-management of patients with diabetes mellitus for effectively controlling blood sugar. *Journal of Health Research*; 29.
- The Robert Wood Johnson Foundation & The center for the advancement of health. (2001). *Essential elements of self-management interventions*. Washington, DC: CFAH Publications.
- Udlis, K. A. (2011). Self-management in chronic illness: Concept and dimensional analysis. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*. 3, 130 - 139.
- Wahab, K. W., Okokhere, P.O., Ugheoke, A. J., Oziegbe, O., Asalu, A, F., & Salami, T. A. (2008). Awareness of warning signs among suburban Nigerians at high risk for stroke is poor: A cross-sectional study. *BMC Neurol*, 8(18), 198 -203.
- World Health Organization. Diabetes. [cited 2007 April 24]. Available from:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/dibetes/en/>
- World Health Organization [WHO]. Data and statistics; 2012[cited 2012 April 21].Available from:
<http://www.who.int/mediacentre>.

World Health Organization. Chronic diseases and health promotion [internet]. [cited 2013 Jun 14].

Available from: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part2_ch1/en/index1.html

World Health Organization. (2013). Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, Global Noncommunicable Disease Network (NCDnet). The WHO global forum: addressing the challenge of non-communicable diseases. [cited 2013 Jun 14]. Available from: http://www.who.int/nmh/events/global_forum_ncd/forum_report.pdf

ภาคผนวก



แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง
การจัดการตนเอง การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
(เบาหวานและความดันโลหิตสูง)

สถานบริการ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุดและกรุณาระบุข้อมูลในช่องว่าง

1. โรคที่เป็น ☐ เบาหวาน ปี
☐ ความดันโลหิตสูง ปี
☐ เบาหวานและความดันโลหิตสูง ปี (เป็นมากี่ปี เป็นโรคอะไรก่อน)
2. อายุ ปี
3. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
4. สถานภาพสมรส ☐ คู่ ☐ โสด ☐ หม้าย
☐ หย่า/แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ
5. การศึกษา ☐ ประถม ☐ มัธยม ☐ อนุปริญญา
☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี ☐ อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้
6. รายได้ต่อเดือน
☐ 0-1000 บาท ☐ 1,001-5000 บาท ☐ 5,001-10,000 บาท
☐ 10,001-15,000 บาท ☐ 15,001-20,000 บาท ☐ มากกว่า 20,000 ขึ้นไป
7. ความพอเพียงของรายได้ต่อการใช้จ่ายรายเดือน
☐ เพียงพอในการใช้จ่าย ☐ ไม่เพียงพอในการใช้จ่าย
8. สถานบริการสุขภาพที่ใช้บริการประจำนอกเหนือจากสถานบริการแห่งนี้
☐ ร.พ ☐ รพสต
☐ คลินิก
9. ประวัติครอบครัวและญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/หัวใจ/ไตวาย/
มะเร็ง/อัมพฤกษ์ อัมพาต)
☐ มี ☐ ไม่มี

10. โรคร่วม

- | | |
|--|---|
| ☐ ไ้หมันในเลือดสูง ปี | ☐ เก๊าท์..... ปี |
| ☐ ☐ โรคกระเพาะ..... ปี | ☐ ☐ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ปี |
| ☐ อื่น ๆ | ☐ ปฏิเสธการมีโรคร่วม |

11. โรคแทรกซ้อน

- | | |
|--|---|
| ☐ โรคไตวาย ปี | ☐ หัวใจ ปี |
| ☐ โรคหลอดเลือดสมอง | ☐ อัมพฤกษ์ อัมพาต ปี |
| ☐ โรคเบาหวานขึ้นตา ปี | |
| ☐ โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท ปี (ขา ปลายมือ ปลายเท้า) | |

12. มีการใช้ยา/อาหารเสริม/สมุนไพร/หรือวิธีการอื่นๆในการดูแลรักษาสุขภาพ

- ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี

13. การสูบบุหรี่

- ☐ สูบ ระยะเวลาการสูบ ปี จำนวนที่สูบ มวนต่อวัน
- ☐ ไม่สูบ
- ☐ เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว ระยะเวลาการสูบ ปี
- ☐ มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่/หรือต้องอยู่ใกล้กับคนที่สูบบุหรี่

14. การดื่มสุรา

- ☐ ดื่ม ระยะเวลาการดื่ม ปี จำนวนและความถี่ในการดื่ม
- ☐ ไม่ดื่ม
- ☐ เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว ระยะเวลาการดื่ม ปี
- ☐ มีบุคคลในครอบครัวดื่มเหล้า/หรือต้องอยู่ใกล้กับคนที่ดื่มเหล้า

15. พฤติกรรมการกินของท่านในแต่ละวัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 1. กินไม่ครบ 3 มื้อ ๆ ที่มักไม่ได้กินคือ ☐ มื้อเช้า ☐ มื้อกลางวัน ☐ มื้อเย็น
- ☐ 2. ไม่กินผัก
- ☐ 3. กินจุบจิบ
- ☐ 4. กินอาหารรสจัด
- ☐ ☐ 5. ดื่มชา/กาแฟ/น้ำอัดลม/เครื่องดื่มที่มีรสหวาน มากกว่า 2 แก้ว/วัน
- ☐ ☐ 6. กินอาหารจานด่วน (fast food)
- ☐ 7. ชอบกินอาหาร ทอด ปิ้งย่าง

16. ท่านออกกำลังกายหรือไม่

- ☐ 1. ไม่ออกกำลังกาย
- ☐ 2. ออกกำลังกาย ประเภท ครั้งละ นาที ครั้ง/สัปดาห์

17. ความสามารถในการดูแลตนเองของท่าน

- ☐ ☐ ดูแลตนเองได้
- ☐ ต้องมีคนช่วยดูแลเป็นบางเวลา
- ☐ ต้องมีคนช่วยดูแลตลอดเวลา

18. บุคคลที่สนิทสนม คอยดูแลช่วยเหลือท่านได้แก่ (โปรดระบุ)

19. สัมพันธภาพภายในครอบครัว ☐ ☐ ดี ☐ ☐ พอใช้ ☐ ☐ มีปัญหา/ต้องแก้ไข

20. สัมพันธภาพกับเพื่อนบ้าน ☐ ☐ ดี ☐ ☐ พอใช้ ☐ ☐ มีปัญหา/ต้องแก้ไข

21. สัมพันธภาพกับบุคลากรด้านสุขภาพ ☐ ดี ☐ พอใช้ ☐ ☐ มีปัญหา/ต้องแก้ไข

22. ท่านมีกิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด ☐ มี (โปรดระบุ) ☐ ไม่มี

23. ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ ☐ ☐ มี (โปรดระบุ) ☐ ไม่มี

24. ท่านมาตรวจตามนัด ☐ ☐ ทุกครั้ง ☐ เป็นบางครั้ง ☐ นาน ๆ ครั้ง

25. ท่านเดินทางมารับบริการสุขภาพด้วย ☐ ☐ ตัวเอง ☐ ☐ ลูกหลาน/ญาติ/เพื่อน/คนรู้จักพามา

☐ ☐ บริการรับส่งของหน่วยงานต่าง ๆ

แบบสอบถามการจัดการตนเอง การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการ
ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง

แบบประเมินชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการปฏิบัติตัวของท่านในการจัดการตนเอง การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ข้อคำถามมี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 จำนวน 21 ข้อ ส่วนที่ 2 จำนวน 20 ข้อ รวมทั้งสิ้น 41 ข้อ

โปรดตอบคำถามทุกข้อโดยใช้เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติ/การรับรู้ของท่านมากที่สุด กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อ

ส่วนที่ 1 การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ข้อความ	ทำเป็นประจำ (ทุกวัน)	ทำบ่อย (5-6วัน/ สัปดาห์)	ทำพอ ๆ กับไม่ทำ (3-4วัน/ สัปดาห์)	ทำนาน ๆ ครั้ง (1-2วัน/ สัปดาห์)	ไม่เคยทำ เลย (0 วัน/ สัปดาห์)
1. ฉันกินอาหาร วันละ 3 มื้อ					
2. ฉันกินอาหารรสจัดทุกชนิด					
3. ฉันกินอาหารตามที่แพทย์/พยาบาล แนะนำโดยเคร่งครัด					
4. ฉันลดอาหารมัน อาหารประเภททอด หรือผัดที่ใช้ไขมันมาก					
5. ฉันกินอาหารประเภทผักเพิ่มขึ้น และ กินผลไม้รสหวานน้อย					
6. ฉันกินอาหารหมักดองหรือตากแห้ง					
7. ฉันกินอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง					
8. ฉันดื่มน้ำผลไม้หรือน้ำอัดลม					

ข้อความ	ทำเป็นประจำ (ทุกวัน)	ทำบ่อย (5-6วัน/ สัปดาห์)	ทำพอ ๆ กับไม่ทำ (3-4วัน/ สัปดาห์)	ทำนาน ๆ ครั้ง (1-2วัน/ สัปดาห์)	ไม่เคยทำ เลย (0 วัน/ สัปดาห์)
9. ฉันงดเครื่องดื่มชูกำลังทุกชนิดและเครื่องดื่มเกลือแร่					
10. หากฉันกินอาหารมากไปในมือใดมือหนึ่ง ฉันจะลดปริมาณอาหารในมือต่อไปหรือไม่กินเลย					
11. ฉันออกกำลังกายก่อนกินอาหารอย่างน้อย 1-3 ชั่วโมง					
12. หากไม่มีความผิดปกติที่เป็นข้อห้ามในการออกกำลังกาย ฉันออกกำลังกายตามที่แพทย์/พยาบาลแนะนำอย่างน้อย 30 นาที					
13. ฉันคอยสังเกตความผิดปกติที่ต้องหยุดออกกำลังกาย เช่น <u>ใจสั่น เจ็บหน้าอกหรือเหนื่อยมาก</u> ปวดศีรษะรุนแรง เจ็บหน้าอกหรือเหนื่อยมาก					
14. ฉันเริ่มคุมอาหารและออกกำลังกายอย่างเข้มงวดก่อนที่จะไปพบแพทย์					
15. ฉันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัวเพื่อให้ น้ำตาลไม่เกิน 130 และค่าความดันโลหิตไม่เกิน 130/85					
16. ฉันนำผลตรวจน้ำตาลในเลือดล่าสุดมาใช้ในการปรับการปฏิบัติตัวให้ดีขึ้น					
17. ฉันคอยระวังค่าผลน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิตและไขมันในเลือดไม่ให้สูงกว่าเกณฑ์ที่แพทย์/พยาบาลบอก					

ข้อความ	ทำเป็นประจำ (ทุกวัน)	ทำบ่อย (5-6วัน/ สัปดาห์)	ทำพอ ๆ กับไม่ทำ (3-4วัน/ สัปดาห์)	ทำนาน ๆ ครั้ง (1-2วัน/ สัปดาห์)	ไม่เคยทำ เลย (0 วัน/ สัปดาห์)
18. ฉันกินยาครบถ้วน ถูกต้องตามแพทย์สั่ง					
19. ฉันคอยระวังตนเองไม่ให้เครียดหรือหงุดหงิดและหาวิธีคลายเครียดเมื่อรู้สึกหงุดหงิด นอนหลับ หรือกังวล					
20. ฉันล้างทำความสะอาดเท้า เช็ดให้แห้ง และตรวจเท้าเพื่อดูความผิดปกติตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล					
21. ฉันคอยสังเกตอาการ หากมีอาการผิดปกติเช่น มีแผล อาการชา ปวดเท้า หรือสงสัยมีอาการผิดปกติจากการกินยา ฉันจะรีบไปพบแพทย์					

ส่วนที่ 2 การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ข้อละ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

ใช่ หมายถึง ท่านบอกได้ว่าข้อความต่อไปนี้เป็นการเตือน โอกาสเสี่ยง และการจัดการที่จำเป็นสำหรับการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านบอกได้ว่าข้อความต่อไปนี้ไม่เป็นการเตือน โอกาสเสี่ยง และการจัดการที่จำเป็นสำหรับการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่สามารถบอกได้ว่าข้อความต่อไปนี้ เป็นหรือไม่เป็นเป็นการเตือน โอกาสเสี่ยง และการจัดการที่จำเป็นสำหรับการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2.1 การรับรู้การเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

อาการเตือน	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. เมื่อเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแล้วไม่รักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย หรือไม่ออกเลย			
2. เมื่อเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทำให้มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบ			
3. เมื่อเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทำให้เป็นอัมพาต กล้ามเนื้อของแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด สับสน ได้			
4. เมื่อเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จะทำให้จอตาเสื่อมอาจถึงตาบอดได้			
5. อาการที่เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้แก่ เหงื่อออกมากผิดปกติ ตัวเย็น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น			

อาการเตือน	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
6. อาการมือ เท้าชาเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน			
7. อาการที่เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย คอแห้ง กระหายน้ำ น้ำหนักลด			
8. ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดแผลที่เท้ามากกว่าคนปกติ และเมื่อเป็นแล้วแผลหายยาก			

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

รายการ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ชอบรับประทานอาหารรสหวาน ผลไม้รสหวาน และขนมหวาน จะทำให้ควบคุมโรคไม่ได้			
2. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ชอบรับประทานอาหารประเภท ของทอด กะทิ ไขมัน เนื้อสัตว์ติดมัน เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล อาหารเค็มจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา			
3. การออกกำลังกาย/การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องเป็นประจำสม่ำเสมอจะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติได้			
4. การทำจิตใจให้แจ่มใสและพักผ่อนให้เพียงพอทำให้การควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น			
5. การควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนทำให้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง			
6. การเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคไตวายได้ง่ายกว่าคนปกติ			
7. การเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำให้ตาพร่ามัว หรือตาบอดได้			

รายการ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
8. การเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่ายกว่าคนปกติ			
9. การเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต ได้ง่ายกว่าคนปกติ			
10. การเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าปกติ			
11. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าคนทั่วไป			
12. การดื่มเหล้าส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง			

2.3 การจัดการภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

การจัดการภาวะแทรกซ้อน	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และ พยาบาลอย่างถูกต้องจะทำให้ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นมีความรุนแรงลดลง			
2. การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มสามารถ ลดอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงได้			
3. การรับประทานยาสม่ำเสมอสามารถ ควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้			
4. การทำจิตใจให้สบาย ไม่หงุดหงิด โมโหง่าย ช่วยให้ระดับน้ำตาลและความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ			
5. การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแม้ไม่มีอาการผิดปกติ			
6. การหมั่นสังเกตอาการบวม ปัสสาวะออกน้อยเป็น			

การจัดการภาวะแทรกซ้อน	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
หน้าที่สำคัญของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงทุกคนต้องทำ			
7. เมื่อผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีอาการใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก ควรรีบไปโรงพยาบาลทันที			
8. ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้			
9. ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงควรเลิกสูบบุหรี่/หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่			
10. ถ้าผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงมีอาการแขนขาอ่อนแรง พุงไม่ชัด มุมปากตก หลังค่อม ท่านจะรีบไป ร.พ. ใกล้บ้านภายในระยะเวลา 3-4.5 ชั่วโมง			
11. ถ้าผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยหอบ ใจสั่น ท่านจะรีบไป ร.พ. ใกล้บ้านภายในระยะเวลา 1 ชั่วโมง			
12. ถ้าท่านเกิดอาการผิดปกติเช่น หน้ามืด หมดสติ เจ็บแน่นหน้าอก แขนขาอ่อนแรง พุงไม่ชัด ท่านจะโทรศัพท์ 1669			

**แบบสอบถามการจัดการตนเอง การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
และการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน**

คำชี้แจง

แบบประเมินชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการปฏิบัติตัวของท่านในการจัดการตนเอง การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน ข้อคำถามมี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 จำนวน 18 ข้อ ส่วนที่ 2 จำนวน 32 ข้อ รวมทั้งสิ้น 50 ข้อ

โปรดตอบคำถามทุกข้อโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติ/การรับรู้ของท่านมากที่สุด กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อ

ส่วนที่ 1 การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อความ	ทำเป็นประจำ (ทุกวัน)	ทำบ่อย (5-6วัน/ สัปดาห์)	ทำพอๆ กับไม่ทำ (3-4วัน/ สัปดาห์)	ทำนานๆ ครั้ง (1-2วัน/ สัปดาห์)	ไม่เคยทำ เลย (0 วัน/ สัปดาห์)
1. กินกินอาหาร วันละ 3 มื้อ					
2. กินกินอาหารตามที่แพทย์/พยาบาลแนะนำโดยเคร่งครัด					
3. กินกินอาหารประเภทผักเพิ่มขึ้น และกินผลไม้รสหวานน้อย					
4. หากกินกินอาหารมากไปในมื้อใด มื้อหนึ่ง ฉันจะลดปริมาณอาหารในมื้อต่อไปหรือไม่กินเลย					
5. ฉันดื่มน้ำผลไม้หรือน้ำอัดลม					
6. กินกินอาหารประเภททอดหรือผัด					
7. หากไม่มีความผิดปกติที่เป็นข้อห้ามในการออกกำลังกาย ฉันออกกำลังกายตามที่แพทย์/พยาบาลแนะนำอย่างน้อย 30 นาที					
8. ฉันออกกำลังกายก่อนกินอาหารอย่างน้อย 1-3 ชั่วโมง					

ข้อความ	ทำเป็นประจำ (ทุกวัน)	ทำบ่อย (5-6วัน/ สัปดาห์)	ทำพอๆ กับไม่ทำ (3-4วัน/ สัปดาห์)	ทำนานๆ ครั้ง (1-2วัน/ สัปดาห์)	ไม่เคยทำ เลย (0 วัน/ สัปดาห์)
9. ฉันคอยสังเกตความผิดปกติที่ต้องหยุดออกกำลังกาย เช่น ใจสั่น เจ็บหน้าอกหรือเหนื่อยมาก					
10. ฉันออกกำลังกายมากขึ้นเมื่อมีน้ำตาล ในเลือดสูงกว่า 250					
11. ฉันเริ่มคุมอาหารและออกกำลังกายอย่างเข้มงวดก่อนที่จะไปพบแพทย์					
12. ฉันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัวเพื่อให้น้ำตาล ไม่เกิน 130					
13. ฉันสอบถามผลน้ำตาลในเลือดจาก แพทย์ เพื่อใช้ในการ ปรับการปฏิบัติตัวให้ดีขึ้น					
14. ฉันคอยระวังความดันโลหิตและไขมันในเลือดไม่ให้สูงกว่าเกณฑ์ที่แพทย์/พยาบาลบอก					
15. ฉันกินยาครบถ้วน ถูกต้องตามแพทย์สั่ง					
16. ฉันตรวจเท้าเพื่อดูความผิดปกติตามคำแนะนำของ แพทย์/พยาบาล					
17. ฉันล้างทำความสะอาดเท้าและเช็ดให้แห้ง					
18. ฉันไปพบแพทย์หากมีแผล ปวดเท้า หรืออาการาผิดปกติ เจ็บแน่นหน้าอก บวม ปัสสาวะผิดปกติ					

ส่วนที่ 2 การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก ความเชื่อ ความคิดเห็นและการปฏิบัติตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด ข้อละ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

ใช่ หมายถึง ท่านบอกได้ว่าข้อความต่อไปนี้เป็นการเตือน โอกาสเสี่ยง และการจัดการที่จำเป็นสำหรับการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านบอกได้ว่าข้อความต่อไปนี้ไม่เป็นอาการเตือน โอกาสเสี่ยง และการจัดการที่จำเป็นสำหรับการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่สามารถบอกได้ว่าข้อความต่อไปนี้ เป็นหรือไม่เป็นอาการเตือน โอกาสเสี่ยง และการจัดการที่จำเป็นสำหรับการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

2.1 การรับรู้การเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน

อาการเตือน	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. เมื่อเป็นโรคเบาหวานแล้วไม่รักษาอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้เกิดอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย หรือไม่ออกเลย			
2. อาการที่เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้แก่ เหงื่อออกมากผิดปกติ ตัวเย็น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น			
3. อาการมือ เท้าชาเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน			
4. อาการที่เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย คอแห้ง กระหายน้ำ น้ำหนักลด			
5. โรคเบาหวานมีโอกาทำให้เกิดการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบ			
6. คนที่เป็นเบาหวาน อาจจะทำให้เกิดอาการอัมพาต แขนขาอ่อนแรง พุงคุดๆ กะกัก สับสน ตาพร่า เดินเซ			
7. ผู้ป่วยเบาหวานและมีน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานจะทำให้จอตาเสื่อม อาจถึงตาบอดได้			

อาการเตือน	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
8. ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดแผลที่เท้ามากกว่าคนปกติและเมื่อเป็นแล้วแผลหายยาก			

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

โอกาสเสี่ยง	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ชอบรับประทานอาหารรสหวาน ผลไม้รสหวานจะมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง			
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่ชอบรับประทานอาหารประเภท ของทอด กะทิ เนื้อสัตว์ ไขมันจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง			
3. การออกกำลังกาย/การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ทำให้คุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น			
4. การทำจิตใจให้แจ่มใสและพักผ่อนให้เพียงพอทำให้ การควบคุมโรคได้ดีขึ้น			
5. การควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนทำให้ไม่มีโรคแทรกซ้อน เช่น โรคความดันโลหิตสูง			
6. การเป็นโรคเบาหวานทำให้เกิดโรคไตวายได้ง่ายกว่าคนปกติ			
7. การเป็นโรคเบาหวานทำให้ตาพร่ามัว หรือตาบอดได้			
8. การเป็นโรคเบาหวานทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่ายกว่าคนปกติ			
9. การเป็นโรคเบาหวานทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต ได้ง่ายกว่าคนปกติ			
10. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอยู่เสมอทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานได้			

2.3 การจัดการภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

2.3.1 การจัดการภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ข้อความ	ทำเป็นประจำ (ทุกวัน)	ทำบ่อย (5-6วัน/ สัปดาห์)	ทำพอๆ กับไม่ ทำ (3-4วัน/ สัปดาห์)	ทำนานๆ ครั้ง (1-2วัน/ สัปดาห์)	ไม่เคย ทำเลย (0 วัน/ สัปดาห์)
1. ท่านออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมออย่างน้อย ครั้งละ 30 นาที					
2. ท่านทำงานบ้าน ทำสวน เคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องไม่ น้อยกว่า 30 นาที					
3. ท่านควบคุมปริมาณและชนิดอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลสูง เช่น ข้าว ถั่วเขียว ขนมน้ำตาล ขนมน้ำผึ้ง ขนมหวาน เพื่อช่วยควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด					
4. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีเนื้อสัตว์ติดมัน อาหาร ทอด กะทิ อาหารทะเล					
5. ท่านควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิด ภาวะแทรกซ้อน					
6. ท่านรับประทานยาถูกต้อง ตรงเวลาและขนาดทำให้ควบคุม ระดับน้ำตาลได้ดี					
7. ท่านหาวิธีคลายเครียด เช่น ทำกิจกรรมกับครอบครัว ปลูก ต้นไม้ ท่องเที่ยว อ่านหนังสือ					
8. ท่านดื่มเหล้ามากกว่า 2 แก้วในผู้ชายและ 1 แก้วในผู้หญิง					

2.3.2 การจัดการภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานทั่วไป

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. ท่านมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพราะจะทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้			
2. ท่านเลิกสูบบุหรี่/หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่			
3. ท่านมีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานทุกปี			
4. ถ้าท่านมีอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย ท่านจะบอกแพทย์/พยาบาลทุกครั้ง			
5. ถ้าท่านมีอาการแขนขาชา อ่อนแรง พุงไม่ชัด มุมปากตก หลับตาไม่สนิท ท่านจะรีบไป ร.พ. ใกล้บ้านภายในระยะเวลา 3-4.5 ชั่วโมง			
6. ถ้าท่านมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยหอบ ใจสั่น ท่านจะรีบไป ร.พ. ใกล้บ้านภายในระยะเวลา 1 ชั่วโมง			
7. ถ้าท่านเกิดอาการผิดปกติเช่น หน้ามืด หมดสติ เจ็บแน่นหน้าอก แขนขาอ่อนแรง พุงไม่ชัด ท่านจะโทรศัพท์ 1669			

**แบบสอบถามการจัดการตนเอง การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง**

คำชี้แจง

แบบประเมินชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการปฏิบัติตัวของท่านในการจัดการตนเอง การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ข้อคำถามมี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 จำนวน 18 ข้อ ส่วนที่ 2 จำนวน 24 ข้อ รวมทั้งสิ้น 42 ข้อ

โปรดตอบคำถามทุกข้อโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติ/การรับรู้ของท่านมากที่สุด กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อ

ส่วนที่ 1 การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อความ	ทำเป็นประจำ (ทุกวัน)	ทำบ่อย (5-6วัน/ สัปดาห์)	ทำพอๆ กับไม่ทำ (3-4วัน/ สัปดาห์)	ทำนานๆ ครั้ง (1-2วัน/ สัปดาห์)	ไม่เคยทำ เลย (0 วัน/ สัปดาห์)
1. ฉันกินอาหารรสจัดทุกชนิด					
2. ฉันกินอาหารตามที่แพทย์/พยาบาล แนะนำโดยเคร่งครัด					
3. ฉันลดอาหารมัน อาหารประเภททอด หรือผัดที่ใช้น้ำมันมาก					
4. ฉันกินอาหารหมักดองหรือตากแห้ง					
5. ฉันกินอาหารประเภทดื่มน้ำ ย่าง					
6. ฉันปรับการกินอาหารเพื่อให้ความดัน โลหิตลดลงตามเป้าหมาย ที่ต้องการ					
7. หากไม่มีอาการผิดปกติ ฉันออกกำลังกาย ตามที่แพทย์/พยาบาลแนะนำจนได้เหงื่อ อย่างน้อยวันละ 30 นาที					

ข้อความ	ทำเป็นประจำ (ทุกวัน)	ทำบ่อย (5-6วัน/ สัปดาห์)	ทำพอๆ กับไม่ทำ (3-4วัน/ สัปดาห์)	ทำนานๆ ครั้ง (1-2วัน/ สัปดาห์)	ไม่เคยทำ เลย (0 วัน/ สัปดาห์)
8. ขณะออกกำลังกายฉันคอยสังเกตความผิดปกติที่ต้องหยุดออกกำลังกายทันที เช่น ปวดศีรษะรุนแรง เจ็บหน้าอกหรือเหนื่อยมาก					
9. ฉันพยายามหากิจกรรมทำเพื่อให้ได้เหงื่อในแต่ละวัน					
10. ฉันตั้งเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิตไม่ให้เกิน 140/90					
11. ฉันคอยติดตามค่าความดันโลหิตว่าสูงเกินกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่					
12. ฉันงดเครื่องดื่มชูกำลังทุกชนิดและเครื่องดื่มเกลือแร่					
13. ฉันสอบถามค่าความดันโลหิตจากแพทย์/พยาบาลเพื่อปรับการปฏิบัติตัวให้ดีขึ้น					
14. ฉันคอยระวังความดันโลหิตและไขมันในเลือดไม่ให้สูงกว่าเกณฑ์ที่แพทย์/พยาบาลบอก					
15. ฉันกินยาลดความดันโลหิตครบถ้วนถูกต้องตามแพทย์สั่ง					
16. ฉันคอยระวังตนเองไม่ให้เครียดหรือหงุดหงิด					
17. ฉันหาวิธีคลายเครียดเมื่อรู้สึกหงุดหงิด ขุ่นเคี้ยว หรือกังวล					

ข้อความ	ทำเป็นประจำ (ทุกวัน)	ทำบ่อย (5-6วัน/ สัปดาห์)	ทำพอๆ กับไม่ทำ (3-4วัน/ สัปดาห์)	ทำนานๆ ครั้ง (1-2วัน/ สัปดาห์)	ไม่เคยทำ เลย (0 วัน/ สัปดาห์)
18. ฉันคอยสังเกตอาการผิดปกติ หากอาการ ไม่ดีขึ้น ฉันจะรีบไปพบแพทย์					

ส่วนที่ 2 การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนใน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก ความเชื่อ ความคิดเห็นและการปฏิบัติตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด ข้อละ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

ใช่ หมายถึง ท่านบอกได้ว่าข้อความต่อไปนี้เป็นการเตือน โอกาสเสี่ยง และการจัดการที่จำเป็นสำหรับการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านบอกได้ว่าข้อความต่อไปนี้ไม่เป็นอาการเตือน โอกาสเสี่ยง และการจัดการที่จำเป็นสำหรับการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

ไม่แน่ใจหมายถึง ท่านไม่สามารถบอกได้ว่าข้อความต่อไปนี้ เป็นหรือไม่เป็นเป็นการเตือน โอกาสเสี่ยง และการจัดการที่จำเป็นสำหรับการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
2.1 การรับรู้การเตือน ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง			
1. ถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไต โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองแตกจะทำให้ภาวะสุขภาพเลวลงซึ่งต้องใช้เวลาในการรักษานาน			
2. โรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เสียชีวิตได้โดยเฉียบพลัน			

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
3. การเป็นความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานโดยควบคุมไม่ได้จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น			
4. การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงทำให้ไม่มีความสุข			
5. ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ			
6. ถ้าท่านไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้นาน ๆ อาจทำให้เกิดอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย			
7. โรคความดันโลหิตสูงอาจจะทำให้เกิดอาการอัมพาต แขนขาอ่อนแรง พูดตะกุกตะกัก สับสน ตาพร่า เดินเซ เป็นอันตรายถึงตายได้			
8. โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่นเหนื่อยหอบ			
2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง			
1.การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เป็นโรคหัวใจได้ง่ายกว่าคนปกติ			
2. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้			
3. ถ้าไม่ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานอาจทำให้ประสาทตาเสื่อมได้			
4. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิด โรคไตวายได้ง่ายกว่าคนปกติ			
5. ความอ้วนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นต่อโรคความดันโลหิตสูง			
6. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าปกติ			
7. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสเกิด			

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
ภาวะแทรกซ้อนมากกว่าคนทั่วไป			
8. การดื่มเหล้าส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง			
2.3 การรับรู้การจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง			
1. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และ พยาบาลอย่างถูกต้อง จะทำให้ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นมีความรุนแรงลดลง			
2. การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มสามารถ ลดอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงได้			
3. การรับประทานยาสม่ำเสมอสามารถ ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้			
4. การทำจิตใจให้สบาย ไม่หงุดหงิดโมโหง่าย ช่วยให้ความดันโลหิตลดลงได้			
5. การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีเป็นสิ่งจำเป็น สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแม้ไม่มีอาการผิดปกติ			
6. การหมั่นสังเกตอาการบวม ปัสสาวะออกน้อยเป็นหน้าที่สำคัญของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกคนต้องทำ			
7. เมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีอาการใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก ควรรีบไปโรงพยาบาลทันที			
8. เมื่อพบเห็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีอาการแขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด มุมปากตก ปวดศีรษะรุนแรง ให้โทรศัพท์เรียกรพพยาบาล 1669			

แนวทางการ Focus Group ผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการตนเอง ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM&HT)
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ต่อการเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM&HT)
3. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM&HT)
4. เพื่อศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM&HT) ในสถานการณ์จริง
5. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM&HT) ต่อระบบบริการสุขภาพที่ได้รับในสถานการณ์จริง และแนวทางการพัฒนา

ผู้ร่วม Focus group

ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จำนวน 6 -10 คน

ขั้นตอนการ Focus group

1. ผู้นำกลุ่มแนะนำตนเอง
2. ผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ของการ Focus Group
3. ผู้นำกลุ่มพูดคุยสร้างความคุ้นเคยและบรรยากาศที่เป็นกันเอง
4. ผู้นำกลุ่มขอเวลาสำหรับการสนทนาเพื่อ Focus group ครั้งนี้ประมาณ 1 - 2 ชั่วโมง
5. ผู้นำกลุ่มเป็นผู้นำในการสนทนา สมาชิกทีม บันทึกเทปการ Focus Group และ Take note บรรยายาส สิ่งแวดล้อม ทำที่ ฯลฯ

แนวคำถาม

1. ท่านคิดว่าสาเหตุของการเกิดโรคเรื้อรังเกิดจากอะไร
2. กรุณาเล่าให้ฟังว่าท่านมีการจัดการตนเองเรื่องเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และจัดการความเครียด การเลิกสูบบุหรี่และดื่มสุรา การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด อย่างไร
3. การจัดการตนเองของท่านประสบผลสำเร็จหรือไม่ เพราะเหตุใด

4. ถ้าต้องการให้การจัดการตนเองดีขึ้นหรือประสบผลสำเร็จท่านจะทำอย่างไร หรือสิ่งที่ทำให้จัดการได้สำเร็จคืออะไร
5. ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองของท่านคืออะไร
6. แรงจูงใจในการจัดการตนเองของท่านคืออะไร
7. ท่านมีการกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองและการประเมินการจัดการตนเองอย่างไร
8. ท่านมีการกำกับติดตามการจัดการตนเองของท่านอย่างยั่งยืนอย่างไร
9. ท่านกำหนดเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันหรือไม่ เพราะอะไร ควรกำหนดตัวเลขไว้ที่เท่าไร ทำได้หรือไม่เพราะอะไร
10. ท่านรู้หรือไม่ว่าอาการเตือนของโรคแทรกซ้อนต่างๆ ของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีอะไรบ้าง ท่านมีอาการเหล่านั้นหรือไม่ ถ้าอาการเหล่านั้นเกิดขึ้นแล้วท่านจะจัดการอย่างไร
11. ท่านมีการติดตามค้นหา ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนหรือไม่
12. ท่านนำผลการตรวจความดันและน้ำตาลมาใช้ในการจัดการภาวะสุขภาพของท่านอย่างไร
13. ท่านคิดว่าการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอะไรได้บ้าง ท่านรับรู้อาการเตือนของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหรือไม่อย่างไร
14. ท่านมีการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างไร
