

การบูรณาการองค์ความรู้
บทบัญญัติศาสนาอิสลาม
กับการสร้างเสริมสุขภาพ :

โรคเรื้อรัง

(โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง)

โครงการสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้
สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ปี 2551

โดย คณะทำงานวิชาการและวิจัย
สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข

การบูรณาการองค์ความรู้ทบทบัญญัติศาสนาอิสลาม : โรคเรื้อรัง (โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง)

ผู้เรียบเรียง : นพ.มะหามะ เมาะมูลา
ภก.ยูซุฟ นิมะ
และทีมโรคเรื้อรังโครงการบูรณาการองค์ความรู้ทบทบัญญัติศาสนาอิสลาม
กับการสร้างเสริมสุขภาพ

บรรณาธิการ : ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรวิทย์
ภก.ยูซุฟ นิมะ
คณะทำงานวิชาการและวิจัยสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข
(www.timaweb.org)

ISBN 978-611-90285-2-4

พิมพ์ครั้งแรก : พฤษภาคม 2552



จัดพิมพ์โดย : สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ (สวรส.ภาคใต้) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
(www.southhsri.psu.ac.th)
สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข (www.timaweb.org)



สนับสนุนงบประมาณ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
(www.nhso.go.th)

การระบาดของโรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เป็นต้น เริ่มต้นระบาดในประเทศพัฒนา แต่จากการเฝ้าระวัง แนวโน้มในช่วงปี พ.ศ.2544 สุขภาพของโลกมีการเปลี่ยนแปลงระยะเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ ขนาดปัญหาของโรคไม่ติดต่อสูงกว่าโรคติดต่อ และในประเทศกำลังพัฒนาต้องเผชิญภาวะทั้งกลุ่มโรคติดต่อและไม่ติดต่อ การเปลี่ยนแปลงประชากรสู่การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนร้อยละวัยทำงานและผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของการบริโภคยาสูบ พฤติกรรมการกินอาหาร ภาวะความดันโลหิตสูงขึ้น น้ำหนักเกินและภาวะอ้วน ระดับน้ำตาลในเลือดและเบาหวาน และภาวะโลกาภิวัตน์ต่อการเกิดโรค จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้สามารถพบการตายของโรคไม่ติดต่องถึงร้อยละ 59 ของการตายทั้งหมดและเป็นภาวะโรคจากการตายและพิการก่อนวัยอันควรถึงร้อยละ 43 ที่น่าสนใจพบว่าร้อยละ 79 ของโรคไม่ติดต่อเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา และมีอัตราเพิ่มขึ้นเร็วกว่าประเทศพัฒนาแล้ว ทั้งนี้ครึ่งหนึ่งของการตายทั้งหมดมาจากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

จากการสำรวจโรคที่มุสลิมไทยเป็นมากที่สุดเหมือนกันทุกภาค คือ โรคความดันโลหิตสูง ส่วนโรคเรื้อรังที่พบ อาทิ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หอบหืด กระดูกและข้อ วัณโรค ลมชัก มะเร็ง เอชไอวี เป็นต้น สำหรับในเรื่องการปฏิบัติศาสนกิจ มุสลิมในภาคใต้ตอนบนและตอนล่างปฏิบัติศาสนกิจสม่ำเสมอกว่ากรุงเทพฯ และภาคเหนือ คือ มุสลิมภาคใต้ตอนล่างกว่าร้อยละ 97.32 ละหมาดครบทุกครั้งทุกวัน สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า ครอบครัวมุสลิมภาคใต้มีสมาชิกอย่างน้อย 1-2 คน สูบบุหรี่ ซึ่งมากกว่าภาคอื่นๆ ในขณะเดียวกันบทบาทบัญญัติอิสลามครอบคลุมทุกมิติของวิถีชีวิต คือ มิติด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ดังนั้นจึงสมควรอย่างยิ่งที่มุสลิมจะต้องนำหลักคำสอนของอิสลามบูรณาการกับหลักการทางการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่ในการดูแลสุขภาพ ดังวจาของท่านศาสนามุฮัมมัด คือลดลุลลอฮุอะลยฮิวะซัลลัม ได้กล่าวไว้ว่า

“ผู้ศรัทธาที่มีความเข้มแข็งย่อมประเสริฐและเป็นที่รักของพระเจ้ายิ่งกว่าผู้ศรัทธาที่อ่อนแอ”
(รายงานโดย มุสลิม)

คำว่าความเข้มแข็งในหะดีษนี้นั้นคือ ความเข้มแข็งทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ (สติปัญญา) และสังคม ซึ่งเป็นความเข้มแข็งที่เกิดขึ้นด้วยความเพียรพยายามหมั่นดูแลรักษาสุขภาพของตัวเองของผู้ศรัทธา จนกลายเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งของอิมาน (ศรัทธา) และเป็นบ่าวที่รักของพระองค์

เอกสารฉบับนี้นำเสนอสถานการณ์ ปัญหา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังสามโรค คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง พร้อมกันนี้ได้วิเคราะห์ถึงมาตรการที่จะแก้ไขปัจจัยเสี่ยงของโรคดังกล่าวจากงานวิจัยและบทบาทบัญญัติอิสลามด้วย

หากเอกสารฉบับนี้มีประโยชน์สำหรับผู้อ่านและสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ต่อการดูแล
สุขภาพของประชาชนได้ นับเป็นความโปรดปราน ความเมตตาของอัลลอฮ์ที่ประทานความรู้ ความสามารถ
ให้กับทีมงาน เอกสารฉบับนี้ เชื่อว่าคงมีข้อบกพร่องเกิดขึ้นไม่มากนักน้อย เพราะหากได้ชื่อว่าเป็นมนุษย์
ย่อมเป็นผู้พลั้งพลาดได้เสมอ เราพร้อมที่จะขออภัยโทษจากอัลลอฮ์ ดังนั้น หากสิ่งใดจากเอกสารฉบับนี้
ผิดพลาดไม่ว่าจะด้านใดก็ตาม ยินดีรับข้อชี้แนะจากผู้อ่านที่มีเกียรติทุกท่าน สุดท้ายขออัลลอฮ์
ทรงโปรดประทานความเมตตา ความกรุณา และความจำเริญแก่ผู้อ่านหนังสือเล่มนี้ พร้อมทั้งมวล
มนุษย์ที่กำลังค้นหาสัจธรรมอันเที่ยงแท้ด้วยเถิด

คณะผู้จัดทำ

บทนำ

บทที่ 1 สถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรัง : โรคหัวใจและหลอดเลือด

1. สถานการณ์สุขภาพ	1
2. อัตราตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย	3
3. สถานการณ์สุขภาพหัวใจและหลอดเลือดในชุมชนไทย	5
4. สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยง (Risk Marker) ของประชากรไทยตามวัยและแนวโน้ม	7
5. สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตต่างๆ นานา บริโภคเกิน	8
6. ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องของโรคหัวใจและหลอดเลือด	16
7. การประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรค	16
เอกสารอ้างอิง	16

บทที่ 2 สถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรัง : โรคเบาหวาน

แนวคิดโรคเบาหวาน	20
ความหมาย	20
การวินิจฉัยโรคเบาหวาน	20
สาเหตุและโอกาสที่ทำให้เป็นโรคเบาหวาน	21
ประเภทของเบาหวาน	21
การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน	24
การประเมินทางคลินิกเมื่อแรกวินิจฉัยโรคเบาหวาน	29
การรักษาโรคเบาหวาน	29
คำชี้แจงน้ำหนักคำแนะนำและคุณภาพหลักฐาน	33
การรักษาโดยใช้ยา	33
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน	37
1. ด้านการรับประทานอาหาร	37
2. ด้านการออกกำลังกาย	38
3. ด้านการพักผ่อนและการจัดการความเครียด	40
4. ด้านการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อน	40
5. การให้ความรู้โรคเบาหวานเพื่อการดูแลตนเอง	49
การถือศีลอดและพฤติกรรมสุขภาพ	53
ผู้ป่วยเบาหวานที่ถือศีลอดจะส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนไป	53

สารบัญ(ต่อ)

การพิจารณาระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวาน	54
เอกสารอ้างอิง	56

บทที่ 3 สถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรัง : โรคความดันโลหิตสูง

คำนิยาม	57
การซักประวัติ	58
การตรวจร่างกาย	59
การรักษาโรคความดันโลหิตสูง	64
การรักษาผู้ป่วย isolate office hypertension	69
การปรับลดขนาดหรือจำนวนยา	70
เอกสารอ้างอิง	71

บทที่ 4 บทบัญญัติและวัฒนธรรมอิสลามที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง

1. การดูแลสุขภาพร่างกาย	75
2. การดูแลสุขภาพจิต	88
3. การดูแลสุขภาพจิตวิญญาณหรืออะกิเดฮ์	89
4. การดูแลสุขภาพทางด้านสังคม	89
เอกสารอ้างอิง	90

บทที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

I: รายงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารักษาของผู้ป่วยเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากใบ จังหวัดนราธิวาส	91
2. ผลของการให้ศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานอำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี	93
3. ทำเบาหวานในโรงพยาบาลปากเกร็ด	94
4. การประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวกับคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเมืองชลบุรี	95
5. การศึกษาผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครนายก	96

สารบัญ(ต่อ)

6. ผลการดำเนินงานการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านสวน โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย	98
7. การเสริมพลังอำนาจเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แบบองค์รวมโรงพยาบาลสุโขทัย-ลก	100
8. ผลการปรับเปลี่ยนการใช้ยาเบาหวานในเดือนรอมฎอน ในผู้ป่วยเบาหวานที่ถือศีลอด อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี	100
II: รายงานการวิจัยเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง	
1. ผลของการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร ในศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเทพา	102
2. การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เปรียบเทียบกับแนวทางของ JNC7	103
3. การพัฒนาเครือข่ายสร้างสุขภาพชุมชนในการควบคุม และป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี	104
4. ผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต ของผู้ป่วยนอก	105
III: รายงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด	
1. ผลของการใช้ข่าวกล้องในการลดระดับคอเลสเตอรอลในครูและอาจารย์ อำเภอถลุง จังหวัดภูเก็ต	106
2. ภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	107
IV. รายงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	
1. พฤติกรรมการสร้างสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนไทยมุสลิม ตำบลท่ามะลิ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล	107
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลาม ในจังหวัดปัตตานี	108
เอกสารอ้างอิง	110
บทที่ 6 การนำบทบัญญัติอิสลามและงานวิจัยเพื่อนำไปแก้ไขปัญหา	
ปัญหาและอุปสรรคการควบคุมป้องกัน	122
แนวทางในการแก้ไขปัญหาในระดับต่างๆ	123
หลักการของมาตรการในการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวาน	125

สารบัญ(ต่อ)

พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คาดหวัง	133
ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อไป	134
เอกสารอ้างอิง	136

บทที่ 7 อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ	137
เอกสารอ้างอิง	140

โรคเรื้อรัง หมายถึงโรคที่รักษาไม่หาย การรักษาเป็นเพียงการพุงไม่ให้สูญเสียการทำงาน ของร่างกายมากขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคอ้วน โรคไตเสื่อม เป็นต้น (อดุลย์ : 2550)

“โรคเรื้อรัง” ได้ถูกนำมาใช้ในความหมายที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง (chronic illnesses), โรคไม่ติดต่อ (noncommunicable diseases), โรคจากความเสื่อมถอย (degenerative diseases) ซึ่งโดยทั่วไปมีลักษณะร่วมกันดังต่อไปนี้คือ มีสาเหตุการเกิดที่ไม่แน่ชัด แต่มาจากปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัย ระยะแฝงตัวยาว การดำเนินภาวะเจ็บป่วยยาวนาน จุดตั้งต้นไม่ติดต่อโดยการสัมผัส ทำให้ร่างกาย ทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ พิกการ และมีรักษาไม่หายขาด

“โรคไม่ติดต่อ” หมายถึง “กลุ่มโรคที่มีสาเหตุมาจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กรรมพันธุ์ และบางส่วนจากการรักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง ของสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม” และต่อมาในปี พ.ศ.2540 ได้ให้ความหมายของโรคไม่ติดต่อไว้คือ “กลุ่มของโรคเรื้อรังซึ่งมีความสำคัญทางด้านสาธารณสุขจากการที่โรคกลุ่มนี้มีผลต่อการป่วยพิการและตาย ก่อนวัยอันควรจำนวนมาก ตัวอย่างของกลุ่มโรคนี้ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน โรคปอด (หอบหืดและโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง) โรคของกระดูกและข้อ (กระดูกเสื่อม กระดูกพรุน) ความ ผิดปกติของจิตใจ เป็นต้น โรคกลุ่มนี้มักเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการ เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภค อาหารที่มีสัดส่วนไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย และความเครียด ฯลฯ โดยมีรากมาจากวิถี ชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดี (ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย และคณะ)

โรคเรื้อรังที่กล่าวถึงจะมีลักษณะเฉพาะหลายอย่าง เช่น

1. โรคเรื้อรังแต่ละโรคมีความสัมพันธ์กัน ในทางการแพทย์มีชื่อเรียกแยกต่างหากออกไป เช่น กลุ่มอาการเมตาโบลิค หรือ ซินโดรม X ซึ่งผู้ป่วยจะอ้วน เป็นเบาหวาน และมีความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงพบโรคเรื้อรังได้หลายอย่างในคนเดียวกัน
2. โรคเรื้อรังเหล่านี้จะมีผลต่อหลอดเลือดในหลายรูปแบบ แต่ส่วนใหญ่จะทำให้เกิด หลอดเลือดตีบตัน จึงทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดสมองตีบหรือเส้นเลือดสมองแตก ทำให้เป็นอัมพาต ทำให้เส้นเลือดหัวใจตีบเกิดกล้ามเนื้อหัวใจทำงานไม่ได้ เป็นได้ทั้งหัวใจวาย เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ เป็นต้น
3. การรักษาด้วยยาในโรคเหล่านี้มักจะไม่ไ้ผล ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย โดยผู้ป่วย จะต้องละเว้นอาหารบางอย่างที่ทำให้โรคเหล่านี้มีอาการมากขึ้น รวมทั้งจะต้องออกกำลังกาย เนื่องจาก ความอ้วนทำให้โรคเหล่านี้เป็นมากขึ้น หรือเป็นสาเหตุของโรคเหล่านี้เอง
4. ในคนที่ยังไม่เป็นโรคสามารถพยากรณ์โรคได้ว่าใครจะเป็น เช่น มีบุคคลในครอบครัว มีอาการของโรค อายุของคนทำงานมาก มีน้ำหนักตัวมาก มีการรับประทานอาหารที่ไม่ได้คุณภาพ ไม่ได้ออกกำลังกาย ก็สามารถทำนายได้ว่าในอนาคตคนทำงานนี้จะต้องมีเป็นโรคเหล่านั้นเป็นต้น

5. ยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังเหล่านี้ มีผลข้างเคียงมาก เช่น ยารักษาโรคเบาหวาน อาจทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำและเป็นลมหรือหมดสติเป็นครั้งคราว ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้การปรับความดันโลหิตในเลือดเสีย ทำให้เวลาลุกนั่งมีอาการหน้ามืด เป็นลม ซึ่งเป็นอันตรายสำหรับคนทำงาน ทำให้เกิดอุบัติเหตุขณะทำงานได้

โดยสรุป โรคเรื้อรัง เป็นกลุ่มโรคที่นักวิชาการไทยเริ่มรู้จักและให้ความสนใจมาไม่ถึงยี่สิบกว่าปี คำจำกัดความเริ่มใช้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคไม่ติดต่อ โรคจากความเสื่อมถอย ซึ่งมีลักษณะร่วมกันดังต่อไปนี้ มีสาเหตุที่ไม่ชัดเจน แต่มาจากปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัย ระยะแฝงตัวยาว การดำเนินภาวะเจ็บป่วยยาวนาน จุดตั้งต้นไม่ติดต่อโดยการสัมผัส ทำให้ร่างกายทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ พิกการและมักรักษาไม่หายขาด (ฉายศรี, 2550)

ในสังคมปัจจุบันแบบแผนการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งรวมไปถึงพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพ นอกจากนี้การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น โรคติดต่อค่อยลง มีอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ถึงแม้ว่าในระยะกว่า 10 ปี ที่ผ่านมามีความก้าวหน้าด้านวิทยาการเรื่องโรคเบาหวานอย่างมาก แต่ความชุกและอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานกลับเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก

โรคเบาหวานเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก มีแนวโน้มว่าในปี ค.ศ.2025 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ 300 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ.1995 ที่มีประมาณ 135 ล้านคน และจะเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา The International Collaborative Study of Cardiovascular Disease in Asia ได้ทำการศึกษาเพื่อหาความชุกและการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในประชากรไทยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี พบความชุกของการเกิดโรคเบาหวานในคนไทยร้อยละ 9.6 (2-4 ล้านคน)

เบาหวานเป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึม ที่เกิดจากความบกพร่องของการหลั่งหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลมาใช้และเกิดการสะสมในเลือดจนมีระดับที่สูงกว่าปกติ ระดับน้ำตาลที่สูงเป็นเวลานาน ส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง มีรายงานว่าร้อยละ 65 ของการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 เกิดจากภาวะ Ketoacidosis ขณะที่ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microvascular complication) และหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macrovascular complication) ก่อให้เกิดความเสียหายแก่อวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะ ตา ไต ระบบประสาท และหลอดเลือดได้ ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีสาเหตุการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด ดังนั้นจุดมุ่งหมายของการรักษาโรคเบาหวานจึงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิด หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (glycemic control) ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากแพทย์ผู้รักษา ทีมสหวิชาชีพ และตัวของผู้ป่วยเอง

รายงานจากการสำรวจของ National Health Interview and Examination Survey (NHIES) ครั้งที่ 1 ซึ่งทำการสำรวจประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปี พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานเกือบทั้งหมด เป็นชนิดที่ 2 โดยมีอัตราความชุกในเมืองมากกว่าชนบท และความชุกจะมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดทั้งขนาดเล็ก (microvascular) และขนาดใหญ่ (macrovascular) โดยเฉพาะการดำเนินโรคทางไต การรักษาความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยเบาหวาน มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันหรือชะลอโรคแทรกซ้อนดังกล่าว

ปัจจุบันแนวโน้มความเจ็บป่วย ความพิการ และตายจากโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตสูง จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2539 และ 2540 พบว่า ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ของประเทศ โดยพบอัตรา 16.1 และ 13.4 ต่อประชากรแสนคน จากการวัดระดับความดันโลหิตของประชากรวัยแรงงาน อายุ 13-59 ปี ในการสำรวจ ปี 2539 -2540 พบว่า ความชุกของความดันโลหิตสูงร้อยละ 9.7 ในเพศชายพบร้อยละ 71.4 และ เพศหญิงพบร้อยละ 8.7 คน สำหรับวัยสูงอายุ พบร้อยละ 32.4

จากการคัดกรองความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชนอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป และแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นภาวะความดันโลหิตสูงของอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ปี 2547, 2548 และ 2549 เท่ากับ 1,545, 1,708 และ 1,907 รายตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีจำนวนประชาชนที่เป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น

จากข้อมูลในโรงพยาบาลชุมชน ที่มีชาวมุสลิมเป็นประชากรส่วนใหญ่พบว่า ในโรงพยาบาลยะหริ่ง โรคเบาหวานจัดเป็นโรคที่มีความสำคัญของโรงพยาบาลยะหริ่ง เนื่องจากจัดอยู่ใน 5 อันดับโรคแรกที่มีความสำคัญของโรงพยาบาล และจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยปี 2547 มีจำนวน 548 ราย ปี 2548 มีจำนวน 661 ราย ปี 2549 มีจำนวน 700 ราย และปี 2550 มีจำนวน 773 ราย

โรคหัวใจ เป็นคำที่กินความกว้างๆ ครอบคลุมโรค ภาวะ และอาการหลายอย่างเกี่ยวกับหัวใจ รวมทั้งความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจ ลิ้นหัวใจ และตัวคุมจังหวะ ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการเต้นของหัวใจ ให้สม่ำเสมอเป็นปกติด้วย โรคหัวใจที่เป็นสาเหตุการตายสูงสุดในกลุ่มประชากรทางซีกโลกตะวันตก และมีอุบัติการณ์สูงขึ้นเรื่อยๆ ในประเทศไทยคือ โรคของหลอดเลือดแดงใหญ่และหลอดเลือดแดงฝอยแข็ง ซึ่งเกิดจากการมีตะกรันเกาะอยู่ภายในผนังหลอดเลือดหัวใจ ทำให้รูหลอดเลือดแคบลง ตะกรันนี้ประกอบด้วยคอเลสเตอรอล โปรตีน และเศษเนื้อเยื่อที่ตายแล้ว เมื่อผนังหลอดเลือดหัวใจมีตะกรันมากขึ้น รูหลอดเลือดจะแคบลง ทำให้หลอดเลือดแข็งและขาดความยืดหยุ่น ผลที่ตามมาคือ ความดันโลหิตจะสูงขึ้น และเกิดการแตกร้าวที่ผนังหลอดเลือด เมื่อผนังหลอดเลือดมีรอยร้าว ก็อาจทำให้ลิ่มเลือดมีรอยร้าว ทำให้มีลิ่มเลือดมาอุดตัน จนทำให้รูหลอดเลือดทั้งหมดอุดตันได้ในที่สุด

ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดแดงแข็งนั้นมีหลายอย่าง โดยการเกิดโรคนั้นเป็นผลรวมของภาวะที่หลอดเลือดแดงหัวใจตีบตันเนื่องจากมีตะกรันอุดตัน ความดันโลหิตสูง รวมทั้งการเกิดลิ่มเลือด ที่เรียกว่า โรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อเป็นโรคนี้อแล้ว จะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก และอาการหัวใจล้มเหลวตามมา

โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) และหลอดเลือดส่วนปลาย(Peripheral artery disease) ทั้งสามโรคนี้มีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) ถ้าเกิดที่หลอดเลือดหัวใจ จะทำให้เกิดการอุดตันและหัวใจขาดเลือด แต่ถ้ามี

การแตกปรีของหลอดเลือดแดงส่วนที่ตีบแคบลง และมีก้อนเลือดไปอุดตันเส้นเลือดหัวใจจะเกิดภาวะหัวใจตาย ผลตามมาอาจเกิดภาวะการณเต้นของหัวใจผิดปกติรุนแรงจนเสียชีวิตเฉียบพลันได้ ซึ่งนับวันจะเป็นปัญหาสำคัญสำหรับภาวะสุขภาพของคนทั่วโลก ประเทศไทยเองก็หลีกเลี่ยงปัญหานี้ไม่พ้นเช่นกัน ช่วงทศวรรษนี้ภาวะสุขภาพของคนไทยอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา แนวโน้มการเจ็บป่วยเปลี่ยนจากโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อ เห็นได้จากรายงานการสาธารณสุขไทย กระทรวงสาธารณสุข ที่เปิดเผยว่า **อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมีแนวโน้มสูงขึ้น และเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสองรองจากโรคเอดส์**

การสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อ พ.ศ. 2538 พบว่าประชากรราว 100 ล้านคนเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค โดยเฉพาะในประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปพบประมาณร้อยละ 86 และ 1 ใน 4 มีโรคประจำตัวเรื้อรัง 4 โรคขึ้นไป แต่ประชากรที่มีโรคเรื้อรังเหล่านี้มากกว่าร้อยละ 50 ได้รับการดูแลรักษาต่ำกว่ามาตรฐาน สันนิษฐานว่าปัจจัยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่ำกว่ามาตรฐานเนื่องด้วย

1) โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงเป็นประชากรที่มีอายุยืนมากขึ้น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น ทำให้เกินศักยภาพของระบบบริการทางการแพทย์

2) ความเชื่อมโยงเข้าในการรับเอาวิธีการใหม่ๆ ด้านการรักษาผู้ป่วย พบว่าการนำองค์ความรู้แบบแผนมาตรฐานในเวชปฏิบัติและดำเนินการอื่นๆ จะต้องใช้เวลาถึง 16 ปี แม้จะมีคู่มือเวชปฏิบัติแล้วก็ตาม

3) ความไม่สอดคล้องระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากระบบออกแบบเพื่อรองรับการบำบัดโรคแก้ปัญหสุขภาพเฉียบพลันเป็นหลัก

ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ให้ระบบการดูแลสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ประกอบด้วยระบบการดูแลสุขภาพที่จัดองค์ประกอบดีและเชื่อมโยงกับทรัพยากรในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอ และกระตุ้นและทีมสุขภาพที่เตรียมพร้อมการทำงานเชิงรุก ทำให้เกิดผลลัพธ์ ประกอบด้วย กระบวนการ/มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย สถานะสุขภาพ ความพึงพอใจ การใช้บริการสุขภาพ และต้นทุน หรือกล่าวได้ว่าการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นที่ทับซ้อนกัน คือ ชุมชนทั้งหมด ระบบสุขภาพ และหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งจะต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญ 6 องค์ประกอบ คือ

1) ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน หน่วยบริการต้องเชื่อมโยงทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เช่น สถานที่ออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ และชมรมช่วยเหลือตนเอง

2) หน่วยบริการสุขภาพ โครงสร้าง เป้าหมาย และค่านิยมของหน่วยบริการสุขภาพ ต้องสนับสนุนการดูแลโรคเรื้อรัง

3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง หมายถึงการร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัว ในการจัดการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจติดตามด้วยตนเอง การตรวจวัดน้ำตาลในเลือด การชั่งน้ำหนัก และการใช้ยา

4) การออกแบบระบบการให้บริการ ต้องมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของการเวชปฏิบัติ มีการสร้างทีมงานดูแลผู้ป่วยที่มีการแบ่งงานอย่างชัดเจน และแยกระบบการดูแลโรคเรื้อรังที่มีการดูแลในระยะยาว

5) การสนับสนุนการตัดสินใจ ต้องมีคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์

6) ระบบข้อมูลทางเวชกรรม ระบบข้อมูลในคอมพิวเตอร์ เป็นสิ่งสำคัญใน 3 ประการ คือ ช่วยเป็นระบบยาเตือนหรือกระตุ้นให้แพทย์หรือบุคลากรอื่น ๆ ปฏิบัติตามคู่มือเวชปฏิบัติ เป็นข้อมูลป้อนกลับสำหรับแพทย์ และเป็นทะเบียนข้อมูลสำหรับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยบุคคล หรือกลุ่ม (วิโรจน์, 2550)

ดังนั้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของสังคมและชุมชนแบบองค์รวม ทั้งในเรื่อร่างกาย จิตใจ ทางสังคม และเศรษฐกิจพอเพียง รวมทั้งด้านปัญญา และจิตวิญญาณ นำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับความเข้าใจต่อชีวิตของประชาชนในชุมชน โดยเอาปัญหาและความต้องการของชุมชนเป็นตัวตั้ง เพื่อให้ชุมชนเกิดความตระหนักเข้ามามีส่วนร่วม และเกิดการพัฒนาจนสามารถพึ่งตนเองได้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ได้ดียิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

อดุลย์ บัณฑกุล. **คู่มือโรคเรื้อรัง**. กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์ฯ
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

นายศรี สุพรศิลป์ชัย และคณะ (2547). **การวิจัยปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรัง**. สืบค้นจาก
<http://kmnrct.nrct.go.th/healthstategic/pdf/2547/HealthProb/06h.pdf>,
26 กุมภาพันธ์ 2552

วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี (2550). **ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**. วารสารวิจัยระบบ
สาธารณสุข. ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มค.- มีค.2550

บันทึก

บทที่ 1

สถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรัง : โรคหัวใจและหลอดเลือด

1. สถานการณ์สุขภาพ

ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก เป็นภูมิภาคที่มีปัญหาโรคเรื้อรังที่สูงที่สุด ทั้งนี้จากการสำรวจพบว่า ในปี พ.ศ.2549 โรคเรื้อรังเป็นปัญหาที่รุนแรง และสถานการณ์มีแนวโน้มที่จะแย่ลงไปมากขึ้นในอนาคต คาดว่าในปี พ.ศ.2558 จะมีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 17 และเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังถึง 41 ล้านคนทั่วโลก จากการเสียชีวิตทั้งหมดประมาณ 64 ล้านคน ทั้งนี้จีนเป็นประเทศที่จะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวานในอีก 10 ปีข้างหน้าสูงถึง 5.58 แสนล้านดอลลาร์สหรัฐฯ เจ้าหน้าที่องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยกล่าวอีกว่า จากสภาวะปัญหาดังกล่าว องค์การอนามัยโลกได้ร่วมมือกับคณะกรรมการการเศรษฐกิจและสังคมสำหรับภูมิภาคเอเชีย และแปซิฟิกแห่งสหประชาชาติ หรือยูเนสแคป เข้ามาร่วมมือในการทำงาน โดยตั้งเป้าหมายที่จะลดการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังให้ได้อ้อยละ 2 หรือประมาณ 11 ล้านคนภายใน 10 ปี โดยเฉพาะในกลุ่มของผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 70 ปี รวมทั้งป้องกันการเสียชีวิตในประเทศยากจนและประเทศกำลังพัฒนา ในภูมิภาคนี้ให้ได้ถึงร้อยละ 80

สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ.2545 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรังประมาณร้อยละ 59 หรือประมาณ 245,000 ราย จากการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรในประเทศในปี พ.ศ.2545 ทั้งหมดประมาณ 419,000 ราย และจากการคาดการณ์พบว่า สถานการณ์ภาวะน้ำหนักเกินของคนไทยชายและหญิงอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ.2549 และในปี พ.ศ.2558 คาดว่าในปี พ.ศ.2549 ชายไทยมีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 34 และหญิงร้อยละ 47 ในอีก 10 ปีข้างหน้า ชายจะเพิ่มเป็นร้อยละ 35 และหญิงจะเพิ่มเป็นร้อยละ 57 (ไทยรัฐ : 2549)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดโครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (National Health Examination Survey IV) เพื่อศึกษาแนวโน้มปัญหาสุขภาพ และเป็นข้อมูลกำหนดนโยบายป้องกันและดูแลสุขภาพระดับประเทศ หลังจากสำรวจเมื่อปี พ.ศ.2534, 2539 และ 2547 พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โรคอ้วน เพิ่มจากร้อยละ 20 เป็น 25 และ 34 ตามลำดับ ส่วนโรคเบาหวาน เพิ่มจากร้อยละ 3.1 เป็น 8.1 และ 10.2

ส่วนการสำรวจครั้งล่าสุด พบโรคอ้วน 13 ล้านคน อ้วนลงพุง 12 ล้านคน เบาหวาน 3 ล้านคน ความดันโลหิตสูง 10 ล้านคน ไขมันในเลือดสูง 7 ล้านคน และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ในผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้นด้วย

โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุทำให้คนไทยเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30 นอกจากทำให้ประเทศสูญเสียรายได้จากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานและยังเป็นภาระด้านงบประมาณในการดูแลรักษาอย่างมาก แต่ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดกว่า 1 แสนราย หรือร้อยละ 25 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด ผู้ป่วยโรคหัวใจเสียค่าใช้จ่ายต่อปีเฉลี่ยคนละ 1 ล้านบาท โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง คนละประมาณ 7,000 - 19,000 บาท โรคหลอดเลือดสมองคนละประมาณ 10,000 - 200,000 บาท คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจปีละกว่า 1.5 หมื่นล้านบาท (หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน : 2551)

จากการสำมะโนประชากรและเคหะประจำปี พ.ศ.2543 ระบุว่า มีผู้นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 4.5 และจากการสำรวจศาสนสถาน (มัสยิด) จำนวน 3,295 แห่ง พบว่า ชุมชนมุสลิมมีการเจ็บป่วยไม่แตกต่างไปจากประชาชนในกลุ่มอื่นๆ โดยมีสาเหตุการตายอันดับ 1 ได้แก่ โรคหลอดเลือดและหัวใจ อันดับ 2 ได้แก่ โรคมะเร็ง ซึ่งทั้ง 2 โรค สามารถป้องกันได้หากมีการรักษาสุขภาพ ล่าสุดศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ(สสส.) ใช้เวลา 1 ปี 9 เดือน ดำเนินการศึกษาวิจัยพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่มีผลต่อการดำรงชีวิต และศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของชาวมุสลิมไทยอย่างจริงจัง เพื่อเป็นแนวทางสำหรับชุมชนอื่นๆ ผลวิจัยชุมชนมุสลิมใน 5 ภาคทั่วประเทศ จำนวน 13 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ตรัง เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง ตาก สงขลา ปัตตานี และนราธิวาส พบว่า แม้จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่จะมีขนาดเล็กถึง คือ มีสมาชิกครอบครัวละ 1-5 คน แต่ในภาคใต้กลับเป็นครอบครัวขนาดกลาง มีสมาชิก 6-10 คน ประเด็นที่น่าสนใจ คือ จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างในภาคใต้ตอนบนและตอนล่าง พบว่า ผู้ที่จบการศึกษาระดับ

ประถมศึกษาสูงถึงร้อยละ 46.52 และ 45.57 แต่มีผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 6.58 และ 6.81 เมื่อเทียบกับภาคอื่น ๆ โดยเฉพาะกรุงเทพฯ และภาคเหนือ ซึ่งมีมากถึง ร้อยละ 10.37 และ 15.21

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย พบว่า โรคที่มุสลิมไทยเป็นมากที่สุดเหมือนกันทุกภาค คือ โรคความดันโลหิตสูง ส่วนโรคเรื้อรังที่พบ อาทิ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หอบหืด กระดูก และข้อ วัณโรค ลมชัก มะเร็ง เอดส์ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้มุสลิมภาคใต้จะมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่าภาคอื่น ๆ ของประเทศ แต่จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการตัดสินใจไปรับบริการการรักษาพยาบาลจากแพทย์หรือสาธารณสุขนั้น ไม่แตกต่างกับภาคอื่นมากนัก นอกจากนี้ ยังพบว่า ในกรณีการเจ็บป่วยที่ไม่มีการนำส่งสถานพยาบาล มุสลิมในภาคใต้ตอนบนและภาคใต้ตอนล่าง จะมีวิธีการรักษาโรคที่แตกต่างจากมุสลิมในกรุงเทพฯ และภาคเหนือ คือ ใช้วิธีการรักษาแบบแพทย์แผนโบราณ หรือการใช้สมุนไพรในการบำบัดโรคสูงถึงร้อยละ 34.55 และ 32.43 ขณะที่กรุงเทพฯ และภาคเหนือ นิยมไปคลินิก ร้อยละ 42.70 และ 49.87 ส่วนความแตกต่างอื่น ๆ พบว่า มุสลิมในภาคใต้ตอนบนและตอนล่างปฏิบัติศาสนกิจสม่ำเสมอว่ากรุงเทพฯ และภาคเหนือ คือ มุสลิมภาคใต้ตอนล่างกว่าร้อยละ 97.32 ละหมาดครบทุกครั้งทุกวัน ขณะที่มุสลิมภาคใต้ตอนบน ภาคเหนือ กรุงเทพฯ มีร้อยละ 78.82, 66.75 และ 12.09 เช่นเดียวกับการถือศีลอดที่พบว่า สัดส่วน มุสลิมภาคใต้ตอนล่าง ภาคใต้ตอนบน ภาคเหนือ กรุงเทพฯ เป็นร้อยละ 97.21, 92.39, 81.22 และ 77.58

สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ครอบครัวมุสลิมภาคใต้มีสมาชิกอย่างน้อย 1-2 คน สูบบุหรี่ ซึ่งมากกว่าภาคอื่น ๆ นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ชาวมุสลิมทุกภาคสนใจที่จะดูแลสุขภาพโดยการออกกำลังกาย ตรวจสุขภาพประจำปี และรู้วิธีปฏิบัติตนเบื้องต้นเมื่อเกิดเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี (หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน : 2548)

เบาหวานเป็นอีกโรคหนึ่งที่คนไทยรู้จักดี พบร้อยละ 9.6 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ขึ้นไป และคนที่อยู่ในเมืองมีโอกาสเป็นโรคนี้มากกว่าคนในชนบท อุบัติการณ์เบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป และภาวะโรคอ้วนมีมากขึ้น

2. อัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย

โรคทางหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรทั่วโลก สหรัฐอเมริกาประชากรตายด้วยโรคหัวใจอันดับ 1 สูงถึงร้อยละ 58 ตามมาด้วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 18 ข้อมูลทางระบาดวิทยาจากต่างประเทศ ประมาณว่า อัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วโลก จะเพิ่มขึ้นจาก 14 ล้านคนในปี ค.ศ.1990 เป็น 25 ล้านคนในปี ค.ศ.2020 โดยส่วนใหญ่จะเพิ่มขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา ส่วนในประเทศในแถบเอเชีย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและสูงกว่าโรคหัวใจหลายเท่า เช่น ในจีน ญี่ปุ่น เกาหลี มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยในประเทศจีน การตายจากหลอดเลือดสมองสูงกว่าหลอดเลือดหัวใจถึง 3 เท่า โดยประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง และเบาหวาน รวมสูงถึงปีละกว่า 85,000 รายหรือวันละ 236 คน ผู้เสียชีวิตเหล่านี้ล้วนมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และ

ได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะความดันโลหิตสูง ไชมันเลือดสูง หรือเบาหวาน อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองของคนไทยในปี 2542 สูงมากเป็นอันดับ 3 ในผู้ชาย และเป็นอันดับ 1 ในผู้หญิง มีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดในประเทศไทยพบมากกว่า 40,000 คนต่อปี และยิ่งสูงขึ้นทุกปีอีกด้วย ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่า ผู้เป็นโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตหรือมีความพิการเป็นภาระแก่สังคมและครอบครัว และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาระยะยาวสูง

โรคหัวใจและหลอดเลือดยังเป็นสาเหตุที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ โดยพบในเพศหญิงถึง 23.3 ต่อประชากร 100,000 ราย จากสถิติผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดอายุ 40-59 ปี ในปี พ.ศ.2547-2549 พบว่ามีสัดส่วนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์ยะลา คิดเป็นร้อยละ 28.49, 29.89 และ 30.78 ตามลำดับ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของโรคมักมีความสัมพันธ์กับปัจจัยบางประการที่สำคัญได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ความเครียด การมีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งภาวะหมดประจำเดือน เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม โรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถป้องกันได้โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลสูง การจัดการความเครียด รวมทั้งการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคได้นั้น จะต้องมีความเชื่อว่าตนเองเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นต้องมีความรุนแรง มีผลกระทบ และเป็นอันตรายต่อชีวิต รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ช่วยลดความรุนแรงของโรค และต้องรับรู้ว่ามีอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความอาย เสียเวลา เป็นต้น (สุจิตรา เหมวิเชียร และคณะ : 2550)

ในช่วงปี พ.ศ.2544-2548 โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประเทศไทย สาเหตุที่สำคัญเกิดจากการเสื่อมของผนังหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดแดงเกิดการแข็งตัว (Atherosclerosis) ส่งผลโดยตรงต่อการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงที่อวัยวะสำคัญของร่างกาย ได้แก่ หัวใจ สมอง ไต และอวัยวะส่วนปลายอื่นๆ สิ่งสำคัญคือ โรคหัวใจและหลอดเลือดทำให้เกิดโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยและการตายอันดับแรกของประเทศ ซึ่งได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ/อุดตัน หรือหัวใจขาดเลือด (Coronary heart disease / Ischaemic heart disease) และโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ ความดันโลหิตสูง (Hypertension), ไชมันในเลือดสูง (hypercholesterolaemia), การสูบบุหรี่ (Cigarette smoking), เบาหวาน (Diabetes mellitus), อ้วน (Obesity) นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจสู่ระบบทุนนิยม ก่อให้เกิดภาวะความเครียดในสังคมซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนการเกิดโรสดังกล่าว

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สำคัญ พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ได้มีการศึกษาอัตราชุกของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ในชุมชนเมืองในกรุงเทพมหานคร เมื่อปี พ.ศ.2527 เป็นครั้งแรกพบอัตราความชุก 690 ต่อประชากร 100,000 คนที่มีอายุเกิน 20 ปี จากการศึกษาต่อมาพบว่าเกิดจากโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 70

จากสถิติของประเทศไทย ปี พ.ศ.2544 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในอัตรา 24.5 ต่อประชากร 100,000 คน และในปี พ.ศ.2545 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในอัตรา 26.6 ต่อประชากร 100,000 คน

จากการศึกษาของพุฒิพงศ์ ภูทอง (2548) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือไขมันในเลือดสูง พบร้อยละ 71.4 ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ พบได้ร้อยละ 6.3-29.5 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเสี่ยงที่พบไขมันในเลือดสูงมากขึ้น หรืออาจเกิดจากการศึกษาที่แตกต่างกัน ในการศึกษาของพุฒิพงศ์ ภูทอง (2548) ได้กำหนดค่าของ cholesterol สูงกว่า 200 mg/dl และหรือ triglyceride สูงกว่า 200 mg/dl และ/หรือ LDL สูงกว่า 130 mg/dl ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันมีหลักฐานว่าภาวะดังกล่าว เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ แต่จากการศึกษาพบว่า โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในผู้ป่วยอายุน้อยพบไขมันในเลือดสูงถึงร้อยละ 66.2

ความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ จากการศึกษานี้ของพุฒิพงศ์ ภูทอง (2548) พบร้อยละ 64.4 จากรายงานอื่นๆ พบได้ร้อยละ 3.7-71.1 ดังนั้นการตรวจและควบคุมความดันโลหิตอย่างเหมาะสมน่าจะลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองได้ ทั้งยังเป็นการตรวจรักษาที่ไม่ยุ่งยาก ทำให้ได้ประโยชน์ที่คุ้มค่าต่อความสูญเสียจากโรคหลอดเลือดสมองได้ดี

จากการศึกษาของพุฒิพงศ์ ภูทอง (2548) พบโรคเบาหวานได้ร้อยละ 41.3 ใกล้เคียงกับการศึกษาจากรายงานอื่นที่พบได้ร้อยละ 8.6-39.7 โรคหัวใจพบร้อยละ 13.8 รายงานอื่นพบร้อยละ 3.5-20.9 ประวัติโรคหลอดเลือดสมองพบร้อยละ 8 รายงานอื่นพบร้อยละ 12.0-23.6

จะเห็นได้ว่าปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน มีความแตกต่างกันไปในการศึกษาต่างๆ กัน ทั้งนี้อาจเกิดจากความแตกต่างของปัจจัยต่างๆ เช่น การแบ่งชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ชนชาติ วิถีชีวิต การแบ่งอายุ การเก็บรวบรวมข้อมูล และการกำหนดคำนิยามที่แตกต่างกันไป ดังนั้นจึงคงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การศึกษาของพุฒิพงศ์ ภูทอง (2548) พบผู้ป่วยหญิงมากกว่าชาย ไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยที่สุดในเพศชาย และเพศหญิง โดยพบภาวะไขมันในเลือดสูงในเพศหญิงพบบ่อยกว่าเพศชาย

อย่างไรก็ตามเนื่องจากการศึกษาเป็นแบบย้อนหลัง ทำให้มีข้อจำกัดสำคัญบางอย่าง เช่น ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน การสูบบุหรี่ ความอ้วน การกินยาคุมกำเนิด การดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจมีความสำคัญทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากมักมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่าหนึ่งอย่าง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาค้นคว้ากันต่อไปในอนาคต

3. สถานการณ์สุขภาพหัวใจและหลอดเลือดในชุมชนไทย (ฉายศรี และคณะ, 2545)

สถานการณ์และแนวโน้มของสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดและปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มโรคที่พบบ่อยดังนี้

3.1 ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการก่อเกิดโรค การดำเนินโรค และการตาย

โดยสรุป จากปัจจัยเสี่ยงทั้งในส่วนของการก่อเกิดโรค การดำเนินโรค และการเพิ่มโอกาสตายในระดับบุคคลในชุมชนไทยข้างต้น สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลสรุปความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่างๆ กับการเกิด การดำเนินโรค และการตายของกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญในระดับบุคคลของคนไทย

ปัจจัยเสี่ยง	โรคหลอดเลือดสมอง			ความดันโลหิตสูง			โรคหัวใจขาดเลือด			หัวใจและหลอดเลือดในภาพรวม		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
ภาวะความดันโลหิตสูง	++++	++++	+++	0	0	0	+++	+++	+++	0	0	+++
ภาวะไขมันผิดปกติ	0	+	0	0	0	0	++	0	+++	0	0	+++
ภาวะเบาหวาน/ภาวะดื้อต่ออินซูลิน	0	0	0	0	++	0	+++		+++	0	0	+++
ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน	0	0	0	0	0	0	+++	0	0	0	0	++
บริโภคยาสูบ	0	0	0	0	0	0	+++	0	0	0	0	+++
ความเครียดกังวล	0	0	0	0	0	0	++	0	0	0	0	0
ไม่ออกกำลังกาย	0	0	0	0	0	0	++	0	0	0	0	0
บริโภคอาหารไขมัน	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0

หมายเหตุ :

- ‘+’ หมายถึง เป็นไปได้ที่มีความสัมพันธ์
- ‘++’ หมายถึง มีความสัมพันธ์น้อย (relative risk < 2)
- ‘+++’ หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง (relative risk 2-4)
- ‘++++’ หมายถึง มีความสัมพันธ์มาก (relative risk >4)
- ‘-’ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์
- ‘0’ หมายถึง ไม่รู้ไม่แน่ใจ ไม่มีข้อมูล
- ‘A’ หมายถึง การเกิดโรค
- ‘B’ หมายถึง การดำเนินโรค
- ‘C’ หมายถึง การตาย

3.2 ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการระบาดของโรค

สถานการณ์โรค และปัจจัยเสี่ยงการก่อเกิดโรคทั้งในระดับบุคคลและประชากร ดังนี้

1) สัดส่วนประเภทของกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการตายของประเทศไทยพบว่า เป็นกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองและความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มหลัก

2) ประเทศไทยจุดเริ่มต้นของการระบาดที่อัตราการตายน้อยกว่าห้าสิบต่อแสนประชากร และมีการเพิ่มขึ้นของโรคอย่างรวดเร็วมากกว่าสองเท่าภายในระยะเวลา 22 ปีที่ผ่านมา จึงเป็นไปได้ว่าปฏิสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต และโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป น่าจะเป็นตัวแปรหลักของการเพิ่มการเกิดโรคและการมีของโรคในชุมชน

3) ความสัมพันธ์ต่อการก่อเกิดโรคระดับบุคคลในชุมชน พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีอยู่มีลักษณะแตกต่างทั้งตัวปัจจัย สัดส่วนและน้ำหนักของปัจจัยต่อการเกิดโรคในประชากร ซึ่งจะมีลักษณะเกิดจากหลายปัจจัย เป็นกลุ่มปัจจัยมากกว่าหนึ่งหรือสองปัจจัย และพบว่าการมีอยู่ของปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยในคนเดียวกันจะเพิ่มความเสี่ยงที่สูงขึ้นอย่างชัดเจน

จากการวิเคราะห์สามารถแบ่งกลุ่มปัจจัยเสี่ยงออกเป็นสองกลุ่มคือ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ดังนี้

- ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ : สัดส่วนร้อยละของโครงสร้างอายุประชากร สัดส่วนร้อยละของเพศ และร้อยละการกระจายของพันธุกรรม เผ่าพันธุ์ ฯลฯ ตามลำดับ

- ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่

- 1) สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงสำคัญและแนวโน้มของชุมชน : ภาวะความดันโลหิตสูง การบริโภคยาสูบ สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตสู่วิถีชีวิตนั่งๆ นอนๆ บริโภคเกินไม่ได้สัดส่วน (เกลือโซเดียม, ไขมัน ฯลฯ) ภาวะอ้วน ภาวะเบาหวาน ภาวะไขมันผิดปกติ ความเครียด และบริโภคแอลกอฮอล์ปริมาณสูง

- 2) ความเป็นเมืองที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

- 3) การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม เช่น โอกาสซื้อที่เพิ่มขึ้นจากรายได้ที่เพิ่มขึ้น ช่องว่างระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคม ความยากจน การเข้าถึงการดูแล ประกันสุขภาพ การลดลงของเครือข่ายสังคม ฯลฯ

- 4) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมที่สำคัญและมีผลต่อการจัดการดูแลตนเองพื้นฐาน และใช้บริการการป้องกัน

4. สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยง (Risk Marker) ของประชากรไทยตามวัยและแนวโน้ม

- 1) โครงสร้างประชากร : โดยคาดว่าใน พ.ศ.2563 ประชากรจะเพิ่มอีกไม่เกิน 12 ล้านคน ขณะที่พบว่าโครงสร้างประชากรมีการเคลื่อนของประชากรวัยเด็กเข้าสู่วัยแรงงาน และผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและเป็นโรคมากกว่า 13 ล้านคน (วัยทำงาน 7 ล้านกว่าคน และวัยผู้สูงอายุ 6 ล้านคน) จะเห็นว่าแนวโน้มของผู้ที่จะมีความเสี่ยงสูงและเป็นโรคจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากสัดส่วนโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปในยี่สิบปีข้างหน้า

- 2) ความเป็นเมือง : พบว่าสถานการณ์ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต ภาวะเบาหวานและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ความชุกของน้ำหนักเกินและอ้วนและค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก/เส้นรอบวงเอว ความชุกของภาวะคอเลสเตอรอลสูงและค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอล พบสถานการณ์ในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล (ในทุกตัวแปร)

5. สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตสู่วิถีชีวิตนั่ง ๆ นอน ๆ บริโภคเกิน

5.1 การขาดการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่เพียงพอ

การเคลื่อนไหวร่างกายหรือกิจกรรมทางกาย (Physical Activities) หมายถึงการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งถ้าได้กระทำสม่ำเสมอจะเป็นพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพ และมีผลต่อการป้องกันโรคที่สำคัญต่อไปนี้คือ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เส้นเลือดในสมองตีบ (ischemic stroke) โรคกระดูกพรุน ในผู้สูงอายุ กระดูกหักง่ายอันเนื่องมาจากการหกล้มในผู้สูงอายุ และโรคอ้วน นอกจากนี้ยังลดความเสี่ยงจากโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ โรคซึมเศร้าและวิตกกังวล กิจกรรมทางกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกายนี้ ไม่จำกัดเฉพาะการออกกำลังกายเท่านั้น แต่รวมถึงการเคลื่อนไหวในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วย โดยการสำรวจสุขภาพพหุอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 แบ่งกิจกรรมทางกายเป็น 3 ลักษณะด้วยกัน คือ

- **กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวกับการทำงาน (work-related physical activity)** โดยประเมินจากอิริยาบถส่วนใหญ่ที่ใช้ในการทำงาน เช่น ยืน นั่ง หรือเดิน และประเภทของงานที่ทำ โดยดูจากลักษณะการออกแรงในการทำงาน ร่วมกับระยะเวลาที่ใช้ในการทำงาน (เป็นชั่วโมงและนาที) ต่อวัน และจำนวนวันต่อสัปดาห์ โดยพิจารณารวมทั้งงานที่ก่อให้เกิดรายได้และไม่เกิดรายได้

- **กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวกับการเดินทางในชีวิตประจำวัน** เช่น การเดินทางไปทำงาน ไปซื้อของ ไปจ่ายตลาด ไปทำธุระต่าง ๆ โดยให้ความสำคัญกับการเดินทางที่ใช้การเดินหรือการขี่จักรยานเป็นเวลาตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไป ส่วนการเดินทางโดยวิธีอื่น ๆ เช่น การขับรถยนต์ไปโดยสารยานพาหนะอื่น ๆ ไป ไม่รวมอยู่ในกิจกรรมทางกายด้านนี้ โดยพิจารณาร่วมกับระยะเวลาที่ใช้เดินหรือขี่จักรยานไปในแต่ละวัน และเป็นจำนวนวันต่อสัปดาห์

- **กิจกรรมทางกายในเวลาว่างจากการทำงาน** กิจกรรมเหล่านี้เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายในเวลาที่ไม่นอกเหนือเวลาทำงานและการเดินทาง เช่น การนอนดูโทรทัศน์ การนั่ง ๆ นอน ๆ อ่านหนังสือ การทำสวน หรือการออกกำลังกายทั้งอย่างหนัก เช่น เต้นแอโรบิก การวิ่ง เล่นเทนนิส และการออกกำลังกายปานกลาง เช่น เดินเร็ว ๆ ว่ายน้ำ ฯลฯ

จากการสำรวจที่ผ่านมาพบว่า ประชาชนส่วนหนึ่งมีการเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวันไม่เพียงพอ มีการสำรวจพฤติกรรมด้านนี้เป็นข้อมูลตัวแทนอยู่บ้าง ปี พ.ศ.2539-2540 พบความชุกของการเคลื่อนไหวออกกำลังกายในคนวัยทำงาน ประมาณร้อยละ 20 เท่านั้นที่เพียงพอมากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ และร้อยละ 12.94 ที่เคลื่อนไหวออกกำลังกาย 2-4 ครั้งต่อสัปดาห์

ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพพหุอนามัยประชาชนระดับจังหวัดครั้งที่ 3 พ.ศ.2544 และการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีถึงร้อยละ 35.6-75.8 ที่ไม่ได้ออกกำลังกายเลย ส่วนที่ออกกำลังกายเป็นประจำ มีเพียงร้อยละ 21-24 เท่านั้น ในขณะที่ปี 2546 ได้มีข้อมูลการสำรวจโดยกองออกกำลังกาย กระทรวงสาธารณสุขออกมาว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายได้พอเพียงมีจำนวนเฉลี่ยร้อยละ 24.4 ส่วนการออกแรงกายในช่วง 7 วันที่ผ่านมา มีร้อยละ 55.4 ซึ่งเป็นข้อมูลที่บ่งชี้ว่าเวลาผ่านไป 2 ปี จำนวนคนไทยที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอแทบไม่ได้เพิ่มขึ้นเลย

จากการสำรวจในช่วงปี พ.ศ.2546-2547 พบว่า ชายอายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 21 ที่มีกิจกรรมทางกายที่จัดว่าไม่เพียงพอหรืออยู่ในระดับต่ำ และในหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 24 โดยสัดส่วนที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอนี้ เพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น ในภาพรวมประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับที่เพียงพอ ซึ่งอาจเนื่องมาจากเกณฑ์การวัดที่รวมกิจกรรมทางกายทั้งงานที่ทำประจำวัน การเดินทาง และการใช้เวลาว่างเข้าด้วยกัน และในประชากรส่วนใหญ่ซึ่งอยู่ในภาคเกษตรกรรม กิจกรรมทางกายจากการทำงานก็จะอยู่ในระดับที่เพียงพออยู่แล้ว

5.2 การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate diet)

อาหารที่บริโภคมีความสำคัญต่อสภาวะสุขภาพ การศึกษาในอดีตพบว่าผักและผลไม้มีผลในด้านเป็นปัจจัยคุ้มครอง (protective factor) ต่อโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) โรคหลอดเลือดในสมอง (stroke) มะเร็งปอดและมะเร็งของทางเดินอาหาร จากผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบและการทำ meta-analysis ของกลุ่มที่ศึกษาภาวะโรคขององค์การอนามัยโลก โดยวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ พบว่าถ้าบริโภคผักและผลไม้เพิ่มขึ้นได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จะลดภาวะโรคของโรคหัวใจขาดเลือด โรคเส้นเลือดในสมองตีบได้ประมาณร้อยละ 31 และ 19 ตามลำดับ ลดการเจ็บป่วยและการตายจากโรคมะเร็งกระเพาะอาหารร้อยละ 19 มะเร็งหลอดอาหารร้อยละ 20 มะเร็งปอดร้อยละ 12 และมะเร็งลำไส้ใหญ่ร้อยละ 2

จากรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยครั้งที่ 1-4 (พ.ศ.2503-2538) พบว่า ปริมาณสารอาหารที่คนไทยได้รับเฉลี่ยต่อคนใน 1 วัน พบมีแนวโน้มการรับประทานปริมาณพลังงาน อาหารไขมันและโปรตีนจากเนื้อสัตว์ในปริมาณที่สูงขึ้น ขณะที่ปริมาณพลังงานทั้งหมดที่รับเข้าไปเป็นที่ยอมรับได้และไม่ต่างกันระหว่างเมืองและชนบท แต่สัดส่วนการรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตมีแนวโน้มลดลง โดยพบพื้นที่ภาคกลางและภาคใต้สูงกว่าภาคอื่นและสูงกว่าข้อเสนอแนะที่ให้บริการเล็กน้อยในผลการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย พ.ศ.2538 และคนในเมืองโดยเฉลี่ยรับประทานอาหารไขมันและโปรตีนจากสัตว์มากกว่าคนในชนบท

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2546-2547 สามารถสรุปสถานการณ์การบริโภคผักผลไม้ของคนไทย ได้ดังนี้

➢ ประชากรชายและหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป ยังบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณต่อวันไม่ถึงเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ร้อยละ 80 ในประชากรชาย และร้อยละ 76 ในประชากรหญิง)

➢ ในภาพรวมเพศหญิงจะบริโภคผักและผลไม้มากกว่าชาย และในทั้งสองเพศปริมาณการบริโภคจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น

➢ ชายจะบริโภคผักและผลไม้โดยเฉลี่ยประมาณ 268 กรัมต่อวัน และหญิงบริโภค 283 กรัมต่อวัน ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ตั้งไว้ 400 กรัมต่อวัน

➢ ช่ายและหญิงนอกเขตเทศบาลบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณต่อวันที่น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าประชากรในเขตเทศบาล ประชากรในกรุงเทพฯ มีความชุกของการบริโภคที่ไม่ได้มาตรฐานนี้ต่ำกว่าในภาคอื่นๆ

➢ ช่ายและหญิงในเขตสาธารณสุขที่ 5 (จังหวัดมหาสารคาม สุรินทร์ นครราชสีมา) บริโภคผักและผลไม้ต่อวันต่อคนน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานคิดเป็นสัดส่วนสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับเขตสาธารณสุขอื่นๆ คือ ร้อยละ 90 ในช่าย และร้อยละ 87 ในหญิง

นอกจากนี้ ในการสำรวจสถานการณ์การบริโภคเครื่องปรุงรสจากการสำรวจการบริโภคอาหารประจำวันพบว่า คนไทยบริโภคเกลือเป็นเครื่องปรุงรสเพิ่มขึ้น จากหลักฐานต่างๆ ตั้งแต่ พ.ศ.2505-2536 และในปี พ.ศ.2538 ถ้าคิดรวมเกลือทั้งจากอาหารและจากเครื่องปรุงรสจะได้เกลือเฉลี่ยวันละ 20.8 กรัม (สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานองค์การอนามัยโลก 3.5 เท่า)

เฉพาะในเด็กก่อนวัยเรียนในการสำรวจปี พ.ศ.2538 ได้รับพลังงานเฉลี่ยร้อยละ 98.2 ของปริมาณที่ควรได้รับและได้รับใกล้เคียงกันทั้งในเขตเมืองและชนบท แต่เริ่มมีสัญญาณการบริโภคพลังงานเกินมากในเขตภาคเหนือที่ได้รับพลังงานเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 100 ของปริมาณที่ควรได้รับ ส่วนสัดส่วนของอาหารพบว่ามีสัดส่วนการกระจายตัวของพลังงานของคาร์โบไฮเดรต โปรตีน อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม แต่มีสัดส่วนของพลังงานไขมันมากกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 30 ของพลังงานรวม) และพบว่าไม่มีความแตกต่างในเขตเมืองและชนบท และพบว่าการบริโภคน้ำตาลเฉลี่ย 23.9 กรัม โดยพบว่าเขตชนบทบริโภคน้ำตาลมากกว่าเขตเมือง แต่เขตเมืองบริโภคน้ำอัดลมมากกว่าชนบท ถึง 2 เท่า และภาคกลางบริโภคสูงสุดทั้งน้ำตาลและน้ำอัดลมขณะที่ภาคเหนือบริโภคน้อยสุด

5.3 ภาวะความดันโลหิตสูง

โดยที่ “ภาวะความดันโลหิตสูง” เป็นทั้งโรคและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของกลุ่มโรคหัวใจ และหลอดเลือดสำหรับชุมชนไทยในปัจจุบัน ในระยะ 6 ปีที่ผ่านมาพบว่า การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงแม้ว่าจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นเล็กน้อยแต่สถานการณ์ยังคงเป็นปัญหายู่มาก ที่สำคัญพบว่าแนวโน้มของความชุกของปัจจัยเสี่ยงหลักๆ ที่สำคัญต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วใน 15 ปีมานี้ ทั้งภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่เพิ่มขึ้นจาก ‘0’ เป็นมากกว่าร้อยละ 20 ปริมาณการรับประทานเกลือโซเดียมหรือเกลือแกงที่มากกว่ามาตรฐานที่ยอมรับขององค์การอนามัยโลก ถึง 3.5 เท่า ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้นกว่าเดิมโดยเพิ่มในกลุ่มเบียร์เกือบ 6 เท่า และสุรา 1.4 เท่า รวมทั้งสถานการณ์ความเครียดในประชากรอายุ 12-60 ปีขึ้นไป อยู่ในเกณฑ์สูง (ร้อยละ 67.6)

จากการศึกษาในประชากรการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย พบว่า ความดันโลหิตที่สูงขึ้น จะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือด 1.3 เท่า ทุกๆ 10 มิลลิเมตรปรอทของความดันตัวบนที่สูงขึ้น และ 1.5 เท่าทุกๆ 5 มิลลิเมตรปรอทของความดันล่างที่สูงขึ้นในเวลา 12 ปี โรคความดันเลือดสูงเกิดจากหลายสาเหตุด้วยกัน ได้แก่ พันธุกรรม การนอนกรน ได้รับยาบางประเภท ต่อการเพิ่มความดันเลือด เช่น ยาคุมกำเนิด ยาสเตียรอยด์ โรคไตบางชนิด หลอดเลือดแดงใหญ่ตีบตัว ภาวะผนังหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว โรคของต่อมไทรอยด์ ปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ ความอ้วน

การออกกำลังกาย อาหาร การดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคเกลือ การสูบบุหรี่ ความเครียด ปัจจัยทางจิตใจและสังคมที่มีผลต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ความเครียดในชีวิตเรื้อรัง ความซึมเศร้าและกังวล บุคลิกภาพ ความมั่งร่ำรวยผู้อื่นและความโกรธ สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ การสนับสนุนทางสังคม การโดดเดี่ยวทางสังคม

การป้องกันรักษาโรคความดันเลือดสูง ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ควรปรับเปลี่ยน เช่น การรับประทานอาหารประเภทพืช ผัก ธัญพืช เนื้อสัตว์ในปริมาณน้อย ไขมันต่ำ น้ำตาลต่ำ ลดการรับประทานเกลือโซเดียมหรือเกลือแกง ทำอาหารเองที่บ้านแทนการซื้อหรือรับประทานอาหารนอกบ้าน การลดน้ำหนักและควบคุมน้ำหนัก การมีกิจกรรมทางกายและออกกำลังกาย งดดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด เป็นต้น

5.4 การบริโภคยาสูบ

เป็นปัจจัยการก่อเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญหลายโรค การสำรวจในระดับประเทศหลายครั้งพบว่า อัตราและจำนวนการสูบบุหรี่ในประชากรไทยลดลงอย่างชัดเจน แต่ตั้งแต่ปี พ.ศ.2539 เป็นต้นมาพบว่ามีแนวโน้มการชะลอตัวของการลดลงของร้อยละของผู้สูบบุหรี่ ขณะที่จำนวนผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

จากการศึกษาในปี พ.ศ.2549 พบว่าเพศชายสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิงเกือบ 20 เท่า และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนร้อยละของผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันและสูบบุหรี่ประจำพบว่า ในกลุ่มที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันซึ่งในชายมีร้อยละ 49.1 และหญิงมีร้อยละ 2.7 นั้นเป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ประมาณร้อยละ 90 ในทั้งสองเพศ โดยกลุ่มที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีความชุกของการสูบบุหรี่มากที่สุดในกลุ่มอายุ 30-59 ปี จากนั้นก็ค่อยๆ ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ในหญิงที่สูบบุหรี่เป็นประจำกลับมากขึ้นเมื่อสูงวัยขึ้น จากข้อมูลการสำรวจครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าหญิงในวัย 60-79 ปี มีสัดส่วนของการสูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่าหญิงในกลุ่มอื่นๆ

ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไป คือร้อยละ 49 และที่สูบบุหรี่เป็นประจำหรือสูบบุหรี่ทุกวันมีร้อยละ 46 หรือประมาณร้อยละ 90 ของประชากรชายที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันคือผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ผู้ชายที่สูบบุหรี่มากที่สุดคือกลุ่มอายุ 30-59 ปี

- ปริมาณบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวันในผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำคือ 12 มวนในชาย และ 8 มวนในหญิง
- กลุ่มอายุน้อยในปัจจุบันทั้งชายและหญิงจะเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุมากในขณะนี้ กล่าวคือในหญิงที่อายุ 15-29 ปี จะมีอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มสูบบุหรี่ 16 ปี แต่ในกลุ่มหญิงอายุ 30-44 ปี ในขณะนี้จะเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 22 ปีโดยเฉลี่ย
- ผู้ชายที่อยู่นอกเขตเทศบาลสูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่ากลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาล แต่ผู้หญิงในเขตเทศบาลสูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่าหญิงที่อยู่นอกเขตเทศบาล เช่นเดียวกับปริมาณที่สูบบุหรี่ต่อวันที่หญิงในเขตเทศบาลสูบบุหรี่ในปริมาณที่มากกว่านอกเขตเทศบาล
- หญิงในภาคเหนือและชายในภาคใต้สูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่าภาคอื่นๆ ชายในกรุงเทพฯ สูบบุหรี่เป็นประจำน้อยกว่าทุกภาค แต่หญิงในกรุงเทพฯ สูบบุหรี่มากเป็นที่สองรองจากหญิงในภาคเหนือ

แต่เมื่อเทียบปริมาณการสูบบุหรี่ในกลุ่มที่สูบบุหรี่เป็นประจำ พบว่าชายและหญิงในภาคใต้และกรุงเทพฯ จะสูบบุหรี่ในปริมาณที่มากกว่าภาคอื่น โดยชายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและหญิงในภาคเหนือ สูบบุหรี่ในปริมาณน้อยที่สุด ถึงแม้ว่าจะมีสัดส่วนผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำค่อนข้างสูงก็ตาม (สถานการณ์สุขภาพ ประเทศไทย, 2549)

การศึกษาในพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่จะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 2.2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่

5.5 ภาวะเบาหวาน

โรคแทรกซ้อนที่สำคัญของเบาหวานถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมากต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง เพราะผู้ป่วยเบาหวานจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและสมองสูงกว่าคนทั่วไป การศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองสูงถึงร้อยละ 46 เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน (ร้อยละ 42) และมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติถึง 4 เท่า จากการศึกษาในประชากรการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย พบว่า ผู้เป็นเบาหวานมีอัตราเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดมากกว่าผู้ไม่เป็นเบาหวาน 3.3 เท่า จากทุกสาเหตุในผู้ป่วยเบาหวาน เมื่อเทียบกับผู้ไม่เป็นเบาหวานจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น นั่นหมายถึงผู้ป่วยเบาหวานในประเทศทางเอเชียแปซิฟิกที่อายุน้อย (น้อยกว่า 60 ปี) มีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากกว่าอายุมาก (มากกว่า 75 ปี)

การวัดระดับน้ำตาลในเลือดในการสำรวจประชากรไทยปี พ.ศ.2539-2540 พบความชุกของภาวะเบาหวาน (โดยใช้เกณฑ์ระดับน้ำตาลในเลือด 126 มิลลิกรัม % ขึ้นไป) ในกลุ่มประชากรแรงงานร้อยละ 4.4 โดยมีความชุกสูงขึ้นตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น และยังพบความชุกสูงสุดในกรุงเทพมหานครร้อยละ 6.1 จากการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก คาดว่าในปี พ.ศ.2568 ความชุกของเบาหวานในชุมชนไทยจะมีค่าเท่ากับร้อยละ 3.7 (ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 140 มิลลิกรัม% ขึ้นไป) และจำนวนผู้เป็นโรคจะเพิ่มขึ้นถึงสองเท่าของในปัจจุบัน

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย ความชุกของเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยพบความชุกสูงสุดที่กลุ่มอายุ 60 ถึง 69 ปี กรุงเทพฯ มีความชุกสูงกว่าในเขตภูมิภาค และกลับพบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานในกรุงเทพฯ ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษามีความใกล้เคียงกับส่วนภูมิภาคอื่นๆ ซึ่งโดยสภาพเศรษฐกิจและสังคมรวมถึงความง่ายในการเข้าถึงสถานพยาบาลน่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานในกรุงเทพฯ ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในสัดส่วนที่สูงกว่านี้

สำหรับกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานหรือสภาวะก่อนอาการเบาหวาน (pre-diabetes) มีความชุกในประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 15.4 และประชากรหญิงร้อยละ 10.6 ความชุกนี้เพิ่มมากตามอายุ โดยพบในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขต และในกรุงเทพฯ พบมากที่สุด (สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย, 2549)

จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก และยังพบในคนอายุน้อย ซึ่งความเสี่ยงจะเพิ่มสูงขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของดัชนีมวลกาย ภาวะมีน้ำตาลในเลือดสูงและโรคอ้วน ขาดการออกกำลังกาย บริโภคอาหารไม่เหมาะสม สูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ข้อมูลจากงานวิจัยพบว่าเบาหวานสามารถป้องกันหรือทำให้เกิดโรคช้าลงได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต การศึกษาในต่างประเทศให้ผลการศึกษาดังกล่าว การปรับเปลี่ยนแผนชีวิตสามารถลดโอกาสเกิดโรคเบาหวานลงได้ถึงร้อยละ 58 โดยมาตรการที่ใช้ คือ

- 1) การลดน้ำหนักตัวลงจากเดิมอย่างน้อยร้อยละ 5
- 2) บริโภคอาหารประเภทไขมันไม่เกินร้อยละ 30 โดยเป็นไขมันชนิดอิ่มตัวไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด เพิ่มการบริโภคใยอาหารให้ได้อย่างน้อย 15 กรัมต่อพลังงาน 1,000 กิโลแคลอรี เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ นมและเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ น้ำมันพืชที่มีไขมันไม่อิ่มตัวประเภท monosaturated fatty acid สูง
- 3) ออกกำลังกายระดับปานกลางให้ได้อย่างน้อย 30 นาทีทุกวัน เช่น เดินเร็ว อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ ข้อมูลสรุปจากงานวิจัยเชิงทดลอง พบว่าการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตมีผลลดการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ที่มีความเสี่ยง และยังลดโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้มากกว่าการฉายยา

5.6 ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ไขมันจากอาหารมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดค่อนข้างสูง โดยมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของไขมันในเลือดที่เรียกว่า “คอเลสเตอรอล” ได้มาจากการสังเคราะห์เองภายในร่างกายและจากอาหาร ปัจจัยเสี่ยงจากคอเลสเตอรอล ได้แก่ ระดับคอเลสเตอรอล (Total cholesterol) สูง Low density lipoprotein cholesterol (LDL-C) สูง ระดับ high density lipoprotein cholesterol (HDL-C) ต่ำ และระดับ triglyceride (TG) สูง

แม้ว่าจะมีการศึกษานำร่องเกี่ยวกับประเภทของไขมันผิดปกติต่างๆ ในกลุ่มประชากรและชุมชนย่อยหลายชุมชน แต่การศึกษาดิตตามสถานการณ์ภาวะไขมันผิดปกติในระดับประเทศพบว่ามีการศึกษาเฉพาะไขมันคอเลสเตอรอล

จากการศึกษาของ InterAsia Collaborative Group พบว่าคนไทยกว่า 4 ล้านคนมีระดับไขมันผิดปกติ การศึกษาของ Stamler J และคณะ ซึ่งรวบรวม 3 cohort study ใหญ่ ๆ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดกับอุบัติการณ์และอัตราการตายของโรคหัวใจและหัวใจขาดเลือดในผู้ชาย อายุ 18-39 ปี จำนวน 81,488 ราย พบว่าคนที่มี TC ณ 200 มก./ดล. เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และมีอัตราการตายจากโรคหัวใจมากกว่าคนที่ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดปกติ และพบว่าผู้ป่วยเพศชายมีอัตราการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการที่คอเลสเตอรอลในเลือดลดลงร้อยละ 1 สามารถลดอัตราการตายเกิดจากโรคหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 2 จากการศึกษาในพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยพบว่าระดับ TC ที่สูงขึ้นไม่ได้เพิ่มอัตราเสี่ยงของการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่ทุก ๆ ระดับ HDL-C ที่สูงขึ้น 0.2 mmol/l จะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ

และหลอดเลือดลดลงประมาณ 30 ส่วน LDL-C และ TG ยังไม่มีข้อมูลที่สรุปได้ในคนไทย (สุภาพรณ และคณะ, 2546) (สุรกิจ และคณะ, 2547)

5.7 ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

โรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวานชนิดที่ 2 ไขมันในเลือดผิดปกติ โรคข้อเสื่อม ตลอดจนโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ในประเทศไทย จากข้อมูลสำรวจของกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ.2529 และ 2538 พบว่าโรคอ้วนมีอัตราเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ โดยกลุ่มอายุระหว่าง 40-49 ปี เป็นกลุ่มที่มีอัตราการเพิ่มของโรคอ้วนสูงสุด และพบในเขตเมืองมากกว่าชนบท ผลกระทบของโรคอ้วนกับปัญหาด้านสุขภาพ จากหลายการศึกษาพบว่า คนที่มีดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคอ้วน จะมีอัตราการตาย และอัตราการเกิดโรคภัยไข้เจ็บที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนสูงกว่าคนไม่อ้วน

ปัญหา สาเหตุและปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคอ้วน ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอ้วน คือ พันธุกรรม เพศหญิงมีแนวโน้มอ้วนได้มากกว่าเพศชาย ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การรับประทานอาหาร (กินอาหารบุฟเฟต์ ปริมาณมากขึ้น กินขนมขบเคี้ยว อาหารขยะ อาหารจานด่วน ด้วยกลยุทธ์การตลาด หรือผลจากการโฆษณา อาหารเหล่านี้หาซื้อได้ง่าย สะดวก และราคาไม่แพงมาก ขณะที่ผู้บริโภคยังขาดความรู้และความเข้าใจในการเลือกบริโภค) การดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการมีกิจกรรมออกแรงกายที่เพียงพอ เป็นต้น นอกจากนี้การกระจายตัวของไขมันในร่างกายยังเป็นปัจจัยสำคัญ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด

1. อ้วนลงพุง ไขมันจะสะสมหน้าท้อง สัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. อ้วนแบบสตรี ส่วนใหญ่ไขมันสะสมใต้ผิวหนังบริเวณสะโพก

ในปี พ.ศ.2534 พบผู้มีน้ำหนักเกินกว่าปกติร้อยละ 16.7 (ค่า BMI อยู่ระหว่าง 25.1-30) และภาวะอ้วนร้อยละ 4.0 (ค่า BMI เกิน 30 ขึ้นไป) โดยที่เพศหญิงมีภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินในสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย และผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลมีภาวะอ้วนมากกว่าผู้ที่อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาล และสูงขึ้นตามอายุด้วย ซึ่งสอดคล้องกับทั้งการสำรวจในปี พ.ศ.2539-2540 ที่พบว่ากลุ่มวัยทำงาน ภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นตามอายุ และจากผลการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2529 และครั้งล่าสุด (พ.ศ.2538) ความชุกของน้ำหนักเกินและอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกกลุ่มอายุของประชากรอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป

ประเด็นที่น่าสนใจได้แก่ เมื่อใช้เกณฑ์มาตรฐานการเติบโตของเด็กไทยของกระทรวงสาธารณสุขในการตรวจสอบสถานะสุขภาพอนามัยในปี พ.ศ.2539-2540 พบว่าร้อยละ 10.2 ของเด็กในเขตเทศบาลและร้อยละ 6.4 ของเด็กนอกเขตเทศบาลมีรูปร่างท้วม ร้อยละ 16.9 ของเด็กในเขตเทศบาลและร้อยละ 8.6 ของเด็กนอกเขตเทศบาลมีรูปร่างอ้วน ซึ่งยืนยันจากผลการสำรวจก่อนหน้านี้จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยในปีล่าสุด (พ.ศ.2538) ที่พบสถานการณ์ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนพบสูงถึงร้อยละ 17.7 และร้อยละ 39 ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และอายุ 5-19 ปี

นอกจากนี้ ถ้าใช้เกณฑ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคของความเสื่อมรวมทั้งกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ในคนวัยทำงานจะพบความชุกถึงร้อยละ 12.6 ขณะเดียวกันพบค่ารอบเอวเฉลี่ยของคนไทยเท่ากับ 79.0 + 56.5 เซนติเมตร และพบสถานการณ์ในเขตเทศบาลมีค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอวสูงกว่านอกเขตเทศบาลในทุกภาค

5.8 ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

1) การบริโภคแอลกอฮอล์ปริมาณปานกลางและสูง จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ.2539-2540 พบว่า สัดส่วนประชากรวัยแรงงานที่บริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เท่ากับ ร้อยละ 33.67 โดยเพศชายดื่มมากกว่าเพศหญิงสูงกว่าเกือบ 3 เท่า

การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 ปี พ.ศ.2546-2547” ซึ่งดำเนินการสำรวจโดยสำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย สรุปได้ดังนี้ คือ ผู้ที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลยในรอบปีที่ผ่านมา มีร้อยละ 65 ในหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป และมีเพียงร้อยละ 27 ในชายวัยเดียวกัน โดยชายอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 16.6 และหญิงร้อยละ 2.1 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายชายและหญิงในเขตเทศบาลดื่มในระดับอันตรายมากกว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาล หญิงในกรุงเทพฯ มีความชุกของการดื่มในระดับอันตรายมากกว่าภาคอื่นๆ และชายในภาคเหนือมีการดื่มในระดับอันตรายมากกว่าในภาคอื่นๆ คือ ชาย 51.8 กรัม/วัน และหญิง 7.9 กรัม/วัน สำหรับการดื่มอย่างหนักในครั้งเดียว (binge drinking) พบว่ามีมากที่สุดในชายอายุ 15-29 ปี ประมาณ 13 ครั้งในรอบ 12 เดือน หรือเดือนละประมาณ 1 ครั้ง และในชายที่เคยดื่มสุราทุกกลุ่มอายุมีร้อยละ 57 ที่เคยดื่มอย่างหนักในครั้งเดียวมาแล้ว และในหญิงที่ดื่มสุรา มีร้อยละ 19 ที่เคยดื่มอย่างหนักในครั้งเดียว โดยในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของกลุ่มที่ดื่มอย่างหนักมากกว่านอกเขตเทศบาล ชายในภาคกลางที่ดื่มสุรามีสัดส่วนของผู้ที่ดื่มอย่างหนักในครั้งเดียว มากกว่าภาคอื่นๆ ทั้งหมด แต่ในหญิงคือกลุ่มที่อยู่ในกรุงเทพฯ นอกจากนี้ในทุกเขตสาธารณสุขจะมีความชุกของผู้ที่ดื่มอย่างหนักในครั้งเดียวมากกว่าร้อยละ 50 ในเพศชายและมากกว่าร้อยละ 10 ในเพศหญิงที่ดื่มสุราในรอบปีที่ผ่านมาโดยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มมากที่สุด ในทั้งชายและหญิง คือ เบียร์ รองลงมาคือวิสกี้

2) ภาวะเครียด ตัวชี้วัดและการวัดระดับความเครียดที่ก่อเกิดโรคและปัจจัยด้านรูปแบบจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดเพื่อใช้ในการติดตามสถานการณ์ของความเครียดในชุมชนไทยยังมีปัญหาอยู่มากทำให้ไม่สามารถดูสถานการณ์แนวโน้มที่ชัดเจนได้

สรุปได้ว่าปัจจุบันและอนาคตอันใกล้ ชุมชนไทยกำลังถอยสู่การระบอบอย่างกว้างขวางของการระบาดของกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดนำไปสู่ภาวะทั้งการตาย ป่วย และพิการ โดยมีโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือด เป็นสาเหตุนำ และมีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด รองลงมาได้แก่ การบริโภคยาสูบ การบริโภคอาหารเกินและไม่ได้สัดส่วน การขาดการเคลื่อนไหวออกกำลังกายที่เพียงพอ และสพปัจจัยหรือปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเสื่อมของหลอดเลือด (ที่สำคัญ : ภาวะเบาหวาน, ภาวะอ้วน, ภาวะไขมันผิดปกติ

และความเครียด ตามลำดับ) ทั้งนี้ ร่วมกับมีตัวชี้วัดที่มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่เป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยส่งเสริมการเกิดและระบาดของโรคหลายปัจจัย ได้แก่ การเคลื่อนไหวของสัดส่วนประชากรที่จะสูงมากขึ้นในวัยทำงานและสูงอายุ ความเป็นเมือง ฯลฯ การดำเนินโรคพบว่าความสัมพันธ์ของการตายจะพบในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 3 ปัจจัยขึ้นไป จากงานวิจัยพบว่าผู้ร่วมรณรงค์ป้องกันโรคหัวใจเพศชายมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าเพศหญิง ในปัจจัยเสี่ยง คือ อายุการสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ในขณะที่เพศหญิงมีปัจจัยที่สูงกว่า คือ ภาวะอ้วนลงพุง impaired fasting glucose มากกว่าเพศชาย ส่วนภาวะไขมันในเลือดสูงใกล้เคียงกัน (สุวารี, 2544)

6. ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องของโรคหัวใจและหลอดเลือด

สรุปปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ความดันเลือดสูง ไขมันเลือดสูง การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย ความอ้วน และเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้สามารถปรับแก้ได้ และหากลดปัจจัยเสี่ยงหลักนี้ลง จะสามารถลดการป่วยและการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดแข็งได้กว่าร้อยละ 80-90 กรอบแนวคิดความเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วยปัจจัยปลายทาง ได้แก่ สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคม ที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยเสี่ยงต้น เช่น ภาวะเศรษฐกิจ สภาพสังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง หรือสูบบุหรี่มาก ด้านการส่งเสริมการตลาดก็อาจทำให้มีการบริโภคอาหารมากเกินไป และนำไปสู่ภาวะหลอดเลือดแข็งตัว และหลอดเลือดหัวใจและสมองตีบ

7. การประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรค

การที่จะประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค หรือเสียชีวิตจากหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงลำพังคงไม่เหมาะสมนัก เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีความแตกต่างกันมากในแต่ละประเทศ แต่ละเชื้อชาติ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่นอีกมาก การประเมินปัจจัยเสี่ยงรวมทำให้ทราบความเสี่ยงที่จะเกิดหรือเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด จึงเป็นแรงจูงใจที่สำคัญให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสเสี่ยง และทำให้เห็นได้ชัดเจนว่าถ้าปรับเปลี่ยนแล้วความเสี่ยงจะลดลงมากน้อยแค่ไหน เช่น ถ้าหยุดสูบบุหรี่ได้ ความเสี่ยงจะลดลงจากร้อยละ 8 ลดลงเหลือร้อยละ 4 เป็นต้น วิธีประเมินความเสี่ยงรวมอย่างง่ายและเหมาะสมสำหรับคนไทยในปัจจุบันเป็นการใช้ระบบ SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) ซึ่งเป็นแผนภูมิเพื่อประเมินความเสี่ยงรวมของการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดและหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า

เอกสารอ้างอิง

- ไทยรัฐรายวัน (14 กุมภาพันธ์ 2549). **เตือนภัย ‘โรคเรื้อรัง’ คุกคามเอเชีย**. สืบค้นจาก http://www.azooga.com/content_detail.php?cno=270 เมื่อ 16 ก.พ.2552
- มติชนรายวัน (23 มิถุนายน 2548 หน้า 10). **สำรวจพบโรคเรื้อรังมีอัตราเสี่ยงเพิ่มขึ้น 3 เท่า อ้วน เบาหวาน หลอดเลือดพุ่ง! ตายแล้วกว่าแสนราย**. สืบค้นจาก <http://www.thaihealth.or.th/node/4426> 16 ก.พ. 2552
- ชุดโครงการโรคหัวใจและหลอดเลือด ชุดที่ (2549), **สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด**, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, กรุงเทพมหานคร
- ชุดโครงการโรคหัวใจและหลอดเลือด ชุดที่ (2549), **การประเมินและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงรวมในโรคหัวใจและหลอดเลือด**, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, กรุงเทพมหานคร
- ชุดโครงการโรคหัวใจและหลอดเลือด ชุดที่ 4 (พ.ค.2549), **โรคหลอดเลือดสมอง สถานการณ์ และปัจจัยเสี่ยง**, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, กรุงเทพมหานคร
- ชุดโครงการโรคหัวใจและหลอดเลือด ชุดที่ 1 (พ.ค.2549), **เบาหวาน สถานการณ์ปัจจุบัน 1**, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, กรุงเทพมหานคร
- ชุดโครงการโรคหัวใจและหลอดเลือด ชุดที่ 3 (พ.ค.2549), **ภาวะความดันเลือดสูง กับโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง**, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, กรุงเทพมหานคร
- ชุดโครงการโรคหัวใจและหลอดเลือด ชุดที่ 5 (เม.ย.2549), **อาหาร และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด**, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, กรุงเทพมหานคร
- ชุดโครงการโรคหัวใจและหลอดเลือด ชุดที่ 6 (พ.ค.2549), **สถานการณ์โรคอ้วนในผู้ใหญ่**, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, กรุงเทพมหานคร
- ชุดโครงการโรคหัวใจและหลอดเลือด ชุดที่ 7 (พ.ค.2549), **การส่งเสริมการเคลื่อนไหวออกแรงกาย**, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, กรุงเทพมหานคร
- กองบรรณาธิการ, **ทำอย่างไรให้คนไทยออกกำลังกายกันมากขึ้น**, จดหมายข่าว มสช., ปีที่ 3 ฉบับที่ 5 เดือน กันยายน-ตุลาคม 2547 หน้า 6-7
- นายศรี สุพรศิลป์ชัย, นพ.กันต์ เชิญรุ่งโรจน์ และนาวาเอกพิรวัสส์ ประดิษฐ์วณิช (2545). **รายงานผลการวิจัยโครงการย่อยที่ 8 เรื่อง โรคหัวใจและหลอดเลือดภายใต้ ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพคนไทย**. ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประเภทวาระการวิจัยแห่งชาติ ในภาวะวิกฤติเพื่อฟื้นฟูชาติ ประจำปี พ.ศ.2542 สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
- เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และคณะ (2549). **ความดันโลหิตสูงในคนไทย.สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย**, สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ปีที่ 2 ฉบับที่ 16 กันยายน 2549
- เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และคณะ (2549). **โรคเบาหวานในคนไทย**, สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ปีที่ 2 ฉบับที่ 17 ตุลาคม 2549

- เยาวรัตน์ ปรีกษ์ขาม และคณะ (2549). การบริโภคผักผลไม้ของคนไทย, สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ปีที่ 2 ฉบับที่ 15 สิงหาคม 2549
- เยาวรัตน์ ปรีกษ์ขาม และคณะ (2549). การเคลื่อนไหวร่างกายของคนไทย, สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ปีที่ 2 ฉบับที่ 14 กรกฎาคม 2549
- เยาวรัตน์ ปรีกษ์ขาม และคณะ (2549). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนไทย, สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ปีที่ 2 ฉบับที่ 13 มิถุนายน 2549
- สุรกิจ นาพทิสวรรณ และคณะ (2547). อัตราการควบคุมระดับไขมันในเลือดผิดปกติในโรงพยาบาลระดับการรักษาแบบตติยภูมิ. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล ; 14(3) : 181-90
- สุภาพรณ ตันตราชีวร และคณะ (2546). คอเลสเตอรอลกับโรคหัวใจขาดเลือด. วารสารโภชนาบำบัด 14(3) : 157-166
- สุวารี ศิริเจริญแสง. ปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ร่วมโครงการณรงค์ป้องกันโรคหัวใจ โรงพยาบาลระยอง ปี พ.ศ.2543. วารสารวิชาการการแพทย์ เขต 8, 9 ; 2 (พ.ค.-ส.ค.2544) : 45-58
- ชุดโครงการหัวใจและหลอดเลือด ชุดที่ 7(2549). การส่งเสริมการเคลื่อนไหวออกแรงกาย. มุมนิธิสารธารณสุขแห่งชาติและ สกว.
- ชุดโครงการหัวใจและหลอดเลือด. การประเมินและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงรวมในโรคหัวใจและหลอดเลือด. มุมนิธิสารธารณสุขแห่งชาติและ สกว.มปป.
- สุจิตรา เหมวิเชียร และคณะ (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน. สงขลานครินทร์เวชสาร 25; 5 (ก.ย.-ต.ค.2550) 379-388
- พุดิพงศ์ ภูทอง (2548). ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี 30; 1 (ม.ค.-เม.ย. 2548) 31-34

บทที่ 2

สถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรัง : โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ต้องใช้เวลารักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในปี พ.ศ.2538 มีจำนวน 135 ล้านราย และเพิ่มขึ้นเป็น 171 ล้านราย ในปี พ.ศ.2543 และคาดว่าในปี พ.ศ.2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 366 ล้านราย โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาและประเทศแถบเอเชีย สำหรับประเทศไทย พบว่าในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา คนไทยต้องเผชิญกับโรคอ้วนและโรคเบาหวานที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งนอกจากกรรมพันธุ์จะเป็นปัจจัยที่สำคัญแล้ว วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปก็ยังเป็นปัจจัยอีกประการหนึ่งที่เป็นสาเหตุของโรคดังกล่าว อุตการณ์ของโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ.2539-2540 พบอัตราความชุกของโรคเบาหวาน เท่ากับร้อยละ 4.4 และในปี พ.ศ.2543 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.6 ในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปหรือมีจำนวน 1.54 ล้านราย และคาดว่าในปี พ.ศ.2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2.74 ล้านราย โดยความชุกของโรคเบาหวานในเขตเมืองสูงกว่าเขตชนบท และพบความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น คนที่อายุเกิน 65 ปี ป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 18

เบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหัวใจ และอุบัติการณ์เกิดเบาหวานในคนไทยพบได้มากกว่าคนตะวันตก ทำให้ความสำคัญของเบาหวานต่อการเกิดโรคหัวใจในคนไทยนั้นมากกว่าชาติตะวันตก จากการที่เราได้รับอิทธิพลจากตะวันตกมากขึ้น ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป นอกจากนั้น กรรมพันธุ์ก็เป็นสาเหตุสำคัญของเบาหวานที่พบในคนไทยและคนไทย ซึ่งคนไทยพบโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มากกว่าคนตะวันตก และเกิดเร็วกว่าด้วย เช่น ในคนตะวันตกจะพบเบาหวานประมาณช่วงอายุ 50-60 ปี แต่คนไทย อายุ 30-40 ปี ก็พบเป็นเบาหวานแล้ว สำหรับประเทศไทยและประเทศทางเอเชียนั้นผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 99 เป็นเบาหวานประเภทที่ 2 ในขณะที่ประเทศทางยุโรปและอเมริกา มีผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานประเภทที่ 2 เพียงร้อยละ 85 การรักษาโรคเบาหวานประเภทที่ 1 และประเภทที่ 2 มีความแตกต่างกันทั้งทางด้านอาหารที่รับประทาน การดูแลสุขภาพและยาที่ใช้

คำตอบที่ได้ในขณะนี้ คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมือนคนปกติสามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนของเบาหวานได้ ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยเบาหวานจึงอยู่ที่การควบคุมอาหารเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีระดับใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด ถ้าสามารถบรรลุเป้าหมายนี้ได้ ผู้ป่วยเบาหวานก็จะมีชีวิตยืนยาวเหมือนคนปกติ สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ดังนั้นการดูแลสุขภาพเบาหวานจึงจำเป็นต้องมีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ต้องอาศัยทีมงานและต้องอาศัยความพยายามของตัวผู้ป่วยเอง กล่าวคือ ผู้ป่วยก็ต้องเป็นสมาชิกของทีมงานในการควบคุมเบาหวานด้วย

ในบทนี้ได้ทำการศึกษาดำรงเอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมเนื้อหาในหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดโรคเบาหวานและการรักษา
2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
3. การถือศีลอดและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม

แนวคิดโรคเบาหวาน

ความหมาย

เบาหวาน คือ ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดซึ่งได้จากอาหารไปใช้ตามปกติ (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2550)

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดค่าระดับน้ำตาลในเลือดของคนปกติ และเกณฑ์ที่ถือว่าเป็นโรคเบาหวานไว้ดังนี้

คนปกติ

- มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเข้า (fasting plasma glucose) ไม่เกิน 100 mg/dl
- มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง ไม่เกิน 140 mg/dl

เกณฑ์ที่ถือว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน

- ผู้ที่มีระดับน้ำตาลก่อนรับประทานอาหารเข้าตั้งแต่ 126 mg/dl ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป
- หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดไม่ว่าจะเป็นเวลาใดเกิน 200 mg/dl ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน
- ทำการทดสอบความทนต่อระดับน้ำตาลกลูโคส วิธีทำ OGTT

สาเหตุและโอกาสที่ทำให้เป็นเบาหวาน

สาเหตุของโรคเบาหวาน เกิดจากความผิดปกติของเบต้าเซลล์ ที่อยู่บริเวณฮิสเลทออฟแลนเกอร์แฮน (Islet of Langerhan) ในตับอ่อนทำให้เกิดการหลั่งอินซูลินไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย หรืออินซูลินมีมากพอแต่ไม่สามารถออกฤทธิ์บริเวณเนื้อเยื่อได้ ร่างกายจึงไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ ยังผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นในระยะเริ่มแรกเมื่อเกิดความไม่สมดุลร่างกายของจะปรับตัวเองโดยอัตโนมัติ และยังไม่แสดงอาการออกมา จนกว่าความไม่สมดุลนี้มีมากเกินกว่าความสามารถในการปรับตัวของร่างกายจะทำได้ จึงจะค่อย ๆ แสดงอาการของโรคเบาหวานออกมา ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวานได้อีกหลายประการ เช่น

ความอ้วน เนื่องจากในคนอ้วนเนื้อเยื่อต่างๆ ในร่างกายมีการตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินลดน้อยลง อินซูลินจึงไม่สามารถพาน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อได้ดีเช่นเดิม จึงมีน้ำตาลส่วนเกินอยู่ในกระแสเลือด

สูงอายุ ตับอ่อนจะสังเคราะห์ และหลั่งฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยลง ในขณะที่ได้รับน้ำตาลเท่าเดิม จึงมีน้ำตาลส่วนเกินในกระแสเลือด

ตับอ่อนได้รับความกระทบกระเทือน เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรังจากการดื่มสุรามากเกินไป หรือตับอ่อนบอบช้ำจากการประสบอุบัติเหตุ ซึ่งมีความจำเป็นต้องผ่าตัดเอาตับอ่อนบางส่วนออก สำหรับในคนที่มีความโน้มเอียงจะเป็นเบาหวานอยู่แล้ว ปัจจัยดังกล่าวนี้จะช่วยชักนำให้อาการของเบาหวานแสดงออกเร็วขึ้น

การติดเชื้อบางชนิด เช่น คางทูม หัดเยอรมัน

ยาบางชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้

การตั้งครรภ์ เนื่องจากฮอร์โมนหลายชนิดที่รกสังเคราะห์ขึ้นมีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน

ประเภทของเบาหวาน

โรคเบาหวานสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ชนิดใหญ่ๆ ได้แก่

1. เบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes)

เป็นชนิดที่พบได้น้อยแต่มีความรุนแรงและอันตรายสูง มักพบในเด็กและคนอายุต่ำกว่า 25 ปี ผู้ป่วยเบาหวานประเภทนี้ร่างกายจะขาดอินซูลินโดยสิ้นเชิง เนื่องจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ เมื่อไม่มีอินซูลินร่างกายก็ไม่สามารถจะนำน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อเพื่อเผาผลาญให้เกิดพลังงาน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ยังผลให้เกิดอาการปัสสาวะบ่อยและจำนวนมาก คอแห้ง กระหายน้ำ น้ำหนักลด

อ่อนเพลีย เมื่อร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลมาใช้เป็นพลังงานได้ ร่างกายจะมีการสลายไขมัน และโปรตีนมาใช้เป็นพลังงานทดแทน ซึ่งกระบวนการสลายไขมันจะได้สารคีโตน โดยมีฤทธิ์เป็นกรด และเป็นพิษต่อร่างกายออกมาด้วย เมื่อมีสารคีโตนในเลือดมากๆ จะทำให้เกิดภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตน เมื่อหายในออกมาจะมีกลิ่นเหมือนผลไม้ มีอาการหายใจหอบลึก ชีพจรเต้นเร็ว ผิวหนังแห้งและอุ่น คลื่นไส้ อาเจียนปวดท้อง ระดับความรู้สึกตัวลดลง อาจจะนำไปสู่การหมดสติได้ ภาวะนี้สามารถหลีกเลี่ยงได้คือต้องฉีดอินซูลินทุกวันตามคำแนะนำของแพทย์

2. เบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 Diabetes)

เป็นชนิดที่พบได้ในคนทั่วไป มีความรุนแรงน้อย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดนี้มักมีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และคนที่อ้วนมากเกินไปจะเป็นโรคนี้ได้ง่าย นอกจากนี้กรรมพันธุ์ยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคนี้อย่างมาก ผู้ที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานก็มีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานชนิดนี้ได้มากด้วย อาการที่เกิดขึ้นมีได้ตั้งแต่ไม่แสดงอาการเลย แต่ตรวจพบโดยบังเอิญ หรือมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปจนถึงขั้นรุนแรง ดับอ่อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดนี้สร้างอินซูลินไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้มีน้ำตาลเหลือใช้ จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือดและอวัยวะต่าง ๆ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดนี้หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง น้ำตาลในเลือดจะสูงเรื่อย ๆ เนื่องจากน้ำตาลเข้าเนื้อเยื่อไม่ได้ และโปรตีนก็ถูกสลายมาสร้างเป็นน้ำตาลมากขึ้นที่ตับ น้ำตาลที่สูงในเลือดจะทำให้ผู้ป่วยเสียน้ำมาก และเกิดภาวะขาดน้ำ ไตทำงานลดลง ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอีกเพราะขับออกจากร่างกายไม่ได้ ภาวะการรับรู้จะลดลงเรื่อย ๆ ในที่สุดอาจจะหมดสติ และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ภาวะนี้เรียกว่า โคมาจากน้ำตาลในเลือดสูงมาก

ดังนั้นไม่ว่าเป็นเบาหวานประเภทใด ก็มีโอกาสดังกล่าวหมดสติได้ทั้งสิ้น หากไม่ควบคุมระดับน้ำตาลให้ดี ซึ่งอาจเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของเบาหวานประเภทที่ 1 และประเภทที่ 2

ประเด็น	เบาหวานประเภทที่ 1	เบาหวานประเภทที่ 2
กลุ่มอายุ	มักเกิดในคนที่มีอายุน้อยกว่า 40	มักเกิดในคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปี
น้ำหนักตัว	ผอม	อ้วน
การทำงานของตับอ่อน	ไม่สามารถผลิตอินซูลินได้	ยังสามารถผลิตอินซูลินได้บ้าง หรือผลิตได้เพียงเล็กน้อย หรือเป็นปกติ แต่ประสิทธิภาพของอินซูลินลดลง
อาการแรกพบ	มักเกิดอาการรุนแรง	อาจมีอาการเล็กน้อย รุนแรงหรือไม่มีอาการเลยก็ได้
การรักษา	จำเป็นต้องใช้อินซูลินฉีด	อาจควบคุมอาหารอย่างเดียวโดยไม่จำเป็นต้องใช้อินซูลิน หรือใช้ยาปรับระดับน้ำตาลหรือบางรายอาจต้องใช้อินซูลินฉีดด้วย

3. เบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติอื่นๆ (other specific types)

ได้แก่ ความบกพร่องทางพันธุกรรมที่ทำให้เบตาเซลล์ของตับอ่อนทำหน้าที่ผิดปกติ ความบกพร่องของพันธุกรรมที่ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ผิดปกติ โรคของตับอ่อน เช่น ตับอ่อนอักเสบ มะเร็งตับอ่อน ตับอ่อนถูกตัด ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ การติดเชื้อไวรัส การได้รับยาหรือสารเคมีบางชนิด โรคทางภูมิคุ้มกัน และกลุ่มอาการของโรคทางพันธุกรรม

4. เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetic mellitus)

เป็นเบาหวานที่เกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ เนื่องจากการตั้งครรภ์ส่งผลให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่สร้างจากรก อันเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน

อาการ

อาการของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มักพบบ่อยๆ คือ

- ปัสสาวะบ่อย มีปริมาณมาก
- คอแห้ง กระหายน้ำ และดื่มน้ำมาก
- น้ำหนักลดลง ผอมลง
- หิวบ่อย และรับประทานจุ

ผู้ที่มีอาการบางอย่างดังกล่าว ควรได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้แน่ใจว่าเป็นเบาหวานหรือไม่

บุคคลที่อยู่ในข่ายที่มีโอกาสเป็นเบาหวาน ถึงแม้ว่ายังไม่มีอาการ ได้แก่ผู้ที่มีประวัติดังนี้

- อายุมากกว่า 45 ปี
- อยู่ในเกณฑ์ที่ถือว่าอ้วน (ในคนเอเชียใช้ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัม/เมตร²)
- บุคคลที่มีประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน
- เคยคลอดบุตรน้ำหนักแรกเกิดเกิน 4 กิโลกรัม หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน

ขณะตั้งครรภ์

- มีประวัติความดันโลหิตสูง
- มีประวัติไขมันในเลือดผิดปกติ
- เคยตรวจพบมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าคนปกติ แต่ยังไม่เข้าข่ายเบาหวาน
- มีประวัติโรคหลอดเลือดเสื่อม
- มีประวัติติดเชื้อบ่อยๆ หายๆ บริเวณผิวหนัง ระบบสืบพันธุ์ หรือระบบปัสสาวะ

หากผู้ใดอยู่ในข่ายของผู้ที่มีโอกาสเป็นเบาหวาน ควรหมั่นตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเข้าทุก 6-12 เดือน เพื่อให้แน่ใจว่าเป็นเบาหวานหรือไม่

การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในที่นี่จะเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เท่านั้น ปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานมีหลายอย่าง และมีน้ำหนักในการก่อให้เกิดโรคแตกต่างกัน การประเมินความเสี่ยงจำเป็นต้องนำปัจจัยส่วนใหญ่หรือทั้งหมดเข้ามาใช้ร่วมกัน วิธีการประเมินความเสี่ยงของโรคเบาหวานมี 2 แนวทาง คือ

1. การประเมินความเสี่ยงในช่วงเวลานั้น โดยใช้แบบประเมินหรือเกณฑ์ประเมิน

ความเสี่ยงซึ่งได้มาจากการศึกษาชนิดตัดขวาง (prevalence หรือ cross-sectional study) ให้ตรวจคัดกรองโดยการเจาะเลือดวัดระดับน้ำตาลในผู้ที่มีความเสี่ยง จึงจะมีโอกาสสูงที่จะตรวจพบว่าเป็นโรคเบาหวาน (prevalent case) การประเมินความเสี่ยงรูปแบบนี้ ใช้สำหรับตรวจคัดกรอง (screening) เพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยังไม่มีอาการและให้การรักษาได้ตั้งแต่วัยเริ่มแรก (รายละเอียดดูจากแนวทางการคัดกรองและการวินิจฉัยโรคเบาหวาน)

2. การประเมินความเสี่ยงเพื่อป้องกันโรค โดยใช้เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงซึ่งได้มา

จากการศึกษาไปข้างหน้า (cohort หรือ incidence study) เพื่อทำนายผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเบาหวานในอนาคต (incident case) ซึ่งต่างจากแนวทางแรกที่ประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวานในช่วงเวลานั้น (prevalent case) ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด incident diabetes นี้สมควรได้รับการตรวจคัดกรองหาโรคเบาหวานก็จริง แต่มีโอกาสตรวจพบว่าเป็นโรคได้น้อยกว่าผู้ที่มีความเสี่ยงสูงชนิด prevalent diabetes อย่างไรก็ดีถึงแม้ว่าตรวจคัดกรองแล้ว ยังไม่เป็นโรคเบาหวาน แต่บุคคลนั้นมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคเบาหวานในอนาคตได้สูงกว่าธรรมดา จึงสมควรให้การป้องกัน ลดปัจจัยเสี่ยงที่มีอยู่ในปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีดำเนินชีวิต (lifestyle intervention หรือ lifestyle modification) สามารถชะลอหรือป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตได้ โดยการออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที และการควบคุมอาหาร จนทำให้น้ำหนักตัวลดลงได้ประมาณร้อยละ 6 สามารถลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน (incident diabetes) ได้ถึงร้อยละ 40-60 (คุณภาพหลักฐานระดับ 1, น้ำหนักคำแนะนำ ++)

สำหรับในประเทศไทย แนวทางการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานชนิดทำนายนี้มีข้อมูลจากการศึกษาในคนไทยโดยวิธี cohort study ซึ่งศึกษาปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่สามารถประเมินได้ง่ายด้วยแบบสอบถามโดยไม่ต้องเจาะเลือดตรวจและทำได้ในระดับชุมชน แล้วนำข้อมูลมาคำนวณเป็นคะแนน (risk score) สามารถใช้ทำนายความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานในอนาคต (ในอีก 12 ปีข้างหน้า) ได้แม่นยำในคนไทยการประเมินนี้จึงน่าจะนำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อประเมินความเสี่ยงในประชากรไทยได้ (น้ำหนักคำแนะนำ ++) แนวทางดังกล่าวใช้คะแนนจากการสอบถามและตรวจร่างกาย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และคะแนนความเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยง	คะแนนความเสี่ยง Diabetes risk score
อายุ	
☞ 34 – 39 ปี	0
☞ 40 – 44 ปี	0
☞ 45 – 49 ปี	1
☞ ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป	2
เพศ	
☞ หญิง	0
☞ ชาย	2
ดัชนีมวลกาย	
☞ ต่ำกว่า 23 กก./ม. ²	0
☞ ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป แต่ต่ำกว่า 27.5 กก./ม. ²	3
☞ ตั้งแต่ 27.5 กก./ม. ² ขึ้นไป	5
เส้นรอบเอว	
☞ ผู้ชายต่ำกว่า 90 ซม. ผู้หญิงต่ำกว่า 80 ซม.	0
☞ ผู้ชายตั้งแต่ 90 ซม. ขึ้นไป, ผู้หญิงตั้งแต่ 80 ซม. ขึ้นไป	2
ความดันโลหิตสูง	
☞ ไม่มี	0
☞ มี	2
ประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ หรือ น้อง)	
☞ ไม่มี	0
☞ มี	4

เมื่อนำคะแนนของแต่ละปัจจัยเสี่ยงมารวมกัน คะแนนจะอยู่ในช่วง 0–17 คะแนน รายละเอียดของการแปลผลคะแนนความเสี่ยงที่ได้ต่อการเกิดโรคเบาหวาน และข้อแนะนำเพื่อการปฏิบัติปรากฏในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การแปลผลคะแนนความเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และข้อแนะนำ

ผลรวมคะแนน	ความเสี่ยงต่อเบาหวานใน 12 ปี	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิดเบาหวาน	ข้อแนะนำ
เท่ากับหรือน้อยกว่า 2	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อย	1/20	- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ - ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม - ตรวจวัดความดันโลหิต - ควรประเมินความเสี่ยงซ้ำทุก 3 ปี
3 - 5	ร้อยละ 5 - 10	เพิ่มขึ้น	1/12	- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ - ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม - ตรวจความดันโลหิต - ควรประเมินความเสี่ยงซ้ำทุก 1-3 ปี
6 - 8	ร้อยละ 11 - 20	สูง	1/7	- ควบคุมอาหารและออกกำลังกายสม่ำเสมอ - ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม - ตรวจความดันโลหิต - ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด - ควรประเมินความเสี่ยงซ้ำทุก 1-3 ปี
มากกว่า 8	มากกว่าร้อยละ 20	สูงมาก	1/3-1/4	- ควบคุมอาหารและออกกำลังกายสม่ำเสมอ - ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม - ตรวจความดันโลหิต - ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด - ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด - ควรประเมินความเสี่ยงซ้ำทุก 1 ปี

โดยสรุป แนวทางการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานสำหรับประเทศไทย ใช้ได้ทั้ง 2 วิธี การประเมินความเสี่ยงเพื่อตรวจหาผู้ป่วยเบาหวานในช่วงเวลานั้น (prevalent case screening) จะช่วยให้ค้นหาผู้ป่วยเบาหวานและให้การรักษาได้ในระยะเริ่มแรก ส่วนการประเมินความเสี่ยงเพื่อตรวจกรองหาผู้ป่วยเบาหวานในอนาคต (incident case screening) นอกจากจะช่วยค้นหาผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวานในอนาคต และให้การป้องกันไม่ให้เกิดโรคเบาหวานแล้วยังช่วยให้ตรวจพบผู้ที่เป็นเบาหวานโดยไม่มีอาการและให้การรักษาแต่เนิ่นๆ ได้อีกด้วย วิธีหลังนี้น่าจะมีประโยชน์สำหรับป้องกันและรักษาโรคเบาหวานในประชากรไทยระดับชุมชน

การป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2

American Diabetes Association (ADA) Recommendation ปี ค.ศ.2004 ได้กำหนดให้ผู้ที่มีความดันน้ำตาลแบบส่ม (fasting plasma glucose, FPG) ในเลือดสูงกว่าระดับน้ำตาลปกติ แต่ไม่เกินค่าระดับน้ำตาลที่จัดเป็นโรคเบาหวาน เรียกว่ามีภาวะ impaired fasting glucose (IFG) และ/หรือผู้ที่ทดสอบความทนต่อกลูโคสด้วยการให้รับประทานน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม แล้วเจาะระดับน้ำตาลหลังจากรับประทาน 2 ชั่วโมง (oral glucose tolerance test, OGTT) และมีภาวะ impaired glucose tolerance (IGT) เรียกผู้ที่มีภาวะเหล่านี้ว่า prediabetes

ตารางที่ 5 Categories of prediabetes

1) FPG = 100–125 mg/dl (5.6–6.9 mmol/l)	= IFG (impaired fasting glucose)
and/or	
2) 2–h postload 75 g oral glucose tolerance test	= IGT (impaired glucose tolerance)
= 140–199 mg/dl (7.8–11.1 mmol/l)	

ตารางที่ 6 Criteria for the diagnosis of diabetes

Normoglycemia	Prediabetes (IFG and/or IGT)	Diabetes
FPG < 100 mg/dl	FPG $\geq$ 100 and <126 mg/ml (IFG)	FPG $\geq$ 126 mg/dl
2–h OGTT PG < 140 mg/dl	2–h OGTT PG $\geq$ 140 and < 200 mg/dl (IGT)	2–h OGTT PG $\geq$ 200 mg/dl symptoms of diabetes and casual plasma glucose concentration $\geq$ 200 mg/dl

จาก Clinical Practice Recommendations 2004 โดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกา (ADA) ได้กล่าวถึงการคัดกรองผู้ป่วยว่า หากผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่งตามตารางที่ 3 ควรพิจารณาตรวจหาโรคเบาหวานด้วย ซึ่งจากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว เมื่อพิจารณาแยกออกเป็น 2 ส่วน พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงส่วนหนึ่งที่สามารถให้การแก้ไขปัจจัยเสี่ยงนั้น เรียกว่า **modifiable risk factors** ซึ่งถ้าหากสามารถจำกัดปัจจัยเสี่ยงนี้ก็จะป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

ผู้ที่มีภาวะ prediabetes นี้ก็จัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถให้การแก้ไขหรือรักษาได้ จึงมีหลายงานวิจัยที่นำกลุ่มผู้ที่มีภาวะ prediabetes โดยเฉพาะผู้ที่มี IFG ทำการศึกษาโดยให้การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต (lifestyle modification) หรือการให้ยาเพื่อป้องกันหรือชะลอโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ออกไป

ตารางที่ 7 ปัจจัยเสี่ยงสำหรับการตรวจหาโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Modifiable Risk Factors ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้	Nonmodifiable Risk Factors ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถแก้ไขได้
Overweight (body mass index ≥ 25 kg/m ²)	Age ≥ 45 yrs
Habitual physical inactivity	First-degree relative with diabetes mellitus
Previously identified prediabetes (impaired glucose tolerance or impaired fasting glucose)	Ethnicity (African-American, Native American, Asian-American, or Pacific Islander)
Hypertension (blood pressure $\geq 140/90$ mmHg)	History of gestational diabetes or delivery of a baby weight > 9 lbs (4 kg)
High-density lipoprotein cholesterol level ≥ 35 mg/dl	Have polycystic ovary syndrome
Serum triglyceride level ≥ 250 mg/dl	History of vascular disease

ข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกาโดย the third National Health and Nutrition Examination Survey (NHNESIII) ระหว่างปี ค.ศ.1988-1994 และ NHNESIII ค.ศ. 2000 รายงานว่า ผู้ที่มีน้ำหนักเกิน อายุระหว่าง 45-74 ปี ประมาณ 12 ล้านคน จะมีภาวะ prediabetes และในอีก 5-6 ปีข้างหน้า ในจำนวนนี้ผู้ที่มี IGT หรือ IFG อย่างใดอย่างหนึ่ง จะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 20-34 และผู้ที่มีทั้ง IGT และ IFG จะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานถึงร้อยละ 38-65 นอกจากนี้ยังได้คาดการณ์ว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นั้นเป็น prediabetes มา 5 ปีก่อนได้รับการวินิจฉัย

การประเมินทางคลินิกเมื่อแรกวินิจฉัยโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยเบาหวานเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานครั้งแรก ควรได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการดังต่อไปนี้

1) ประวัติ

ประกอบด้วย อายุ อาการและระยะเวลาของอาการของโรคเบาหวาน อาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ยาอื่นๆ ที่ได้รับ ซึ่งอาจมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เช่น glucocorticoid โรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคระบบหลอดเลือดหัวใจและสมอง เก๊าท์ โรคตาและไต (เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสพบเบาหวานร่วมด้วย) อาชีพ การดำเนินชีวิต การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ อุปนิสัยการรับประทานอาหาร เศรษฐฐานะ ประวัติครอบครัวของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

2) การตรวจร่างกาย

ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง รอบพุง (รอบเอว) ความดันโลหิต คลำชีพจรส่วนปลาย และตรวจเสียงดังที่หลอดเลือดคอโรติด (carotid bruit) ผิวหนัง เท้า ฟัน เหงือก และตรวจค้นหาภาวะหรือโรคแทรกซ้อนเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นที่จอประสาทตา (diabetic retinopathy) ไต (diabetic nephropathy) เส้นประสาท (diabetic neuropathy) และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ให้ตรวจค้นหาโรคแทรกซ้อนเรื้อรังหลังการวินิจฉัย 5 ปี

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เจาะเลือดจากหลอดเลือดดำเพื่อวัดระดับ FPG, HbA_{1c}, total cholesterol, triglyceride, HDL-cholesterol, (คำนวณหา LDL-cholesterol หรือวัดระดับ LDL cholesterol), serum creatinine

ตรวจปัสสาวะ (urinalysis) หากตรวจไม่พบสารโปรตีนในปัสสาวะโดยการตรวจ urinalysis ให้ตรวจหา microalbuminuria

ในกรณีที่มีอาการบ่งชี้ของโรคหลอดเลือดหัวใจหรือผู้สูงอายุควรตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG)

การรักษาโรคเบาหวาน

การรักษาเบาหวานต้องการความร่วมมือระหว่างแพทย์ ตัวผู้ป่วยเอง และทีมสุขภาพอื่นๆ โดยการรักษามีการดำเนินการต่อไปนี้

- ๑ ตั้งเป้าหมายระดับการควบคุมให้เหมาะสมกับอายุและสถานะของผู้ป่วย
- ๑ แนะนำอาหารและการออกกำลังกายให้เหมาะสม คือให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต
- ๑ ให้ความรู้โรคเบาหวานที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อน และครู ในกรณีผู้ป่วยเด็ก
- ๑ ส่งเสริมการดูแลตนเองและประเมินผลการรักษาด้วยตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต

(lifestyle modification) หมายถึงการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ และการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ซึ่งแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ จำเป็นที่จะต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยโรค เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และความดันโลหิตได้ดี

การให้คำแนะนำการควบคุมอาหารเพื่อการรักษา โดยนักกำหนดอาหารหรือนักโภชนาการที่มีประสบการณ์ในการดูแลโรคเบาหวานจะสามารถลด HbA1c ได้ประมาณ 1% ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ และลด HbA1c ได้ประมาณ 2% ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ และลด HbA1c ได้ประมาณ 1% ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นเบาหวานนานเฉลี่ย 4 ปี โดยจะเห็นผลภายในระยะเวลา 3-6 เดือน

ข้อแนะนำอาหารทางการแพทย์ (medical nutrition therapy) เพื่อป้องกันหรือรักษาโรคเบาหวานมีรายละเอียดปรากฏในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ข้อแนะนำอาหารทางการแพทย์เพื่อป้องกันหรือรักษาโรคเบาหวาน

ประเภทของผู้ป่วย/โรค	ข้อแนะนำ
คนที่มีน้ำหนักเกินที่เป็นเบาหวานหรือเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวาน	- ลดน้ำหนักเพื่อลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (น้ำหนักคำแนะนำ ++) - ลดปริมาณพลังงานและไขมันที่รับประทาน - เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอและการติดตามอย่างต่อเนื่องจนสามารถลดน้ำหนักได้ร้อยละ 5-7 ของน้ำหนักตั้งต้น (น้ำหนักคำแนะนำ ++) - ไม่แนะนำอาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ (<130 กรัม/วัน) ในการลดน้ำหนัก (น้ำหนักคำแนะนำ -)
การป้องกันโรคเบาหวาน	ข้อแนะนำ การป้องกันโรคเบาหวาน - ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนักลงร้อยละ 7 และออกกำลังกายด้วยความหนัก (intensity) ปานกลางถึงมากอย่างสม่ำเสมอ 150 นาที/สัปดาห์ ร่วมกับการควบคุมอาหารเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน (น้ำหนักคำแนะนำ ++) - เพิ่มการบริโภคใยอาหารให้ได้ 14 กรัมต่ออาหาร 1,000 กิโลแคลอรี (น้ำหนักคำแนะนำ ++) - บริโภคอาหารที่มี glycemic index ต่ำ เนื่องจากมีใยอาหารและสารอาหารอื่นๆ ในปริมาณมาก (น้ำหนักคำแนะนำ +)
การควบคุมโรคเบาหวาน	อาหารคาร์โบไฮเดรต - บริโภคผัก ธัญพืช ถั่ว ผลไม้ และนมจืดไขมันต่ำ เป็นประจำ (น้ำหนักคำแนะนำ ++) - ไม่แนะนำอาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ <130 กรัม/วัน (น้ำหนักคำแนะนำ -) - การนับปริมาณคาร์โบไฮเดรต และการใช้อาหารแลกเปลี่ยนเป็นกุญแจสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (น้ำหนักคำแนะนำ ++)

ประเภทของผู้ป่วย/โรค	ข้อแนะนำ
	☞ การบริโภคอาหาร glycemic index และ glycemic load ต่ำร่วมด้วยอาจได้ประโยชน์เพิ่มขึ้น (น้ำหนักคำแนะนำ +) ☞ ใช้น้ำตาลทรายได้ ถ้าแลกเปลี่ยนกับอาหารคาร์โบไฮเดรตอื่น ในมื้ออาหารนั้น กรณีที่ฉีดอินซูลิน ถ้าเพิ่มน้ำตาลทรายหรือคาร์โบไฮเดรต ต้องใช้อินซูลินเพิ่มขึ้นตามความเหมาะสม (น้ำหนักคำแนะนำ ++) ☞ บริโภคอาหารที่มีใยอาหารสูง (น้ำหนักคำแนะนำ ++) ☞ การใช้น้ำตาลเทียม ถือว่าปลอดภัย ถ้าไม่มากเกินไปที่แนะนำ เช่น แอสปาเทมวันละไม่เกิน 50 มก. ต่อน้ำหนักตัว 1 กก. (น้ำหนักคำแนะนำ ++) อาหารไขมันและคอเลสเตอรอล ☞ จำกัดปริมาณไขมันอิ่มตัวไม่เกินร้อยละ 7 ของพลังงานรวม (น้ำหนักคำแนะนำ ++) ☞ จำกัดการรับประทานไขมันทรานส์ไม่เกินร้อยละ 1 ของพลังงานรวม เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด ไขมันทรานส์พบมากในมาการีน เนยขาว และอาหารอบกรอบ (น้ำหนักคำแนะนำ +) ☞ ลดปริมาณคอเลสเตอรอลให้ต่ำกว่า 300 มก./วัน (น้ำหนักคำแนะนำ ++) ☞ บริโภคปลา 2 ครั้ง/สัปดาห์ หรือมากกว่า เพื่อให้ได้โอเมก้า 3 โปรตีน ☞ รับประทานร้อยละ 15-20 ของพลังงานทั้งหมด ถ้าการทำงานปกติ (น้ำหนักคำแนะนำ +) ☞ ไม่ใช้โปรตีนในการแก้ไขหรือป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดแบบเฉียบพลัน หรือเวลากลางคืน (น้ำหนักคำแนะนำ ++) ☞ ไม่แนะนำอาหารโปรตีนสูงในการลดน้ำหนักตัว (น้ำหนักคำแนะนำ -) วิตามินและแร่ธาตุ ☞ ไม่จำเป็นต้องให้วิตามินหรือแร่ธาตุเสริมในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้ขาดสารอาหารเหล่านั้น (น้ำหนักคำแนะนำ -) ☞ ในผู้สูงอายุอาจให้วิตามินรวมเสริมเป็นประจำทุกวัน โดยเฉพาะในคนที่ควบคุมอาหาร (น้ำหนักคำแนะนำ +) ☞ ไม่แนะนำให้ใช้สารต้านอนุมูลอิสระเพิ่มเป็นประจำ เนื่องจากอาจมีความไม่ปลอดภัยได้ในระยะยาว (น้ำหนักคำแนะนำ -)

ประเภทของผู้ป่วย/โรค	ข้อแนะนำ
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1	แนะนำอาหารเช่นเดียวกับการควบคุมโรคเบาหวาน - ปรับการใช้อินซูลินให้เข้ากับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย (น้ำหนักคำแนะนำ +) - ในคนที่ใช้อินซูลินขนาดคงที่ ควรรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตในปริมาณใกล้เคียงกันในแต่ละวัน และในเวลาใกล้เคียงกัน (น้ำหนักคำแนะนำ +) - ถ้าวางแผนออกกำลังกายได้ อาจปรับขนาดยาฉีดอินซูลิน แต่ถ้าไม่ได้วางแผนอาจรับประทานคาร์โบไฮเดรตเพิ่มก่อนออกกำลังกาย
หญิงที่เป็นเบาหวานขณะมีครรภ์ หรือให้นมบุตร	รับประทานอาหารให้ได้พลังงานเพียงพอ เพื่อให้น้ำหนักตัวตลอดการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น 12-15 กิโลกรัม ในผู้ป่วยที่อ้วนให้ควบคุมคาร์โบไฮเดรต และพลังงานรวม (น้ำหนักคำแนะนำ ++) - หลีกเลี่ยงภาวะ ketosis จากการอดอาหารเป็นระยะเวลานาน (น้ำหนักคำแนะนำ +) - เน้นการเลือกชนิดของอาหารให้เหมาะสม (น้ำหนักคำแนะนำ +) - ผู้ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต้องปรับปรุงพฤติกรรมหลังคลอด โดยการลดน้ำหนักตัว และเพิ่มกิจกรรมทางกาย เพื่อลดโอกาสเกิดโรคเบาหวานในอนาคต (น้ำหนักคำแนะนำ ++)
ผู้สูงวัย	ความต้องการพลังงานจะน้อยกว่าวัยหนุ่มสาวที่มีน้ำหนักตัวเท่ากัน(น้ำหนักคำแนะนำ +) การรับประทานอาหารอาจไม่แน่นอน
การป้องกันและควบคุมโรคแทรกซ้อน	โรคแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก - ในคนที่เป็นโรคไตระยะแรก ๆ ให้ลดการบริโภคโปรตีนเหลือ 0.8-1.0 กรัม/กิโลกรัม/วัน และ ในระยะหลัง ๆ ของโรคไตลดเหลือ 0.8 กรัม/กิโลกรัม/วัน (น้ำหนักคำแนะนำ ++) การลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด - บริโภคผัก ธัญพืช และถั่วปริมาณมาก ผลไม้ตามที่กำหนด (น้ำหนักคำแนะนำ ++) - ในคนที่มีภาวะหัวใจวาย ต้องจำกัดการบริโภคเกลือโซเดียมไม่เกิน 2,000 มก./วัน (น้ำหนักคำแนะนำ ++) - การบริโภคเกลือโซเดียมไม่เกิน 2,300 มก./วัน ช่วยลดความดันโลหิตได้ทั้งในผู้ป่วยที่มีและไม่มี ความดันโลหิตสูง (น้ำหนักคำแนะนำ ++)

ประเภทของผู้ป่วย/โรค	ข้อแนะนำ
	โดยน้ำปลา 1 ช้อนโต๊ะ มีโซเดียม 1160–1420 มก. ซีอิ๊ว 1 ช้อนโต๊ะมีโซเดียม 960–1420 มก. ผงชูรส 1 ช้อนชา มี โซเดียม 492 มก. และเกลือแกง 1 ช้อนชา มีโซเดียม 2000 มก.6  การลดน้ำหนัก ช่วยควบคุมความดันโลหิตได้ (น้ำหนักคำแนะนำ +)
เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดน้ำหนักตัว และลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	ออกกำลังกายหนักปานกลาง 150 นาที/สัปดาห์ หรือออกกำลังกายหนักมาก 90 นาที/สัปดาห์ ควรกระจายอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ และไม่ได้ออกกำลังกายติดต่อกันเกิน 2 วัน (น้ำหนักคำแนะนำ ++)
เพื่อควบคุมน้ำหนักที่ลดลงไว้ตลอดไป	ออกกำลังกายความหนักปานกลางถึงมาก 7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (น้ำหนักคำแนะนำ +)

คำชี้แจงน้ำหนักคำแนะนำและคุณภาพหลักฐาน

น้ำหนักคำแนะนำ (Strength of Recommendation)

- น้ำหนักคำแนะนำ ++ หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วยและคุ้มค่า (cost effective) “ควรทำ”
- น้ำหนักคำแนะนำ + หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมาตรการดังกล่าวอาจมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและอาจคุ้มค่าในภาวะจำเพาะ ในภาวะจำเพาะ “น่าทำ”
- น้ำหนักคำแนะนำ +/- หมายถึง ความมั่นใจยังไม่เพียงพอในการให้คำแนะนำ เนื่องจากมาตรการดังกล่าวยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่าอาจมีหรืออาจไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และอาจไม่คุ้มค่า แต่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังนั้นการตัดสินใจกระทำขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ “อาจทำหรือไม่ทำ”
- น้ำหนักคำแนะนำ - หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมาตรการดังกล่าวไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและไม่คุ้มค่า หากไม่จำเป็น “ไม่น่าทำ”
- น้ำหนักคำแนะนำ - - หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวอาจเกิดโทษหรือก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย “ไม่ควรทำ”

การรักษาโดยการให้ยา

ยาที่ใช้มี 2 กลุ่ม คือยาจิตอินซูลินและยาเม็ดรับประทาน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ต้องฉีดอินซูลินเป็นหลัก ในบางรายอาจจำเป็นต้องเสริมยากิน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนหนึ่งอาจเริ่มด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต คือ ควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายก่อน หากควบคุม

ระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเป้าหมายจึงเริ่มให้ยา โดยเลือกยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ในบางกรณีจำเป็นต้องเริ่มยาลดระดับน้ำตาลตั้งแต่แรก ซึ่งอาจเป็นยากินหรือยาฉีด ขึ้นกับระดับน้ำตาลในเลือดและสภาวะเจ็บป่วยอื่นๆ ที่อาจมีร่วมด้วย

- ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด

ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับอนุมัติการใช้จากคณะกรรมการอาหารและยาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ตามกลไกของการออกฤทธิ์ ได้แก่

1. กลุ่มที่กระตุ้นให้มีการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อนเพิ่มขึ้น (insulin secretagogue) ได้แก่ ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (sulfonylurea) ยากลุ่มที่ไม่ใช่ซัลโฟนิลยูเรีย (non-sulfonylurea หรือ glinide) และยาที่ยับยั้งการทำลาย glucagon like polypeptide-1 (GLP-1)

2. กลุ่มที่ลดภาวะดื้ออินซูลินคือ biguanide และกลุ่ม thiazolidinedione หรือ glitazone

3. กลุ่มที่ยับยั้งเอนไซม์การดูดซึมกลูโคสจากลำไส้ (alpha-glucosidase inhibitor)

- ยาฉีดอินซูลิน

อินซูลินที่ใช้ในปัจจุบันสังเคราะห์ขึ้นโดยอาศัยกระบวนการ genetic engineering มีโครงสร้างเช่นเดียวกับอินซูลินที่ร่างกายคนสร้างขึ้น เรียกว่า human insulin ภายหลังมีการดัดแปลง human insulin ให้มีการออกฤทธิ์ตามต้องการ เรียกอินซูลินดัดแปลงนี้ว่า insulin analog อินซูลินแบ่งเป็น 4 ชนิดตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ คือ

1. อินซูลินออกฤทธิ์สั้น (short acting หรือ regular human insulin, RI) เป็นอินซูลินมาตรฐาน ได้แก่ Actrapid®, Humulin R®, Gensulin R®

2. อินซูลินออกฤทธิ์นานปานกลาง (intermediate acting insulin, NPH) เป็นอินซูลินมาตรฐานที่ใช้กันโดยทั่วไป ได้แก่ Insulatard®, Humulin N®, Gensulin N®

3. อินซูลินออกฤทธิ์เร็ว (rapid acting insulin analog, RAA) เป็นอินซูลินรุ่นใหม่ที่เกิดจากการดัดแปลงกรดอะมิโนที่สายของอินซูลิน ได้แก่ lyspro insulin, aspart insulin

4. อินซูลินออกฤทธิ์ยาว (long acting insulin analog, LAA) เป็นอินซูลินรุ่นใหม่ที่เกิดจากการดัดแปลงกรดอะมิโนที่สายของอินซูลินเช่นกัน ได้แก่ glargine insulin หรือได้จากการเสริมแต่งสายของอินซูลินด้วยกรดไขมัน เช่น insulin detemir

- การให้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การรักษาเริ่มด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตก่อนการให้ยาหรือพร้อมกับการเริ่มยา ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ให้เริ่มยาฉีดอินซูลินพร้อมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในผู้ป่วยทุกรายควรเน้นย้ำเรื่องการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมในทุกขั้นตอนของการรักษา

2. การเริ่มต้นให้การรักษาขึ้นอยู่กับ

2.1 ระดับน้ำตาลในเลือด (fasting plasma glucose) และ HbA1c (ถ้ามี)

2.2 อาการหรือความรุนแรงของโรค (อาการแสดงของโรคเบาหวาน และโรคแทรกซ้อน)

2.3 สภาพร่างกายของผู้ป่วย ได้แก่ ความอ้วน โรคอื่นๆ ที่อาจมีร่วมด้วย การทำงานของตับ และไต

3. ระยะเวลาที่พิจารณาผลการรักษา เมื่อเริ่มการรักษาควรติดตามและปรับขนาดยา ทุก 1-4 สัปดาห์ จนได้ระดับน้ำตาลในเลือดตามเป้าหมายในระยะยาว เป้าหมายการรักษาใช้ระดับ HbA_{1c} เป็นหลัก โดยติดตามทุก 2-6 เดือน หรือโดยเฉลี่ยทุก 3 เดือน (คุณภาพหลักฐานระดับ 2, น้ำหนักคำแนะนำ ++)

4. สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การเริ่มยา กิน เริ่มขนาดเดียว ถ้าผู้ป่วยมีลักษณะของการขาดอินซูลิน ให้เริ่มด้วยซัลโฟนิลยูเรีย หรือถ้าผู้ป่วยมีลักษณะของการดื้ออินซูลินให้เริ่มด้วยเมทฟอร์มิน (คุณภาพหลักฐานระดับ 2, น้ำหนักคำแนะนำ ++) เมื่อขนาดเดียวยังไม่ควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย จึงเพิ่มขนาดยาที่ 2 ที่ไม่ใช่ยาในกลุ่มเดิม (combination therapy) อาจพิจารณาเพิ่มขนาดยาที่ 2 ในขณะที่ขนาดยาแรกยังไม่ใช้ขนาดสูงสุดได้ เพื่อให้เหมาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ยาที่เป็นทางเลือกในกรณีเริ่มขนาดเดียว (*1 ในแผนภูมิที่ 1) คือ

4.1 Repaglinide : พิจารณาเลือกใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารตามมื้อได้ตรงเวลา หรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้ (คุณภาพหลักฐานระดับ 2, น้ำหนักคำแนะนำ +)

4.2 Thiazolidinedione : พิจารณาเลือกใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดได้ง่าย หรือเป็นผู้ที่มีภาวะดื้อต่ออินซูลินอย่างชัดเจน หรือมีข้อห้ามในการใช้ metformin เนื่องจากมีระดับ serum creatinine >1.5 มก./ดล. โดยที่ไม่มีประวัติหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว (คุณภาพหลักฐานระดับ 2, น้ำหนักคำแนะนำ +)

4.3 Alpha-glucosidase inhibitor : พิจารณาเลือกใช้ในกรณีไม่สามารถใช้ยา sulfonylurea หรือ metformin ได้ เนื่องจากมีผลข้างเคียงจากยา (คุณภาพหลักฐานระดับ 2, น้ำหนักคำแนะนำ +)

4.4 DPP-4 inhibitor พิจารณาเลือกใช้ในกรณีไม่สามารถใช้ยา sulfonylurea หรือ metformin หรือ thiazolidinedione หรือ alpha-glucosidase inhibitor ได้ เนื่องจากมีผลข้างเคียงจากยา (คุณภาพหลักฐานระดับ 2, น้ำหนักคำแนะนำ +)

5. การเริ่มยา กิน 2 ขนาด ให้เริ่มด้วยซัลโฟนิลยูเรีย และเมทฟอร์มิน (น้ำหนักคำแนะนำ +) ใช้ในกรณีที่ระดับน้ำตาลในเลือดค่อนข้างสูง 250 - 350 มก./ดล. และ HbA_{1c} >9% ในบางรายอาจต้องใช้ยาหลายขนาดร่วมกัน เช่น ใช้ยา 3 ขนาดร่วมกัน หรือยา กิน 2 ขนาดร่วมกับฉีดอินซูลิน ยาที่เป็นทางเลือกในกรณีเริ่มยา 2 ขนาดหรือได้ยา 2 ขนาดอยู่แล้ว คือ

5.1 Repaglinide : พิจารณาเลือกใช้แทน sulfonylurea กรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารและมีกิจวัตรประจำวันไม่แน่นอน และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (น้ำหนักคำแนะนำ +) แต่จะไม่ใช้ร่วมกับ sulfonylurea เนื่องจากเป็นยาที่ออกฤทธิ์คล้ายกัน

5.2 Thiazolidinedione : สามารถให้เป็นยาชนิดที่ 3 ร่วมกับซัลโฟนิลยูเรียและเมทฟอร์มิน ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น หรือให้เป็นยาชนิดที่ 2 ร่วมกับเมทฟอร์มิน ในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดระดับน้ำตาลต่ำในเลือด (คุณภาพหลักฐานระดับ 2, น้ำหนักคำแนะนำ +) อาจให้ร่วมกับอินซูลิน แต่ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว

5.3 Alpha-glucosidase inhibitor : พิจารณาเลือกใช้ในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้ (คุณภาพหลักฐานระดับ 2, น้ำหนักคำแนะนำ +)

5.4 DDP-4 inhibitor: พิจารณาเลือกใช้ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ยาตัวอื่นได้ (คุณภาพหลักฐานระดับ 2, น้ำหนักคำแนะนำ +/-) อาจให้เดี่ยว หรือให้ร่วมกับยาชนิดอื่น เช่น metformin หรือ glitazone

6. การให้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อาจให้เป็น basal insulin หรือให้เพื่อควบคุมมื้ออาหารร่วมกับ basal insulin

6.1 ชนิดของ basal insulin

☞ Intermediate acting insulin คือ NPH ควรฉีด เวลา 21.00–23.00 น.

☞ Long acting insulin analog (LAA) คือ insulin glargine และ insulin detemir สามารถฉีดตอนเย็นหรือก่อนนอนได้ สำหรับ insulin glargine อาจฉีดก่อนอาหารเข้าหากต้องการ

6.2 ขนาดของ basal insulin เมื่อเริ่มใช้ ให้ได้เท่ากันทั้งชนิด NPH และ LAA โดยเริ่มที่ขนาดประมาณ 0.1–0.15 unit/kg/day ขึ้นกับปัจจัยอื่นๆ เช่น ลักษณะดื้ออินซูลิน การติดเชื้อ เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวนมากมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ดังนั้นมักต้องการอินซูลินขนาดสูงกว่าที่ระบุข้างต้น

6.3 การให้อินซูลินเพื่อควบคุมมื้ออาหารนอกเหนือจากการให้ basal insulin พิจารณาจากลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย และเป้าหมายในการรักษาเป็นรายๆ ไป สามารถให้ได้หลายรูปแบบ

6.3.1. การให้ ‘4EPH หรือ LAA วันละครั้งในตอนเช้า

6.3.2. การให้ NPH หรือ LAA ร่วมกับ RI (regular insulin)
หรือ RAA (rapid acting insulin analog) วันละ 1–2 ครั้ง

6.3.3. การให้ pre-mixed insulin วันละ 1–2 ครั้ง

6.3.4. การให้ RI หรือ RAA ก่อนอาหารทุกมื้อ ร่วมกับ basal insulin

7. การรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ต้องเริ่มฉีดอินซูลินตั้งแต่ให้การวินิจฉัยโรค พร้อมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ยาและอุปกรณ์ที่ใช้ การดูแลตนเอง รวมทั้งเรื่องอาหาร และการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ การเริ่มอินซูลินให้ใช้อินซูลินมาตรฐานคือ NPH, RI หรือ pre-mixed insulin ขนาดเริ่มต้นประมาณ 0.4–0.6 unit/kg/day

8. ผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน ควรมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเอง และปรับขนาดยาทุก 3 – 7 วัน ถ้าการควบคุมยังไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนด (คุณภาพหลักฐานระดับ 2, น้ำหนักคำแนะนำ ++)

8.1 ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร (FPG) < 180 mg/dl ให้เพิ่มขนาดอินซูลิน ครั้งละ 2 ยูนิต

8.2 ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร (FPG) > 180 mg/dl ให้เพิ่มขนาดอินซูลิน ครั้งละ 4 ยูนิต

ข้อบ่งชี้การรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน

การรักษาเบาหวานด้วยยาฉีดด้วยอินซูลินมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน ได้แก่

1. เป็นเบาหวานชนิดที่ 1
2. เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน มีภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตน (diabetic ketoacidosis) หรือภาวะเลือดเข้มข้นจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมาก (hyperglycemic hyperosmolar nonketotic syndrome)
3. เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีปัญหาต่อไปนี้
 - ☞ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมาก
 - ☞ ใช้ยาเม็ดรับประทาน 2 ชนิดในขนาดสูงสุดแล้วควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
 - ☞ อยู่ในภาวะผิดปกติ เช่น การติดเชื้อรุนแรง อุบัติเหตุรุนแรง และมีน้ำตาลในเลือดสูง รวมทั้งภาวะขาดอาหาร (malnutrition)
 - ☞ ระหว่างการผ่าตัด การตั้งครรภ์
 - ☞ มีความผิดปกติของตับและไตที่มีผลต่อยา
 - ☞ แพ้ยามีรับประทาน
4. เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่จำเป็นต้องใช้ยาลดระดับน้ำตาล
5. เป็นเบาหวานจากตับอ่อนถูกทำลาย เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง ถูกตัดตับอ่อน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

พฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญของผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วย

1. ด้านการรับประทานอาหาร

อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมี 3 ประเภทคือ

- 1.1 อาหารประเภทที่ควรหลีกเลี่ยงหรือห้ามรับประทาน เช่น อาหารที่มีน้ำตาลสูง ได้แก่ ขนมหวาน ผลไม้เชื่อม น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง ซึ่งอาหารเหล่านี้จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงรวดเร็ว
- 1.2 อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ อาหารประเภทผักใบเขียวทุกชนิด อาหารที่มีไฟเบอร์ ซึ่งอาหารเหล่านี้เป็นอาหารที่ให้พลังงานต่ำและมีใยอาหาร
- 1.3 อาหารที่ควรกำหนดปริมาณในการบริโภค ได้แก่ อาหารจำพวกแป้ง

การควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องใช้ผู้ที่มีความรู้ด้านอาหารช่วยกำหนดชนิดและปริมาณอาหารให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของบุคคล เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (ชนิดพึ่งอินซูลิน) ต้องถือความสม่ำเสมอเป็นหลักสำคัญ โดยรับประทานอาหารเป็นเวลาอย่างสม่ำเสมอ ปริมาณและชนิดของอาหารควรจะคล้ายทุกวัน เนื่องจากแพทย์จะกำหนดปริมาณอินซูลินที่ฉีดให้พอเหมาะกับอาหารที่รับประทาน และสมดุลกับกิจกรรมประจำวัน อาหารและอินซูลินจะทำงานร่วมกันเพื่อปรับระดับน้ำตาลในเลือด หากอาหารและอินซูลินมาไม่สมดุลกันระดับน้ำตาลในเลือดจะแปรปรวนและอาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงได้เท่า ๆ กัน ส่วนผู้ป่วยที่ต้องฉีดอินซูลินควรมีอาหารว่างมีอยู่บ่อยด้วย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน) มักจะอ้วนหรือมีน้ำหนักตัวเกิน การลดน้ำหนักโดยการรับประทานอาหารน้อยลง โดยเฉพาะอาหารประเภทไขมัน และเลือกรับประทานอย่างถูกต้องหลักโภชนาการควบคู่กับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เกี่ยวกับการควบคุมอาหารเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการรักษาและควบคุมโรคเบาหวาน วิธีการควบคุมอาหารหรือโภชนาบำบัดทางการแพทย์มีส่วนสำคัญในการควบคุมเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ถึงร้อยละ 80 ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องมีพฤติกรรมที่ดีในด้านการรับประทานอาหาร โดยการควบคุมเวลาในการรับประทานอาหารอย่างเคร่งครัด กล่าวคือ ควรรับประทานอาหารหลังฉีดอินซูลินหรือหลังรับประทานยา 30 นาที ให้ตรงเวลา

การรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานควรมีหลักเลือกดังนี้

- รับประทานอาหารให้หลากหลาย และมีความสมดุลของสารอาหาร รับประทานอาหารให้เป็นเวลา ไม่ควรรับประทานอาหารเฉพาะเวลาหิว เพราะจะทำให้รับประทานมากกว่าที่ควร
- หลีกเลี่ยงของหวานและอาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาล
- รับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตที่มีใยอาหารเพิ่มขึ้น
- รับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันน้อยลง
- ลดอาหารเค็ม หรือการใช้เกลือแกงในอาหารให้น้อยลง
- หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 อาจเริ่มการควบคุมอาหารอย่างง่าย ๆ โดยใช้การรับประทานอาหารในสัดส่วนของอาหารในหมวดต่าง ๆ ดังนี้ ควรหลีกเลี่ยงไขมันพืชและสัตว์ ขนมหวาน แอลกอฮอล์, รับประทานนมและผลิตภัณฑ์นม วันละ 2-3 ส่วน, หมวดโปรตีน เนื้อสัตว์ต่างๆ ปลา ไข่ ถั่ว วันละ 2-3 มื้อ มื้อละ 2-3 ส่วน, หมวดผัก วันละ 3-5 ส่วน, หมวดผลไม้ วันละ 2-4 ส่วน, หมวดข้าว/แป้ง วันละ 6-11 ส่วนโดยทั่วไปผู้ป่วยเบาหวานจะต้องการพลังงานจากอาหารวันละ 20-40 กิโลแคลอรี ต่อน้ำหนักตัวมาตรฐาน (เป็นกิโลกรัม) พลังงานนี้ควรได้จากคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 50-60 โปรตีนร้อยละ 15-20 และไขมันไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด โดยให้มีคอเลสเตอรอลไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม และมีใยอาหารวันละประมาณ 20-35 กรัม ในส่วนอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ควรรับประทานอาหารชนิดเชิงซ้อน (complex carbohydrate) เช่น ผักและธัญพืชร้อยละ 50 อาหารเชิงเดี่ยว (simple carbohydrate) เช่น ผลไม้ น้ำผลไม้ ร้อยละ 10 (ฉัตร และวิทยา, 2543)

2. ด้านการออกกำลังกาย

ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการประเมินสภาพร่างกายก่อนออกกำลังกาย เพื่อจะได้วางแผนการออกกำลังกายตามความหนักเบาที่เหมาะสมกับสภาพของร่างกาย ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ควรออกกำลังกายคือ ผู้ป่วยที่ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้ามากกว่า 250 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์หรือมีภาวะคีโตซีส (ภาวนา, 2544)

ผู้ป่วยควรเลือกเวลาที่เหมาะสมเพื่อที่จะออกกำลังกายในแต่ละวัน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 1 หากจะออกกำลังกายในช่วงบ่าย ประมาณ 15.00-17.00 น. ควรรับประทานอาหารว่างก่อนออกกำลังกายประมาณ 30-60 นาที เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หากผู้ป่วยเลือกที่จะออกกำลังกายในเวลาอื่น หรือเมื่อออกกำลังกายแล้วเกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำควรรับประทานอาหารว่างก่อนออกกำลังกาย 30-60 นาที เสมอ

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถออกกำลังกายได้ ระยะเวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกายคือ หลังอาหาร 2 ชั่วโมง ซึ่งเป็นเวลาที่ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ไม่ควรออกกำลังกายในช่วงก่อนอาหารหรือหลังตื่นนอนใหม่ๆ เนื่องจากจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ เมื่อออกกำลังกายจะมีการเปลี่ยนแปลงสำคัญเกิดขึ้นภายในร่างกาย กล่าวคือ ร่างกายมีการใช้พลังงานมากขึ้น ปอดและหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น ร่างกายมีการปรับระดับฮอร์โมนหลายอย่าง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะเกิดมากน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ระยะเวลาของการออกกำลังกาย ความหนักเบาของการออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการและสภาพความสมบูรณ์ของปอดและหัวใจ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ในเรื่องการไหลเวียนของเลือดภายในร่างกาย ลดไขมันในเลือด ป้องกันไม่ให้หลอดเลือดตีบแข็ง นอกจากนี้การออกกำลังกายยังทำให้น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ จิตใจแจ่มใส คลายเครียด ซึ่งเป็นผลมาจากการหลั่งฮอร์โมนเอ็นโดฟิน (endorphin) ในร่างกายช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อนต่างๆ และทำให้อายุยืน มีความสุข (ภวนา, 2544 ; บุญส่ง, 2546) นอกจากนี้ยังช่วยทำให้เซลล์ของร่างกายมีความไวต่ออินซูลินมากขึ้น และสามารถนำกลูโคสในเลือดมาใช้เป็นพลังงานมากขึ้น การดื้อต่ออินซูลินน้อยลงและยังทำให้น้ำหนักลดลง

ช่วงเวลาของการออกกำลังกายที่ส่งผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือการออกกำลังกายก่อนอาหารเย็น (นันทวัน, 2545) ชนิดของการออกกำลังกายนั้นขึ้นอยู่กับความชอบและความถนัดของแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตาม ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายชนิดที่ต้องออกแรงด้านมาก ๆ เช่น การยกน้ำหนัก เพราะอาจจะให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดและหัวใจระหว่างการออกกำลังกายได้มากการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานควรเป็นการออกกำลังกายที่ทำให้กล้ามเนื้อหลาย ๆ ส่วนได้เคลื่อนไหวออกแรงพร้อม ๆ กัน และไม่ต้องใช้แรงด้านมาก (เทพ และคณะ, 2550) ควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิค (aerobic exercise) เพราะเป็นการออกแรงโดยอาศัยพลังงานที่เผาผลาญโดยใช้ออกซิเจน (oxidative phosphorylation) เช่น การเดิน วิ่ง ว่ายน้ำ เล่นกีฬาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 30-60 นาที

การออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่ถูกต้องมี 3 ขั้นตอน คือ

1) ระยะเวลาอบอุ่นร่างกาย เป็นระยะเริ่มออกกำลังกาย โดยเริ่มจากการยืดเหยียดกล้ามเนื้อแขนขา ไหล่ ทรวงอกและลำตัว ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

2) ระยะออกกำลังกาย เป็นการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและเต็มที่ให้ได้ออกซิเจนสูงถึงร้อยละ 50-70 วัดได้จากอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่างร้อยละ 70-85 ของการเต้นของหัวใจสูงสุดใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที

3) ระยะผ่อนคลายเป็นระยะที่ผ่อนแรงการออกกำลังกายลง เพื่อให้หัวใจและความดันโลหิตค่อยๆ ลดลงสู่ภาวะปกติ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที ซึ่งข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกายที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยเบาหวานคือ เริ่มออกกำลังกายที่มีการใช้กำลังเบาๆ ในตอนแรก แล้วค่อยๆ เพิ่มความแรงให้มากขึ้น เช่น เดิน ปั่นจักรยาน ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ หรือวันเว้นวัน จะช่วยเพิ่มความไวของอินซูลิน และควบคุมการใช้กลูโคส หากต้องการลดน้ำหนักควรออกกำลังกาย 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์

ควรงดออกกำลังกายทันที และรีบปรึกษาแพทย์กรณีมีอาการต่อไปนี้ระหว่างการออกกำลังกาย

- เจ็บแน่นหน้าอก
- อาการน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น หิว เหงื่อออก หรือใจสั่น
- ตาพร่ามัว หน้ามืด
- เป็นแผลที่เท้า
- เหนื่อยมากผิดปกติ

3. ด้านการพักผ่อนและการจัดการความเครียด

ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในหลายๆ ด้าน ทั้งการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกายส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนหลายตัวทั้งแคทีโคลามีนและคอร์ติซอล รวมเรียกว่า สเตรสฮอร์โมน (stress hormones) มากขึ้น มีผลให้อัตราการเต้นหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น (วิไลวรรณ, 2543) ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ส่งผลต่อการทำงานของตับอ่อน คือ การหลั่งอินซูลินลดลง เกิดการกระตุ้นการหลั่งกลูคากอนมากขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดยิ่งสูงขึ้น ดังนั้นการพักผ่อนให้เพียงพอ การคลายกล้ามเนื้อ การควบคุมอารมณ์โดยการมองโลกในแง่ดี การให้ความปรารถนาดี และการทำจิตใจให้สงบ (มรรยาท, 2548) การควบคุมความเครียดจึงเป็นอีกหนทางหนึ่งที่ไม่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น

4. ด้านการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อน

นอกจากผู้ป่วยเบาหวานต้องดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาแล้วยังต้องดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อน

โรคแทรกซ้อนของเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน กล่าวคือ ยิ่งเป็นเบาหวานนานเท่าใดโอกาสจะเกิดโรคแทรกซ้อนก็จะมากขึ้น การควบคุมเบาหวานให้ดี และดูแลตนเองให้ถูกต้องจะช่วยลดและชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเหล่านั้นให้ช้าลงหรือโรคแทรกซ้อนบางอย่างอาจป้องกันมิให้เกิดขึ้นได้เลย นอกจากนี้ การเกิดโรคแทรกซ้อนยังขึ้นอยู่กับพันธุกรรม และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ อีก อาทิ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ความอ้วน และการขาดการออกกำลังกาย ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ก่อให้เกิดการตายได้สูง ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคมานานและ/หรือ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ดี จะเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวานที่ตา (diabetic retinopathy) และที่ไต (diabetic nephropathy) ได้ง่าย นอกจากนี้ อาจพบภาวะแทรกซ้อนทั้งสองตั้งแต่เมื่อเริ่มวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยอาจเป็นเบาหวานมานานโดยไม่มีอาการ ดังนั้นจึงจำเป็นที่แพทย์ควรมีแนวทางการตรวจค้น การป้องกันและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่ตา และไต เบาหวาน เพื่อลดการสูญเสียการทำงานของอวัยวะที่สำคัญทั้งสอง และการสูญเสียทางเศรษฐกิจที่สูงมากในการดูแลรักษาโรคระยะท้าย

4.1 ภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน

เป็นภาวะฉุกเฉินที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิตได้

- ภาวะที่พบได้แก่ ภาวะคีโตเนคrosis ในกระแสเลือด (diabetic ketoacidosis)
- ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงและเลือดข้น (hyperglycemic hyperosmolar non -ketoacidosis)
- ภาวะน้ำตาลต่ำในกระแสเลือด (hypoglycemia) เป็นอาการที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยเบาหวาน อาการที่เกิดขึ้นมีหลายลักษณะดังนี้ โดยจะพบว่าน้ำตาลในเลือดมักต่ำกว่า 60 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ผู้ป่วยจะมีอาการเหงื่อออกมาก ตัวเย็น วิงเวียน มึนงง ตาพร่ามัว อ่อนเพลีย ใจสั่น หงุดหงิด และฉุนเฉียวขึ้นมาอย่างฉับพลัน ซึ่พจระเบาเร็ว สับสนหรือเลอะเลือน ปวดศีรษะ ชาบริเวณปลายนิ้วหรือรอบปาก หิวมาก พูดไม่ชัด ชัก เป็นลม ถ้าไม่ได้รับน้ำตาลทดแทนจะมีระดับความรู้สึกตัวลดลงและหมดสติในที่สุด

อาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเหล่านี้ มักเกิดจากสาเหตุสำคัญ 3 ประการ คือ

1. ฉีดอินซูลิน หรือรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดมากเกินไป
2. รับประทานอาหารน้อยเกินไป ผิดเวลา หรือช่วงระหว่างมื้ออาหารยาวนานเกินไป
3. ออกกำลังกายหรือทำงานหนักเกินไป

4.2 ภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรัง ได้แก่

4.2.1 ระบบประสาท

ภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาทเป็นปัจจัยเสี่ยงข้อหนึ่งของการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานจะพบว่า ผู้ป่วยจะมีการเสื่อมของเส้นประสาทรับรู้ความรู้สึก เนื่องจากเยื่อหุ้มเส้นประสาทถูกทำลาย และมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาท ทำให้มีการคั่งของซอร์บิทอล (sorbitol) และฟรุคโตส (fructose) เกิดเซลล์ประสาทเสื่อมสภาพ เกิดการอุดตันของหลอดเลือดดำเล็ก ๆ ทำให้ขาดออกซิเจน และการส่งสัญญาณเข้าออกช้าลงได้แก่ เส้นประสาทกล้ามเนื้อเท้า เส้นประสาทอัตโนมัติที่ไปเลี้ยงต่อมเหงื่อ และหลอดเลือดบริเวณเท้า อาการที่พบคือ ชาที่ปลายเท้าทั้งสองข้าง อาการปวดแสบปวดร้อน บริเวณผิวหนัง กล้ามเนื้ออ่อนแรง สูญเสียการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อที่ต้องใช้ในการทำงานอย่างละเอียด

คำแนะนำการปฏิบัติตัวทั่วไปสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าและการถูกตัดขาหรือเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

- ๑๕ ประวัติเคยมีแผลที่เท้าหรือถูกตัดขาหรือเท้ามาก่อน (คุณภาพหลักฐานระดับ 1)
- ๑๕ มีภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาทจากเบาหวาน (คุณภาพหลักฐานระดับ 1)
- ๑๕ มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบ (peripheral vascular disease) (คุณภาพหลักฐานระดับ 1)
- ๑๕ มีจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวานและสายตาสั้น (คุณภาพหลักฐานระดับ 1)
- ๑๕ เท้าผิดรูป (foot deformities) (คุณภาพหลักฐานระดับ 2)
- ๑๕ หนังก้าง (callus) ใต้ฝ่าเท้า (คุณภาพหลักฐานระดับ 2)
- ๑๕ เล็บผิดปกติ (คุณภาพหลักฐานระดับ 2)
- ๑๕ รองเท้าไม่เหมาะสม (คุณภาพหลักฐานระดับ 2)
- ๑๕ พฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้อง (คุณภาพหลักฐานระดับ 2)
- ๑๕ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี (คุณภาพหลักฐานระดับ 2)
- ๑๕ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูง (คุณภาพหลักฐานระดับ 2)
- ๑๕ ระดับ hemoglobin A1c สูง (คุณภาพหลักฐานระดับ 2)
- ๑๕ อายุมาก (คุณภาพหลักฐานระดับ 2)
- ๑๕ เพศชาย (คุณภาพหลักฐานระดับ 2)
- ๑๕ สูบบุหรี่ (คุณภาพหลักฐานระดับ 2)
- ๑๕ มีภาวะแทรกซ้อนที่ไตจากเบาหวาน (คุณภาพหลักฐานระดับ 2)

การจำแนกระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าแบ่งได้เป็น

- ๑๕ **มีความเสี่ยงต่ำ** หมายถึง เท้าไม่มีแผลขณะประเมิน และไม่มีประวัติการมีแผลที่เท้าหรือการถูกตัดขาหรือเท้า รูปเท้าปกติไม่มีการผิดรูป ผิวหนังที่เท้าปกติมีการรับรู้ความรู้สึกปกติ ชีพจรที่เท้าปกติ
- ๑๕ **มีความเสี่ยงปานกลาง** หมายถึง เท้าไม่มีแผลขณะประเมิน แต่มีการรับรู้ความรู้สึกลดลงหรือชีพจรเบาบาง หรือมีเท้าผิดรูป หรือผิวหนังผิดปกติ
- ๑๕ **มีความเสี่ยงสูง** หมายถึง เท้าไม่มีแผลขณะประเมิน แต่มีการรับรู้ความรู้สึกลดลงหรือชีพจรเบาบาง ร่วมกับ มีเท้าผิดรูป หรือ มีประวัติเคยมีแผลที่เท้าหรือการถูกตัดขาหรือเท้า

การปฏิบัติตัวทั่วไป ที่แนะนำประกอบด้วย

- ๑๕ ทำความสะอาดเท้าทุกวันด้วยน้ำสะอาดและสบู่อ่อน วันละ 2 ครั้ง และทำความสะอาดทันทีทุกครั้งที่เท้าเปื้อนสิ่งสกปรก และเช็ดเท้าให้แห้งทันทีรวมทั้งบริเวณซอกนิ้วเท้า
- ๑๕ สังเกตเท้าอย่างละเอียดทุกวัน รวมทั้งบริเวณซอกนิ้วเท้า ว่ามีแผล หนังก้าง ตาปลา รอยแตก หรือการติดเชื้อรา หรือไม่

- ๑๖ หากมีปัญหาเรื่องสายตา ควรให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดสำรวจเท้าและรองเท้าให้ทุกวัน
- ๑๗ หากผิวแห้งควรใช้ครีมทาบาง ๆ แต่ไม่ควรทาบริเวณซอกระหว่างนิ้วเท้าเนื่องจากอาจทำให้ซอกนิ้วอับชื้น ติดเชื้อรา และผิวหนังเปื่อยเป็นแผลได้ง่าย
- ๑๘ ห้ามแช่เท้าในน้ำร้อนหรือใช้อุปกรณ์ให้ความร้อน (เช่น กระเป๋าน้ำร้อน) วางเท้าโดยไม่ได้ทำการทดสอบอุณหภูมิก่อน
- ๑๙ หากจำเป็นต้องแช่เท้าในน้ำร้อนหรือใช้อุปกรณ์ให้ความร้อนวางเท้า จะต้องทำการทดสอบอุณหภูมิก่อนโดยให้ผู้ป่วยใช้ข้อศอกทดสอบระดับความร้อนของน้ำหรืออุปกรณ์ให้ความร้อนก่อนทุกครั้ง ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาทส่วนปลายมากจนไม่สามารถรับรู้สึกร้อนได้ควรให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดเป็นผู้ทำการทดสอบอุณหภูมิแทน
- ๒๐ หากมีอาการเท้าเย็นในเวลากลางคืน ให้แก้ไขโดยการสวมถุงเท้า
- ๒๑ เลือกสวมรองเท้าที่มีขนาดพอดี ถูกสุขลักษณะ เหมาะสมกับรูปเท้า และทำจากวัสดุที่นุ่ม (เช่น หนังที่นุ่ม) แบบรองเท้าควรเป็นรองเท้าหุ้มส้น (ซึ่งจะช่วยป้องกันอันตรายที่เท้าได้ดี) ไม่มีตะเข็บหรือมีตะเข็บน้อย (เพื่อมิให้ตะเข็บกดผิวหนัง) และมีเชือกผูก (ซึ่งจะช่วยให้สามารถปรับความพอดีกับเท้าได้อย่างยืดหยุ่นกว่ารองเท้าแบบอื่น)
- ๒๒ หลีกเลียงหรือห้ามสวมรองเท้าที่ทำด้วยยางหรือพลาสติก เนื่องจากจะมีโอกาสเกิดการเสียดสีเป็นแผลได้ง่าย
- ๒๓ ห้ามสวมรองเท้าแตะประเภทที่ใช้นิ้วเท้าค้ำสายรองเท้า
- ๒๔ หากต้องสวมรองเท้าที่ซื้อใหม่ ในระยะแรกไม่ควรสวมรองเท้าใหม่เป็นเวลานานหลาย ๆ ชั่วโมงต่อเนื่องกัน ควรใส่สลับกับรองเท้าเก่าก่อนระยะหนึ่ง จนกระทั่งรองเท้าใหม่มีความนุ่มและเข้ากับรูปเท้าได้ดี
- ๒๕ ผู้ป่วยที่ต้องสวมรองเท้าหุ้มส้นทุกวันเป็นเวลาต่อเนื่องหลายชั่วโมงในแต่ละวันควรมีรองเท้าหุ้มส้นมากกว่า ๑ คู่ สวมสลับกัน และควรผึ่งรองเท้าที่ไม่ได้สวมให้แห้งเพื่อมิให้รองเท้าอับชื้นจากเหงื่อที่เท้า
- ๒๖ สวมถุงเท้าก่อนสวมรองเท้าเสมอ เลือกใช้ถุงเท้าที่ไม่มีตะเข็บ (หากถุงเท้ามีตะเข็บให้กลับด้านในออก), ทำจากผ้าฝ้ายซึ่งมีความนุ่มและสามารถซับเหงื่อได้(ซึ่งจะช่วยลดความอับชื้นได้ดี) และไม่รัดแน่นจนเกินไป นอกจากนี้ควรเปลี่ยนถุงเท้าทุกวัน
- ๒๗ สำรวจดูรองเท้าทั้งภายในและภายนอกก่อนสวมทุกครั้งว่ามีสิ่งแปลกปลอมอยู่ในรองเท้าหรือไม่ เพื่อป้องกันการเหยียบสิ่งแปลกปลอมจนเกิดแผล
- ๒๘ ห้ามตัดเล็บจนสั้นเกินไปและลึกถึงจมูกเล็บ ควรตัดตามแนวของเล็บเท่านั้นโดยให้ปลายเล็บเสมอกับปลายนิ้ว ห้ามตัดเนื้อเพราะอาจเกิดแผลและมีเลือดออก
- ๒๙ ห้ามตัดตาปลาหรือหนังด้านแข็งด้วยตนเอง รวมทั้งห้ามใช้สารเคมีใดๆ ลอกตาปลาด้วยตนเอง
- ๓๐ ห้ามเดินเท้าเปล่าทั้งภายใน บริเวณรอบบ้าน และนอกบ้าน โดยเฉพาะบนพื้นผิวที่ร้อน (เช่น หาดทราย พื้นซีเมนต์)

- ☞ หลีกเลี่ยงการนั่งไขว่ห้าง โดยเฉพาะในกรณีที่มีหลอดเลือดแดงที่ขาตีบ
- ☞ ควบคุมระดับกลูโคสในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด
- ☞ พบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อสำรวจและตรวจเท้า
- ☞ หากพบว่ามีแผลแม้เพียงเล็กน้อย ให้ทำความสะอาดทันที และควรพบแพทย์โดยเร็ว
- ☞ งดสูบบุหรี่

4.2.2 ภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน (diabetic retinopathy)

พบว่าหลอดเลือดที่จอตาเสื่อมเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่จอตา ทำให้เกิดตาบอด นอกจากนี้ยังทำให้เส้นตาสั้นเป็นต้อกระจก บางรายอาจเป็นต้อหิน เกิดอาการตาพร่ามัว มองไม่เห็น

จอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวานมีรอยโรคแบ่งได้เป็น 2 ระยะคือ

1. Non-proliferative diabetic retinopathy (NPDR)

แบ่งเป็น mild, moderate, severe หรือ preproliferative diabetic retinopathy (PPDR)

2. Proliferative diabetic retinopathy (PDR)

NPDR ที่ไม่รุนแรงจะไม่มีอาการแสดงใดๆ แต่สามารถตรวจและให้การดูแลรักษาเพื่อชะลอหรือป้องกันไม่ให้เปลี่ยนแปลงเป็นระยะรุนแรงได้ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นปัจจัยหลักที่จะป้องกันและลดการดำเนินโรคของจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน โดยควบคุมระดับ HbA1c ให้อยู่ในเกณฑ์ที่แนะนำหรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยคำนึงถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งก่อนและหลังมื้ออาหาร

หลักการให้สุศึกษาเรื่องจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวานแก่ผู้ป่วย

☞ ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน ความสำคัญต่อสายตา และความจำเป็นในการตรวจจอประสาทตาแม้ไม่มีอาการผิดปกติ

☞ แนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานติดต่อแพทย์โดยเร็วที่สุดเมื่อเกิดมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับสายตา (น้ำหนักคำแนะนำ ++)

☞ ผู้ป่วยเบาหวานควรทราบถึงความสัมพันธ์ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดกับการเกิดจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน เพื่อกระตุ้นให้มีความตั้งใจและร่วมมือในการรักษาเบาหวานให้ดีขึ้น (น้ำหนักคำแนะนำ ++)

☞ ผู้ป่วยเบาหวานควรทราบถึงความสำคัญของความดันโลหิตสูง ที่มีต่อภาวะจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน ควรได้รับการวัดความดันโลหิตทุกครั้งที่พบแพทย์ และได้รับการรักษาที่ถูกต้อง หากมีความดันโลหิตสูง (น้ำหนักคำแนะนำ ++)

๑ ผู้ป่วยควรทราบถึงความสำคัญของภาวะไขมันผิดปกติในเลือด และควบคุมให้ได้ตามเป้าหมาย (น้ำหนักคำแนะนำ +)

๑ ผู้ป่วยเบาหวานควรทราบว่าขณะตั้งครรภ์ ควรได้รับการตรวจตาโดยจักษุแพทย์ในช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ (น้ำหนักคำแนะนำ ++) และควรได้รับการติดตามตรวจตาอย่างสม่ำเสมอตลอดการตั้งครรภ์ ตามดุลยพินิจของจักษุแพทย์

4.2.3 ภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด

ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีตันสูงกว่าประชากรทั่วไป ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีการพยากรณ์โรคเลวร้ายกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งมีหลากหลาย ดังนั้น การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนจากภาวะหลอดเลือดแดงตีตันจำเป็นต้องดูแลสหปัจจัยหรือดูแลแบบองค์รวม การดูแลรักษาเบาหวานและสหปัจจัยอย่างเข้มงวดสามารถลดอัตราตายได้ชัดเจน

จากความผิดปกติของหลอดเลือดขนาดใหญ่และขนาดเล็ก ทำให้หลอดเลือดเกิดการอุดตันโป่งพอง หรือสร้างหลอดเลือดที่ไม่แข็งแรงขึ้นมาใหม่ จึงมีส่วนสำคัญในการทำให้เกิดโรคของหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดหัวใจตีตัน หลอดเลือดที่ไตผิดปกติ และหลอดเลือดสมองผิดปกติ โดยผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติถึง 2 เท่า และเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 3 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าหลอดเลือดมีความหนืดเพิ่มขึ้น การทำงานของเกล็ดเลือดผิดปกติและเกิดอาการเป็นลมเมื่อเปลี่ยนท่าเร็วๆ ได้ง่าย

การตรวจค้นภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดหัวใจและสมอง

แม้ผู้ป่วยเบาหวานจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้น และอาจมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยไม่มีอาการ (asymptomatic myocardial ischemia) การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีอาการแต่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ 2 อย่างขึ้นไปอาจทำได้ แต่มีการศึกษาแสดงให้เห็นว่าไม่ได้ประโยชน์นัก ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายควรได้รับการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (คุณภาพหลักฐานระดับ 1, น้ำหนักคำแนะนำ ++) ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวคือ

- ๑ การสูบบุหรี่
- ๑ ประวัติของโรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัว
- ๑ ความดันโลหิตสูง
- ๑ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
- ๑ ภาวะ peripheral arterial disease
- ๑ การตรวจพบ albuminuria ทั้ง microalbuminuria และ macroalbuminuria

การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention)

การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ยังไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง เป็นการป้องกันการเกิดโรค การรักษาต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ อย่างเข้มงวด

ระดับความดันโลหิต

ระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นมีผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดชัดเจน จึงตั้งเป้าหมายการควบคุมให้ระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 130/80 มม.ปรอท หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ถ้าความดันโลหิตยังสูงเกินเป้าหมาย ให้พิจารณาใช้ยาต่อไปนี้

- ☞ Angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI)
- ☞ Angiotensin II receptor blocker (ARB)
- ☞ Diuretics (low dose) ได้แก่ hydrochlorothiazide 12.5–25 มก./วัน
- ☞ Calcium-channel blocker
- ☞ Beta-blocker

ACEI เป็นยาที่เลือกใช้สำหรับผู้ป่วยที่มี diabetic nephropathy จะเลือกใช้ ARB เมื่อไม่สามารถใช้ ACEI ได้ เนื่องจากเกิดผลข้างเคียง การใช้ ACEI หรือ ARB ต้องติดตามระดับ serum potassium และ serum creatinine ในระยะแรกที่เริ่มยา (คุณภาพหลักฐานระดับ 1, น้ำหนักคำแนะนำ ++) ACEI หรือ ARB หากใช้เป็น monotherapy ไม่มีข้อแตกต่างด้าน efficacy แต่ ARB มีผลข้างเคียงเรื่องการไอน้อยกว่า ACEI Beta-blocker เป็น drug of choice สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะ heart failure ที่ไม่รุนแรงหรือ tachyarrhythmias Calcium-channel blocker อาจทำให้วูม ควรเลือกใช้ยาที่ออกฤทธิ์ยาว

ระดับไขมันในเลือด

เป้าหมายคือควบคุมระดับ LDL-C ต่ำกว่า 100 มก./ดล. โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมด้วย หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ถ้าระดับ LDL-C ยังสูงกว่าเป้าหมาย ควรให้ยากกลุ่มสแตติน 6,7 (คุณภาพหลักฐานระดับ 1, น้ำหนักคำแนะนำ ++) สำหรับผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 40 ปีที่มีระดับ LDL-C ระหว่าง 100 – 129 มก./ดล. และไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น อาจไม่จำเป็นต้องเริ่มยาลดระดับไขมันคอเลสเตอรอล แต่ต้องเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตมากขึ้น

ในกรณีของ HDL-C และไตรกลีเซอไรด์ ถ้าระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดอยู่ระหว่าง 200–499 มก./ดล. แนะนำให้ใช้ non-HDL-C เป็นเป้าหมายที่ 2 ต่อจาก LDL-C คือให้ non-HDL-C ต่ำกว่า 130 มก./ดล. (non-HDL-C คำนวณจากการลบ HDL-C ออกจากคอเลสเตอรอลรวม) ถ้าระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดยังสูงกว่าเป้าหมายในขณะที่ได้สแตตินขนาดสูง พิจารณาให้ยากกลุ่ม fibrate หรือ niacin ร่วมด้วย และต้องเน้นการลดน้ำหนัก ออกกำลังกาย และควบคุมอาหารไขมัน แป้งและน้ำตาลมากขึ้น เนื่องจากการลดน้ำหนัก การออกกำลังกายที่มากพอ และการลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ช่วยเพิ่มระดับ HDL-C ได้ ในกรณีที่ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดเท่ากับหรือสูงกว่า 500 มก./ดล. ให้พิจารณาเริ่มยากกลุ่ม fibrate หรือ niacin ก่อนยากกลุ่มสแตติน (คุณภาพหลักฐานระดับ 2, น้ำหนักคำแนะนำ ++)

การสูบบุหรี่

บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สามารถขจัดได้ ต้องชักจูงผู้ป่วยเบาหวานทุกรายเป็นระยะ ๆ เรื่องการสูบบุหรี่ และเน้นไม่ให้สูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ที่มีควันบุหรี่มากเป็นประจำ ผู้ป่วยที่กำลังสูบบุหรี่ต้องหามาตรการและช่วยให้หยุดสูบบุหรี่ได้อย่างจริงจังและถาวรเพื่อลดอันตรายจากโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง (คุณภาพหลักฐานระดับ 1, น้ำหนักคำแนะนำ ++)

การให้ antiplatelet

แนะนำให้ antiplatelet ในผู้ป่วยเบาหวานที่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป หรือมีปัจจัยเสี่ยงอย่างอื่นของโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วย 6,7 ขนาดของ antiplatelet คือ aspirin 60-160 มก./วัน (คุณภาพหลักฐานระดับ 1, น้ำหนักคำแนะนำ ++)

การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)

สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองมาแล้ว การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ อย่างเข้มงวดมีความจำเป็น แต่ต้องระวังไม่ให้เกิดผลข้างเคียง

ระดับความดันโลหิต

ที่เหมาะสมและยาที่ควรให้ เช่นเดียวกับ primary prevention

ระดับไขมันในเลือด

ระดับ LDL-C ที่เหมาะสมคือ น้อยกว่า 70 มก./ดล. และยาที่ควรให้คือ statin (คุณภาพหลักฐานระดับ 1, น้ำหนักคำแนะนำ ++) สำหรับระดับ HDL-C และ triglyceride เช่นเดียวกับใน primary prevention (คุณภาพหลักฐานระดับ 2, น้ำหนักคำแนะนำ ++)

การให้ antiplatelet

ให้เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ขนาดของ antiplatelet คือ aspirin 60-160 มก./วัน หากผู้ป่วยไม่สามารถทน aspirin ได้ อาจพิจารณา antiplatelet ตัวอื่น เช่น clopidogrel (คุณภาพหลักฐานระดับ 2, น้ำหนักคำแนะนำ +)

4.2.4 ภาวะแทรกซ้อนทางไต

อุบัติการณ์และการดำเนินโรคของ diabetic nephropathy สัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตสูง และปัจจัยทางพันธุกรรม 8-10 (คุณภาพหลักฐานระดับ 1) ระยะเริ่มแรกของโรคไตจากเบาหวานตรวจพบได้โดยตรวจอัลบูมินในปัสสาวะ การพบอัลบูมินในปริมาณ 30-299 มิลลิกรัมต่อวันคือ microalbuminuria ถ้าพบอัลบูมินในปัสสาวะเท่ากับหรือมากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวันถือเป็น macroalbuminuria หรือ macroproteinuria ซึ่งอาจพบลักษณะทางคลินิกของกลุ่มอาการเนโฟรติกได้ (overt diabetic nephropathy)

แนวทางการป้องกันและการดูแลรักษาโรคไตจากเบาหวาน

1. ระยะที่ยังไม่พบ microalbuminuria

👉 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เท่ากับหรือใกล้เคียงค่าปกติเท่าที่สามารถทำได้ โดยพิจารณาความเหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย พบว่าสามารถลดความเสี่ยงและชะลอการเกิดโรคไต (น้ำหนักคำแนะนำ ++)

👉 ควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดความเสี่ยงและชะลอการเกิดโรคไตจากเบาหวานได้ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)

2. ระยะที่ตรวจพบ microalbuminuria (incipient nephropathy)

👉 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เท่ากับหรือใกล้เคียงค่าปกติเท่าที่สามารถทำได้ โดยพิจารณาความเหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย พบว่าลดความเสี่ยงและชะลอการเสื่อมสมรรถภาพของไตไม่ให้เกิดโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) ได้ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)

👉 ควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดความเสี่ยงและชะลอการเกิดโรคไตได้ (น้ำหนักคำแนะนำ ++) ยาลดความดันโลหิตสูงบางกลุ่ม เช่น angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI) หรือ angiotensin II receptor blocker (ARB) มีส่วนช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ดีกว่ายาในกลุ่มอื่น (น้ำหนักคำแนะนำ ++)

👉 ควบคุมจำกัดโปรตีนในอาหารไม่ให้เกินวันละ 0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัม (น้ำหนักคำแนะนำ ++)

👉 หลีกเลี่ยงการใช้อยาหรือสารที่อาจมีอันตรายต่อไต เช่น ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยาอื่น ๆ เช่น ยาปฏิชีวนะกลุ่ม aminoglycoside และการฉีดสารทึบรังสีเพื่อถ่ายภาพเอกซเรย์

👉 ควรสืบค้นและให้การรักษาโรคหรือภาวะอื่นที่อาจทำให้ไตเสื่อมสภาพ เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะหัวใจล้มเหลว

👉 ควรตรวจหาและให้การดูแลรักษา diabetic retinopathy ซึ่งอาจพบร่วมด้วย

3. ระยะที่มี macroalbuminuria (clinical or overt diabetic nephropathy)

👉 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติ และความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท รวมทั้งการจำกัดปริมาณโปรตีนในอาหาร ช่วยชะลอการเสื่อมของไตให้ช้าลงได้ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)

👉 ควรเลือกยาลดความดันโลหิตที่มีผลกระทบต่อระดับน้ำตาล หรือไขมันในเลือดให้น้อยที่สุด ยาลดความดันโลหิตสูงบางกลุ่ม เช่น ACEI หรือ ARB มีส่วนช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ดีกว่ายาในกลุ่มอื่น (น้ำหนักคำแนะนำ ++)

👉 ควรตรวจหาและให้การดูแลรักษา diabetic retinopathy ซึ่งมักพบร่วมด้วยในระยะนี้

4. ระยะไตวายเรื้อรัง (end stage renal failure)

☞ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอัตราการกรองของไตเสื่อมลงน้อยกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที หรือมี serum creatinine ตั้งแต่ 2 มก./ดล. ขึ้นไป ควรพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต เพื่อพิจารณาการรักษาที่เหมาะสม (น้ำหนักคำแนะนำ +)

4.2.5 ระบบกระดูก

ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจะมีความผิดปกติของข้อได้โดยพบว่าการหดตัวของข้อ

4.2.6 ระบบภูมิคุ้มกัน

พบว่าผู้ป่วยเบาหวานจะมีการติดเชื้อได้ง่ายและแทบทุกระบบของร่างกาย เนื่องจากภูมิคุ้มกันที่บกพร่องไป ภาวะการติดเชื้อบางอย่างสามารถจะแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว พบว่าเม็ดเลือดขาวชนิด Polymorphonuclear ทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ ทำให้ความสามารถในการจับกินเชื้อโรคลดลง ผู้ป่วยมีการติดเชื้อได้ง่าย เช่น มีการติดเชื้อที่ผิวหนัง และชั้นใต้ผิวหนัง ติดเชื้อที่ระบบปัสสาวะ ภาวะหูชั้นนอกติดเชื้ออย่างรุนแรง การติดเชื้อในปอด ที่พบบ่อยคือวัณโรค เป็นต้น นอกจากนี้พบว่าเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนได้ง่าย เนื่องจากการถ่ายออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงไปสู่เนื้อเยื่อลดลงเกิดภาวะเนื้อเน่าตาย

5. การให้ความรู้โรคเบาหวานเพื่อการดูแลตนเอง

การให้ความรู้โรคเบาหวานมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน วิธีการดูแลรักษา ความร่วมมือในการรักษา ตลอดจนสามารถปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ทำให้บรรลุเป้าหมายของการรักษาได้ 1-4 ผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจโรคเบาหวานเป็นอย่างดี มีความมุ่งมั่น มีทักษะมีความสามารถในการสร้างแรงจูงใจและเสริมพลัง (empowerment) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติได้จริง

เนื้อหาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

เนื้อหาความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่จำเป็นในการให้ความรู้โรคเบาหวาน ประกอบด้วย

1. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเบาหวาน
2. โรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน
3. โภชนบำบัด
4. การออกกำลังกาย
5. ยารักษาเบาหวาน
6. การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและปัสสาวะ และแปลผลด้วยตนเอง
7. ภาวน้ำตาลต่ำในเลือดและวิธีป้องกันแก้ไข
8. การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป

9. การดูแลในภาวะพิเศษ เช่น ตั้งครรภ์ ขึ้นเครื่องบิน เดินทางไกล ไปงานเลี้ยง เล่นกีฬา
10. การดูแลรักษาเท้า

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเบาหวาน

จุดประสงค์เพื่อให้เกิดการเรียนรู้รายละเอียดของการเกิดโรคเบาหวาน และวิธีการดูแลที่ถูกต้อง รายละเอียดของเนื้อหาประกอบด้วย

- ๑ เบาหวานคืออะไร
- ๑ ชนิดของโรคเบาหวาน
- ๑ อาการโรคเบาหวาน
- ๑ ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค
- ๑ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และหลังรับประทานอาหาร)
- ๑ เบาหวานมีผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกายอย่างไรบ้าง

โรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน

จุดประสงค์เพื่อให้เข้าใจหลักการและวิธีการค้นหาความเสี่ยง การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรังอันเนื่องมาจากเบาหวาน รายละเอียดของเนื้อหาประกอบด้วย

- ๑ โรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด น้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง ให้อาหารและเข้าใจสาเหตุ การเกิด วิธีการป้องกัน และการแก้ไข
- ๑ โรคแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น โรคแทรกซ้อนเรื้อรังที่ตา ไต ระบบประสาท ปัญหาที่เท้าจากเบาหวานให้อาหารและเข้าใจ ปัจจัยการเกิด และการป้องกัน
- ๑ โรคที่มักพบร่วมกับเบาหวาน เช่น ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน ความเกี่ยวข้องกับเบาหวานให้อาหารและเข้าใจ วิธีป้องกัน และการแก้ไข

โภชนบำบัด

จุดประสงค์เพื่อให้สามารถตัดสินใจเลือกอาหาร และจัดการโภชนาการตามความเหมาะสมในชีวิตประจำวัน รายละเอียดของเนื้อหาประกอบด้วย

- ๑ ความสำคัญของการควบคุมอาหารในโรคเบาหวาน
- ๑ ชนิดต่างๆ ของสารอาหาร
- ๑ ปริมาณอาหาร และการแบ่งมื้ออาหาร
- ๑ หลักการเลือกอาหารที่เหมาะสมเพื่อการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด และน้ำหนักตัว
- ๑ อาหารเฉพาะในสภาวะต่างๆ เช่น ไขมันในเลือดสูง โรคไต โรคตับ เป็นต้น

การออกกำลังกาย

จุดประสงค์เพื่อให้สามารถออกกำลังกายได้ถูกต้องและเหมาะสม ทำให้การใช้ชีวิตประจำวัน กระฉับกระเฉงขึ้น รายละเอียดของเนื้อหาประกอบด้วย

- ❖ ผลของการออกกำลังกายต่อสุขภาพ
- ❖ ประโยชน์และผลเสียของการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน
- ❖ การเลือกออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน และวิธีการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง

ยารักษาเบาหวาน

จุดประสงค์เพื่อให้เข้าใจการใช้ยา และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาเบาหวานอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ รายละเอียดของเนื้อหาประกอบด้วย

- ❖ ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลชนิดต่าง ๆ
- ❖ อินซูลิน และการออกฤทธิ์ของอินซูลิน
- ❖ อุปกรณ์การฉีดอินซูลิน วิธีการใช้ รวมทั้งเทคนิคและทักษะ
- ❖ ปฏิกริยาต่อกันระหว่างยา
- ❖ อาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ของยาในกลุ่มต่าง ๆ

การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและปัสสาวะ และแปลผลด้วยตนเอง

จุดประสงค์เพื่อให้ทราบวิธีการติดตาม ควบคุม กำกับระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้สามารถควบคุมเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รายละเอียดของเนื้อหาประกอบด้วย

- ❖ ความสำคัญในการควบคุมเบาหวานด้วยตนเอง
- ❖ การตรวจปัสสาวะ
- ❖ การตรวจเลือดด้วยตนเอง
- ❖ การแปลผลและการปรับเปลี่ยนการรักษา

ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดและวิธีป้องกันแก้ไข

จุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถค้นพบด้วยตนเองว่ามีอาการหรือจะเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด รู้วิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ รายละเอียดของเนื้อหาประกอบด้วย

- ❖ อาการของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด
- ❖ ปัจจัยที่ทำให้เกิด
- ❖ วิธีการแก้ไข

การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป

จุดประสงค์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การแก้ไขปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน และบูรณาการการจัดการปัญหาด้านจิตวิทยาสังคมในชีวิตประจำวัน รายละเอียดของเนื้อหาประกอบด้วย

- ๑ การดูแลตนเองในภาวะปกติและโอกาสพิเศษ
- ๑ การดูแลตนเองขณะที่เจ็บป่วย เช่น ไม่สบาย เป็นหวัด เกิดโรคติดเชื้อต่าง ๆ เป็นต้น
- ๑ ควรจะพบแพทย์เมื่อไร

การดูแลในภาวะพิเศษ

๑ การตั้งครรภ์ เพื่อให้เข้าใจการดูแลสุขภาพตั้งแต่ก่อนการปฏิสนธิ ส่งเสริมการจัดการสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ และการควบคุมเบาหวานให้ได้ตามเป้าหมาย

๑ การไปงานเลี้ยง เล่นกีฬา เดินทางโดยเครื่องบินระหว่างประเทศ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจสิ่งที่อาจเกิดขึ้น สามารถปรับตัว ปรับยา ปรับอาหารได้อย่างถูกต้อง ทำให้การใช้ชีวิตประจำวันมีความกระฉับกระเฉง

การดูแลรักษาเท้า

จุดประสงค์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า สามารถค้นหาความผิดปกติที่เท้าในระยะต้นได้ รายละเอียดของเนื้อหาประกอบด้วย

- ๑ การตรวจและดูแลเท้าในชีวิตประจำวัน
- ๑ การเลือกรองเท้าที่เหมาะสม
- ๑ การดูแลบาดแผลเบื้องต้น และแผลที่ไม่รุนแรงด้วยตนเอง

สื่อให้ความรู้

สื่อให้ความรู้มีได้หลายชนิดขึ้นอยู่กับเนื้อหาที่ต้องการสอน ได้แก่

1. แผ่นพับ
2. โปสเตอร์
3. แบบจำลองหรือตัวอย่างของจริง เช่น อาหาร
4. เอกสารแจกประกอบการบรรยาย
5. คู่มือหรือหนังสือ
6. สื่ออิเล็กทรอนิกส์

การประเมินผลและติดตาม

มีการประเมินโปรแกรมที่นำมาใช้สอน ถึงความถูกต้อง เหมาะสม ภายหลังที่นำมาปฏิบัติหรือดำเนินการไปแล้วระยะหนึ่ง เพราะโปรแกรมหนึ่งอาจไม่เหมาะสมกับทุกสถานที่ การประเมินผลของการให้ความรู้โรคเบาหวานและทักษะในการดูแลตนเอง ทำโดยให้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลลงในสมุดพก

ประจำตัว ร่วมกับผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อประเมินความเข้าใจ และใช้ติดตามการปฏิบัติตามจุดประสงค์ที่กำหนด

การถือศีลอดและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม

เป้าหมายสูงสุดของการถือศีลอด คือการย่ำเกรงต่ออัลลอฮ์ ชุบหานะฮฺวะตะอาลา การถือศีลอดเป็นสื่อหนึ่งที่จะนำไปสู่ความยำเกรงต่ออัลลอฮ์ ชุบหานะฮฺวะตะอาลา ช่วยปกป้องจิตใจมิให้เล็งเลวร้ายมาทำลายการถือศีลอด

ความหมายการถือศีลอด ในด้านศาสนบัญญัติ หมายถึง การละเว้นจากการกิน ดื่ม การร่วมรสระหว่างสามีภรรยา และการพูดจาไร้สาระ ตลอดจนการกระทำที่ขัดกับคุณธรรม เริ่มตั้งแต่รุ่งอรุณจนตะวันตกขอบฟ้า ด้วยเจตนา (เนียต) เพื่อพระองค์อัลลอฮ์ ชุบหานะฮฺวะตะอาลา เท่านั้น

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องการถือศีลอดจะต้องได้รับการตรวจสุขภาพในเดือนก่อนที่จะถือศีลอดเพื่อประเมินความสามารถในการถือศีลอด

ผู้ป่วยเบาหวานที่ถือศีลอดจะส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนไป ดังนี้

1. **ด้านการรับประทานอาหาร** ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารโดยเปลี่ยนจาก 3 มื้อต่อวัน เป็นเหลือ 2 มื้อ คือ มื้ออาหารเย็น (มื้อละศีลอดรับประทานหลังตะวันตกดิน) และมื้อก่อนรุ่งอรุณ (มื้อก่อนตะวันขึ้น) ดังนั้นเมื่อถึงเวลาละศีลอดผู้ป่วยเบาหวานควรละศีลอดด้วยลูกอินทผลัมหรือน้ำ ไม่ควรรับประทานอาหารหนักในทันที รับประทานอาหารให้ได้สัดส่วน ควบถ้วนตามหลักโภชนาการทุกมื้อ หลีกเลี่ยงอาหารหวานจัดหรือขนมหวานต่างๆ รับประทานผักผลไม้มาก ๆ

2. **การบริหารยาในช่วงรอมฎอน (Drug intake during ramadan)** การบริหารยาในเดือนรอมฎอน เป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะการบริหารยาที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ระดับยาในเลือดเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผลในการรักษาลดลง หรือมากเกินไปจนทำให้เกิดผลเสียได้

เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงความถี่ของการบริหารยา (dosing schedule) ปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารให้เหลือ 2 มื้อ ดังนั้นผู้ป่วยที่รับประทานยารวันละ 3 ครั้ง จึงต้องปรับลดยาลงให้เหลือวันละ 2 ครั้ง ตามเวลาการรับประทานอาหาร

- การบริหารยาที่รับประทานวันละครั้ง (Single daily dose)

มีทางเลือกให้ผู้ป่วยรับประทานยาในเวลาละศีลอด (ช่วงเย็น) หรือเวลาสะฮูร (ก่อนรุ่งอรุณ) ขึ้นกับช่วงเวลาที่ยาสามารถออกฤทธิ์ได้ดีที่สุด

- การบริหารการรับประทานยารวันละ 2 ครั้ง หรือมากกว่า (Two or more daily doses)

มีทางเลือกให้ผู้ป่วยรับประทานยาในระหว่างเวลาละศีลอด (ช่วงเย็น) และเวลาสะฮูร (ก่อนรุ่งอรุณ)

3. **ด้านการออกกำลังกายในช่วงถือศีลอด** จากผลงานวิจัยของ (Azizi, F, 2002) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขมุสลิมในช่วงถือศีลอด มีการออกกำลังกายลดลง

4. ด้านการพักผ่อนและการจัดการกับความเครียด ในช่วงถือศีลอดการถือศีลอดยังมีผลดีทางด้านจิตใจ สร้างความสงบ และความยำเกรงต่ออัลลอฮ์ ชุบหานะฮ์วะตะอาลา สิ่งที่เกิดขึ้นนี้มีผลต่อสุขภาพจิตอย่างไม่ต้องสงสัย นอกจากนี้การถือศีลอดยังเป็นโอกาสดีของการปรับพฤติกรรมการกินอาหารอย่างฟุ่มเฟือย ลดการกินอาหารขยะทั้งหลาย รวมถึงการสร้างพฤติกรรมที่ดีต่างๆ เช่น การแบ่งปัน การช่วยเหลือ ผู้ด้อยยากและยากจน การอ่านอัลกุรอาน การซิกะรุลลอฮ์ (รำลึกถึงอัลลอฮ์) การบริจาคทาน ไม่พูดปด ไม่พูดจาไร้สาระ ไม่ทำชั่ว และอื่นๆ เหล่านี้จะกลายเป็นผลบุญที่จะได้รับเป็นผลดีต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดี และสร้างสังคมที่เป็นสุข

5. ด้านการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากการที่ผู้ป่วยต้องมีการเตรียมตัว และปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความเข้าใจอย่างดี และเคร่งครัดในการดูแลตนเองและปฏิบัติตามให้สอดคล้องกับแผนการรักษา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

ดังนั้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการถือศีลอด บทบาทของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ การดูแลผู้ป่วยที่ประสงค์จะถือศีลอด โดยสิ่งที่ต้องคำนึงถึงการให้คำแนะนำผู้ป่วย 3 ประเด็นหลัก ๆ คือ

1. การปรับยา (Drug Adjustment)
2. กิจกรรมประจำวัน (Daily activity)
3. การควบคุมอาหาร (Diet control)

เมื่อผนวกกับการให้คำแนะนำที่เพียงพอ (Proper Education) และการจัดการควบคุมโรคอย่างถูกวิธี (Disease Management) ก็จะสามารถสร้างความมั่นใจว่า จะป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างเดือนรอมฎอนได้

ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เรื่องอายุ โรคร่วม ภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการบริโภค ระดับความเข้าใจ และปัจจัยอื่นๆ ของผู้ป่วยแต่ละราย จะต้องมาประมวลความเสี่ยงว่าสามารถถือศีลอดได้หรือไม่ มีข้อเสนอแนะให้จำแนกประเภทความเสี่ยงของผู้ป่วย แล้วใช้ดุลยพินิจของผู้ให้การรักษา และความสมัครใจของผู้ป่วยเพื่อที่จะระบุว่าผู้ป่วยรายใดควรหรือไม่ควรถือศีลอด เพราะเหตุใด เนื่องจากการถือศีลอดในเดือนรอมฎอน เป็นบทบัญญัติทางศาสนาที่มีความละเอียดอ่อนอยู่มาก ผู้ให้บริการผู้ป่วยสามารถใช้ตารางแสดงระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยในการประเมินผู้ป่วยในความดูแล เพื่อจะได้นำและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

การพิจารณาระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวาน

ความเสี่ยงสูงมาก (ไม่แนะนำให้ถือศีลอด)

- มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำถึงขั้นหมดสติภายใน 3 เดือนก่อนการถือศีลอด
- มีประวัติระดับน้ำตาลในเลือดต่ำบ่อย ๆ
- ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ค่อยเชื่อฟังคำแนะนำของแพทย์ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้

- มีภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนภายใน 3 เดือนก่อนการถือศีลอด
- ผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน
- ผู้ที่ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร
- ผู้ใช้แรงงานหนัก
- ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
- เป็นโรคติดเชื้อ

ความเสี่ยงสูง (จะต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด ต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคสูง และสามารถรู้ตัวเองเมื่อเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ)

- ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน (อยู่ในช่วง 150–300 mg%)
- มีภาวะไตเสื่อม
- มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดใหญ่
- ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง
- ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังอื่นๆ ร่วมด้วย
- ผู้สูงอายุ และมีโรคอื่นๆ ร่วมด้วย
- ผู้ป่วยที่รับประทานยาที่มีผลทำให้เวียนนอน

ความเสี่ยงปานกลาง (สามารถถือศีลอดได้)

- ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดคงที่โดยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด

ความเสี่ยงน้อย (สามารถถือศีลอดได้)

- ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลคงที่โดยการควบคุมอาหาร หรือรับประทานยา Metformin

Thiazolidione

ตารางที่ 9 ตัวอย่างการปรับยาในผู้ป่วยเบาหวาน

ก่อนเดือนรอมฎอน	ระหว่างเดือนรอมฎอน
ผู้ป่วยที่รักษาโดยการคุมอาหารและออกกำลังกาย	ปรับ และอาจลดเวลาออกกำลังกาย ดื่มน้ำมาก ๆ
รับประทานยา	รับประทานยา
Metformin (500) 1X 3	Metformin 2 เม็ดเย็น และ 1 เม็ดเช้า
Thiazolidinedione วันละครั้ง	ไม่ต้องเปลี่ยนแปลง
Sulfonylurea วันละครั้ง	ปรับยามื้อเช้า และหรือมื้อเที่ยง ไปเป็นมื้อเย็น ตอนละศีลอดเปลี่ยนเป็นรับประทานตอนละศีลอด (ก่อนอาหาร)
Sulfonylurea วันละ 2 ครั้ง	ลดขนาดยาครั้งหนึ่งในมื้อเช้า
ฉีดอินซูลิน วันละ 2 ครั้ง	ลดมื้อเย็นครั้งหนึ่ง แล้วสลับเวลาฉีด
เช่น 30 U เช้า และ 20 U เย็น	เช่น 10 U เช้า และ 30 U เย็น

- เทพ หิมะทองคำ และคณะ. (2550). **ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์** (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร : บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด.
- อภิสิทธิ์ เทียนชัยโรจน์, เนติ สุขสมบูรณ์. **แนวทางและวิธีป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในปัจจุบัน**. http://www.thaihp.org/index.php?option=other_detail&lang=th&id=36&sub=26
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2551..** http://www.diabassocthai.org/file_attach/31Oct200817-AttachFile1225433537.pdf
- จิตรลดา นิละไพจิตร. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการบริโภคอาหารกับสัดส่วนของร่างกายและระดับไขมันในเลือดของไทยมุสลิมระหว่างถือศีลอด** กรณีศึกษาพนักงานโรงงานยาสูบ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ภาวนา กิริติยุตวงศ์. (2544). **การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี เพรส จำกัด.
- มรรยาท รุจิวิทย์. (2548). **การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ยูซุฟ นิเม และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2550). **การแพทย์และการดูแลที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม**. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ (สวรส.ภาคใต้).
- ยูซุฟ นิเม (บรรณาธิการ), (2551). **การดูแลสุขภาพสำหรับผู้ถือศีลอดในเดือนรอมฎอน**. สงขลา : สำนักพิมพ์น่านปี. (Salti et al, 2004)
- วีไลวรรณ ทองเจริญ. (2543). **ความไม่สมดุลของฮอร์โมนในภาวะเครียด**. ใน ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วีไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิพหกุล และพัฒน์ คุ่มทวีพร (บรรณาธิการ). **พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล** (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 90-100). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.

บทที่ 3

สถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรัง : โรคความดันโลหิตสูง

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป : Thai Hypertension Society:
Guidelines in the Treatment of Hypertension 2008

คำนิยาม

Hypertension (ความดันโลหิตสูง) หมายถึงระดับความดันโลหิต 140/90 มม.ปรอท หรือมากกว่าซึ่งจะเป็นค่าบนหรือค่าล่างก็ได้

Isolated systolic hypertension หมายถึงระดับความดันโลหิตตัวบน 140 มม.ปรอทหรือมากกว่า แต่ระดับความดันโลหิตตัวล่างต่ำกว่า 90 มม.ปรอท

Isolated office hypertension (White coat hypertension) หมายถึงระดับความดันโลหิตที่วัดในคลินิกโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุข มีค่า 140/90 มม.ปรอท หรือมากกว่า แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านพบว่าต่ำกว่า 135/85 มม.ปรอท (จากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ)

ตารางที่ 10 ระดับความดันโลหิตสูง (มม.ปรอท) จำแนกตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป

Category	SBP		DBP
optimal	<120	และ	<80
normal	120–129	และ/หรือ	80–84
high normal	130–139	และ/หรือ	85–89
grade 1 hypertension (mild)	140–159	และ/หรือ	90–99
grade 2 hypertension (moderate)	160–179	และ/หรือ	100–109
grade 3 hypertension (severe)	>180	และ/หรือ	>110
Isolated systolic hypertension	>140	และ	<90

หมายเหตุ : SBP – systolic blood pressure; DBP–diastolic blood pressure; เมื่อความรุนแรงของ SBP และ DBP อยู่ต่างระดับกัน ให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์ สำหรับ isolated systolic hypertension ก็แบ่งระดับความรุนแรงเหมือนกันโดยใช้แต่ SBP

การซักประวัติ

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรได้รับการซักประวัติในหัวข้อต่อไปนี้

1. ประวัติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่เป็น เช่น ทราบได้อย่างไร ระยะเวลาที่เป็น ลักษณะของความดันโลหิตที่สูง หากเคยได้รับการรักษามาก่อน ควรทราบชนิดของยาที่เคยรับประทาน ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีเพียงใด รวมทั้งฤทธิ์ข้างเคียงของยา ประวัติโรคอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเป็นร่วมด้วย เช่น หอบหืด ซึ่งต้องเลี่ยงการใช้ B-blocker, โรคเกาต์ ที่ต้องหลีกเลี่ยงการใช้อยาขับปัสสาวะ

2. ประวัติของโรคต่างๆ ที่พบในครอบครัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจช่วยสนับสนุนว่าผู้ป่วยน่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรคเบาหวานไขมันในเลือดสูงและโรคเกาต์ เพราะเป็นข้อพิจารณาเลี่ยงการใชยาลดความดันโลหิตบางกลุ่ม โรคไต เช่น polycystic kidney disease หรือ pheochromocytoma ซึ่งแพทย์อาจต้องมองหาโรคดังกล่าวในผู้ป่วย

3. ปัจจัยเสี่ยงที่มีซึ่งต้องนำมาใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในตัวผู้ป่วย เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา (ระยะเวลาและปริมาณที่เสพ) การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานเค็ม โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ประวัติการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและอัมพาต อัมพฤกษ์ในครอบครัวซึ่งต้องทราบถึงอายุของผู้ที่นั้นขณะที่เป็น ประวัตินอนกรนและหยุดหายใจเป็นพักๆ ซึ่งบ่งถึงโรคทางเดินหายใจอุดตันขณะนอนหลับซึ่งอาจต้องซักจากคู่นอนด้วยและบุคลิกภาพของผู้ป่วยด้วย

4. อาการที่บ่งชี้ว่ามีการทำลายของอวัยวะต่างๆ แล้ว เช่น อาการใจสั่น เหนื่อยง่าย เจ็บแน่นหน้าอก, อาการชาหรืออ่อนแรงของแขนขาชั่วคราวหรือถาวร ตามัว หรือตาข้างหนึ่งมองไม่เห็นชั่วคราว ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน บวมที่เท้าเวลาบ่ายหรือเย็น ปวดขาเวลาเดินทำให้ต้องพักจึงจะเดินต่อไปได้

5. อาการที่บ่งชี้ว่าจะเป็นความดันโลหิตสูงชนิดที่มีสาเหตุ เช่น ระดับความดันโลหิตขึ้น ๆ ลง ๆ ร่วมกับอาการปวดศีรษะ ใจสั่น เหงื่อออกเป็นพัก ๆ ซึ่งอาจเป็น pheochromocytoma, ตันแซน และต้นขาอ่อนแรงเป็นพัก ๆ อาจเป็น primary aldosteronism, ปวดหลัง 2 ข้างร่วมกับปัสสาวะผิดปกติอาจเป็น renal stone หรือ pyelonephritis, ประวัติการใช้ยา เช่น ยาคุมกำเนิด, cocaine, amphetamine, steroid, NSAIDs, ยาลดน้ำมูก เป็นต้น

6. ประวัติส่วนตัว ครอบครัวและปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ซึ่งอาจมีผลต่อความดันโลหิต ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งการควบคุมระดับความดันโลหิตและผลจากการรักษาด้วย

การตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรได้รับการตรวจร่างกายดังต่อไปนี้

1. ตรวจยืนยันว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจริงร่วมกับประเมินระดับความรุนแรง ความดันโลหิตสูง (ตารางที่ 10) ทั้งนี้จะต้องมีวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง การตรวจยืนยันว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตที่สูงอย่างถาวร อาจต้องทำการวัดอย่างน้อย 3 ครั้ง ห่างกันประมาณ 1-2 สัปดาห์ โดยเฉพาะในรายที่ความดันโลหิตสูงไม่มาก และตรวจไม่พบความผิดปกติของร่างกายที่แสดงถึงมีการทำลายของอวัยวะต่าง ๆ จากโรคความดันโลหิตสูง

2. ตรวจหาร่องรอยการทำลายของอวัยวะต่าง ๆ เช่น หัวใจห้องซ้ายล่างโต (left ventricular hypertrophy-LVH), หัวใจเต้นผิดจังหวะ, ventricular gallop, pulmonary rales และขาบวม (heart failure) ขาบวมร่วมกับภาวะซีด (chronic kidney disease, CKD), เสียง bruit บริเวณลำคอ (carotid artery stenosis), แขนขาชาหรืออ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่งร่วมกับอาการปากเบี้ยวไปฝั่งตรงข้าม (stroke), ซีฟजरที่แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งเบาพร้อมกับประวัติของการสูบบุหรี่ (atherosclerosis), ความผิดปกติของจอตา (retinopathy) เช่น หลอดเลือดแดงที่จอตาเล็กลง หรือมีผนังหนาตัวขึ้นอาจร่วมกับมีเลือดออก (hemorrhage) เกิดปุยขาว (exudates) ที่จอประสาทตาหรือประสาทตาบวม (papilledema), ซีฟजरแขนขาที่หายไปหรือลดลง แขนขาที่เย็นและร่องรอยการขาดเลือดที่ผิวหนัง (peripheral arterial disease)

3. ตรวจหาร่องรอยที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยน่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดที่มีสาเหตุ เช่น พบก้อนในท้องส่วนบน 2 ข้าง (polycystic kidney disease), ซีฟजरของแขนหรือขาหรือคอข้างใดข้างหนึ่งหายไปหรือเบาลง (Takayasu's disease), ซีฟजरแขนซ้ายเบาพร้อมกับซีฟजरที่โคนขา 2 ข้างเบาในผู้ป่วยอายุน้อย หรือได้ยินเสียง murmur ที่ precordium และ/หรือบริเวณสะบักซ้าย (coarctation of aorta), เสียงฟู่ (abdominal bruit) ในท้องส่วนบนใกล้กลางหรือบริเวณหลังส่วนบน 2 ข้าง (renal artery stenosis), พบ Caf au lait spot หรือติ่งเนื้อ (neurofibroma) ร่วมกับพบระดับความดันโลหิตสูงที่รุนแรงหรือขึ้น ๆ ลง ๆ (pheochromocytoma), กล้ามเนื้อตันแซนและขาหรือต้นคออ่อนแรง (primary aldosteronism), พบความผิดปกติของหลอดเลือดที่จอประสาทตา (hemangioma) ร่วมกับกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของ cerebellum (von Hippel-Lindau disease), ซีดเท้าบวม ผิวแห้งเหลือง (chronic kidney disease)

4. ร่องรอยของโรคอ้วนลงพุง เช่น ชั่งน้ำหนักตัวและวัดส่วนสูงเพื่อคำนวณหา body mass index (BMI) ผู้ป่วยถือว่าน้ำหนักเกินเมื่อ BMI >25 กก./ม² หรืออ้วนเมื่อ BMI >30 กก./ม² เส้นรอบเอว ในท่ายืน >90 ซม. ในผู้ชาย และ >80 ซม. ในผู้หญิง การตรวจวัดระดับความดันโลหิตควรได้รับการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกฝนในการวัดเป็นอย่างดีเพื่อความถูกต้อง

1. การเตรียมผู้ป่วย

ไม่รับประทานยาหรือกาแฟ และไม่สูบบุหรี่ ก่อนทำการวัด 30 นาที พร้อมกับถ่ายปัสสาวะ ให้เรียบร้อย ให้ผู้ป่วยนั่งพักบนเก้าอี้ในห้องที่เงียบสงบเป็นเวลา 5 นาที หลังฟังพนักเพื่อไม่ต้องเกร็ง หลังเท้า 2 ข้างวางราบกับพื้น แขนซ้ายหรือขวาที่ต้องการวัดวางอยู่บนโต๊ะ ไม่ต้องกำมือ

2. การเตรียมเครื่องมือ

ทั้งเครื่องวัดชนิดปรอท หรือ digital จะต้องได้รับการตรวจเช็คมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ เป็นระยะๆ และใช้ arm cuff ขนาดที่เหมาะสมกับแขนของผู้ป่วย กล่าวคือส่วนที่เป็นถุงลมยาง (bladder) จะต้องครอบคลุมรอบวงแขนผู้ป่วยได้ร้อยละ 80 สำหรับแขนคนทั่วไปจะใช้ arm cuff ที่มีถุงลมยางขนาด 12-13 ซม. x 35 ซม.

3. วิธีการวัด

- พัน arm cuff ที่ต้นแขนเหนือข้อพับแขน 2-3 ซม. และให้กึ่งกลางของถุงลมยาง ซึ่งจะมีเครื่องหมาย วงกลมเล็กๆ ที่ขอบให้อยู่เหนือ brachial artery

- ให้วัดระดับ SBP โดยการคลำก่อน บีบลูกยาง (rubber bulb) ให้ลมเข้าไปในถุงลมยาง จนคลำชีพจรที่ brachial artery ไม่ได้ ค่อยๆ ปล่อยลมออกให้ปรอทในหลอดแก้วค่อยๆ ลดระดับ ลงในอัตรา 2-3 มม./วินาที จนเริ่มคลำชีพจรได้ถือเป็นระดับ SBP คร่าวๆ

- วัดระดับความดันโลหิตโดยการฟังหัวใจ stethoscope เหนือ brachial artery แล้วบีบลม เข้าลูกยางให้ระดับปรอทเหนือกว่า SBP ที่คลำได้ 20-30 มม. หลังจากนั้นค่อยๆ ปล่อยลมออก เสียงแรกที่ได้ยิน (Korotkoff I) จะเป็น SBP ปล่อยระดับปรอทลงจนเสียงหายไป (Korotkoff V) จะเป็น DBP

- ให้ทำการวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1-2 นาที หากระดับความดันโลหิต ที่วัดได้ต่างกันไม่เกิน + 5 มม.ปรอท นำ 2 ค่าที่วัดได้มาเฉลี่ย หากต่างกันเกินกว่า 5 มม. ปรอท ต้องวัดครั้งที่ 3 และนำค่าที่ต่างกันไม่เกิน + 5 มม. ปรอทมาเฉลี่ย

- แนะนำให้วัดที่แขนทั้ง 2 ข้าง ในการวัดระดับความดันโลหิตครั้งแรก สำหรับในผู้ป่วย บางราย เช่น ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเบาหวาน หรือในรายที่มีอาการหน้ามืดเวลาลุกขึ้นยืน ให้วัดระดับ ความดันโลหิตในท่ายืนด้วย โดยยืนแล้ววัดทันทีและวัดอีกครั้งหลังยืน 1 นาที หากระดับ SBP ในท่ายืนต่ำกว่า SBP ในท่านั่งมากกว่า 20 มม.ปรอท ถือว่าผู้ป่วยมีภาวะ orthostatic hypotension การตรวจหา orthostatic hypotension จะมีความไวขึ้นหากเปรียบเทียบ SBP ในท่านอนกับ SBP ในท่ายืน

การตรวจโดยผู้ป่วยเองที่บ้าน โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ (automatic blood pressure measurement device)

1. การเตรียมผู้ป่วยและเครื่องมือ (ดูข้างต้น)
2. ต้องมีการแนะนำผู้ป่วยถึงการใช้เครื่องมือดังกล่าวอย่างเหมาะสม พร้อมกับทำการบันทึกค่าที่วัดได้ให้แพทย์ใช้ประกอบการตัดสินใจในการรักษา
3. ความถี่ในการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองควรทำสัปดาห์ละ 3 วัน ก่อนแพทย์จะตัดสินใจให้ยาลดความดันโลหิต หลังจากนั้นสัปดาห์ละวันก็พอ แนะนำให้วัดในตอนเช้า หลังตื่นนอนหรือตอนเย็น
4. ค่าความดันโลหิตที่วัดได้ จะต่ำกว่าค่าที่วัดได้จาก sphygmomanometer 5 มม.ปรอท กล่าวคือ ความดันโลหิตที่วัดได้ในเวลากลางวันจากเครื่องวัดอัตโนมัติที่ถือว่าไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องต่ำกว่า 135/85 มม.ปรอท
5. สามารถใช้ในการตรวจหาผู้ป่วยที่เป็น isolated office hypertension

สิ่งที่ต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ขอแนะนำในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้ตรวจเมื่อแรกพบผู้ป่วยและตรวจซ้ำปีละครั้ง หรืออาจส่งตรวจบ่อยขึ้นตามดุลยพินิจของแพทย์ หากพบความผิดปกติ

1. Fasting plasma glucose
2. Serum total cholesterol, HDL-C, LDL-C, triglyceride
3. Serum creatinine
4. Serum uric acid
5. Serum potassium
6. Estimated creatinine clearance (Cockcroft-Gault formula) หรือ estimated glomerular filtration rate (MDRD formula)
7. Hemoglobin และ hematocrit
8. Urinalysis (dipstick test และ urine sediment)
9. Electrocardiogram

สิ่งที่แนะนำให้ทำการตรวจหากสามารถตรวจได้หรือมีข้อบ่งชี้

1. Echocardiography ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย หรือแน่นหน้าอก
2. Carotid ultrasound ในกรณีที่ฟังได้ carotid bruit
3. Ankle brachial BP index
4. Postload plasma glucose ในกรณีที่ fasting plasma glucose ได้ค่า 100-125 มก./ดล.
5. Microalbuminuria โดยใช้ dipstick และ microscopic examination
6. ตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้าน (home BP) หรือตรวจวัดความดันโลหิต 24 ชั่วโมง (24 hr ambulatory BP monitoring)

7. ตรวจปริมาณของ proteinuria ต่อวัน หรือ urine protein/creatinine ratio ในกรณี
ที่ตรวจพบโดย dipstick

8. ตรวจ funduscopy ในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูงขั้นรุนแรง

9. การตรวจ pulse wave velocity

การตรวจพิเศษ (สำหรับผู้เชี่ยวชาญ)

1. การตรวจหาร่องรอยของการทำลายของหลอดเลือดที่สมอง หัวใจและหลอดเลือดส่วนปลาย
ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน

2. การตรวจหา secondary hypertension หากมีข้อบ่งชี้จากประวัติการตรวจร่างกาย
และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจหาระดับของ renin, aldosterone, corticosteroid,
catecholamines ในเลือดหรือปัสสาวะ, การตรวจ arteriography, การตรวจ ultrasound ของไต
การตรวจ CT และ MRI ของต่อมหมวกไต เป็นต้น

หลักการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

แพทย์จะตัดสินใจทำการรักษาโรคความดันโลหิตสูงใช้หลัก 2 ประการ

1. การประเมิน total cardiovascular risk โดยดูจากปัจจัยเสี่ยงที่ผู้ป่วยมี และร่องรอย
การทำลายของอวัยวะต่างๆ (organ damage) ที่ตรวจพบแต่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการ โรคเบาหวาน
และผู้ป่วยที่มีอาการของหัวใจและหลอดเลือด และของไตเกิดขึ้นแล้ว (established cardiovascular
or renal disease)

2. ระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

1. ระดับความรุนแรงของ SBP และ DBP (ระดับที่ 1-3)
2. ระดับของ pulse pressure (ในผู้สูงอายุ) >90 มม.ปรอท
3. ชายอายุ >55 ปี / หญิงอายุ >65 ปี
4. สูบบุหรี่
5. ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ total cholesterol >190 มก./ดล. หรือ LDL-C >115
มก./ดล. หรือระดับ HDL-C <40 มก./ดล. ในชายและ <46 มก./ดล. ในหญิง หรือระดับ triglyceride
>150 มก./ดล.

6. FPG 100-125 มก./ดล

7. Glucose tolerance test ผิดปกติ

8. ประวัติการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในบิดา มารดาหรือพี่น้อง ก่อนเวลาอันสมควร
(ชายเกิดก่อนอายุ 55 ปี หญิงเกิดก่อนอายุ 65 ปี)

9. อ้วนลงพุง เส้นรอบเอว >90 ซม. ในเพศชาย และ >80 ซม. ในเพศหญิง

ร่องรอยการทำลายของอวัยวะจากโรคความดันโลหิตสูงโดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางคลินิก (Organ damage-OD)

1. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ left ventricular hypertrophy (LVH) (Sokolow-Lyon >38 mm; Cornell >2440 mm.ms) และใช้ในการตรวจหา “strain pattern” ซึ่งพบใน ventricular overload, หัวใจขาดเลือด, กระแสไฟฟ้าหัวใจติดขัด (heart block) และหัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น
2. Echocardiography พบ LVH (LVMI ชาย ≥ 125 กรัม/ม², หญิง ≥ 110 กรัม/ม²)
3. Carotid wall thickness (IMT >0.9 มม.) หรือ plaque
4. Carotid-femoral pulse wave velocity >12 ม./วินาที
5. Ankle/brachial BP index <0.9
6. ระดับ plasma creatinine (ชาย 1.3–1.5 มก./ดล., หญิง 1.2–1.4 มก./ดล.)
7. GFR <60 มล./นาที/1.73 ม² (MDRD formula) หรือ creatinine clearance <60 มล./นาที (Cockcroft-Gault formula)
8. ปัสสาวะพบ microalbuminuria (30–300 มก./วัน) หรือ albumin-creatinine ratio ชาย ≥ 22 มก./กรัม, หญิง ≥ 31 มก./กรัม

โรคเบาหวาน

1. FPG ≥ 126 มก./ดล. โดยมีการตรวจซ้ำ หรือ
2. Postload plasma glucose >198 มก./ดล.

ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคไต (established cardiovascular and renal disease)

1. โรคหลอดเลือดสมอง
 - Ischemic stroke
 - Cerebral hemorrhage
 - Transient ischemic attack (TIA)
2. โรคหัวใจ
 - Myocardial infarction
 - Angina pectoris
 - Coronary revascularization
 - Congestive heart failure

3. โรคไต

- Diabetic nephropathy
- ไตเสื่อมสมรรถภาพ : plasma creatinine >1.5 มก./ดล.ในชาย, >1.4 มก./ดล.ในหญิง
- Albuminuria >300 มก./วัน หรือ proteinuria >500 มก./วัน

4. โรคของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย

5. จอประสาทตาผิดปกติ

- Hemorrhage
- Exudates
- Papilledema

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ทำทุกรายแม้ในรายที่ยังไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงก็อาจป้องกันหรือชะลอการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้
- การให้ยาลดความดันโลหิตไม่จำเป็นต้องเริ่มยาทุกราย และผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงบางรายอาจไม่ต้องใช้ยาก็ได้ หากสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ต้องทำในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและช่วยลดความดันโลหิตได้บ้าง (ตารางที่ 11) ทำให้สามารถลดปริมาณการใช้ยาลดความดันโลหิต

ตารางที่ 11 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการ	ข้อแนะนำ	ประสิทธิภาพของการลด SBP
การลดน้ำหนัก	ให้ดัชนีมวลกาย (Body mass index) = 18.5-24.9 กก./ตร.ม.	5-20 มม.ปรอท ต่อการลดน้ำหนักตัว 10 กก.
ใช้ DASH diet (Dietary Approach to Stop Hypertension)	ให้รับประทานผัก ผลไม้ที่ไม่หวานจัดให้มาก ลดปริมาณไขมันในอาหารโดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว	8-14 มม. ปรอท
จำกัดเกลือในอาหาร	ให้ลดการรับประทานเกลือโซเดียม ต้องน้อยกว่า 100 mmol ต่อวัน (2.4 กรัมโซเดียม หรือ 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์)	2-8 มม.ปรอท

วิธีการ	ข้อแนะนำ	ประสิทธิภาพของการลด SBP
การออกกำลังกาย	ควรออกกำลังกายชนิด aerobic อย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็ว ๆ (อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และเกือบทุกวัน)	4-9 มม.ปรอท
งดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์	จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 drinks/วันในผู้ชาย (ethanol 30 กรัม/วัน เช่น เบียร์ 720 มล., ไวน์ 300 มล., วิสกี้ที่ยังไม่ผสม 90 มล.) และไม่เกิน 1 drink/วัน ในผู้หญิงและคนน้ำหนักน้อย	2-4 มม.ปรอท

การรักษาโดยการไต่ลดความดันโลหิต

ก่อนทำการรักษาโดยการไต่ลดความดันโลหิตควรได้ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้าเสียก่อน (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า

ปัจจัยเสี่ยง	ระดับความดันโลหิต (มม.ปรอท)				
	ปกติ (SBP 120-129 หรือ DBP 80-84)	high normal (SBP 130-139 หรือ DBP 85-89)	ระดับที่ 1 (SBP 140-159 หรือ DBP 90-99)	ระดับที่ 2 (SBP 160-179 หรือ DBP 100-109)	ระดับที่ 3 (SBP >180 หรือ DBP >110)
1. ไม่มีปัจจัยเสี่ยงใดๆ	ปกติ	ปกติ	เพิ่มเล็กน้อย	เพิ่มปานกลาง	เพิ่มสูง
2. มี 1-2 ปัจจัยเสี่ยง	เพิ่มเล็กน้อย	เพิ่มเล็กน้อย	เพิ่มปานกลาง	เพิ่มปานกลาง	เพิ่มสูงมาก
3. มีตั้งแต่ 3 ปัจจัยเสี่ยงขึ้นไป MS หรือ OD	เพิ่มปานกลาง	เพิ่มสูง	เพิ่มสูง	เพิ่มสูง	เพิ่มสูงมาก
4. เป็นโรคหลอดเลือดและหัวใจหรือโรคไต	เพิ่มสูงมาก	เพิ่มสูงมาก	เพิ่มสูงมาก	เพิ่มสูงมาก	เพิ่มสูงมาก

หมายเหตุ : MS – metabolic syndrome, OD – organ damage

ความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า

<15 % ถือว่าความเสี่ยงเพิ่มเล็กน้อย

15 ถึง <20% ถือว่าความเสี่ยงเพิ่มปานกลาง

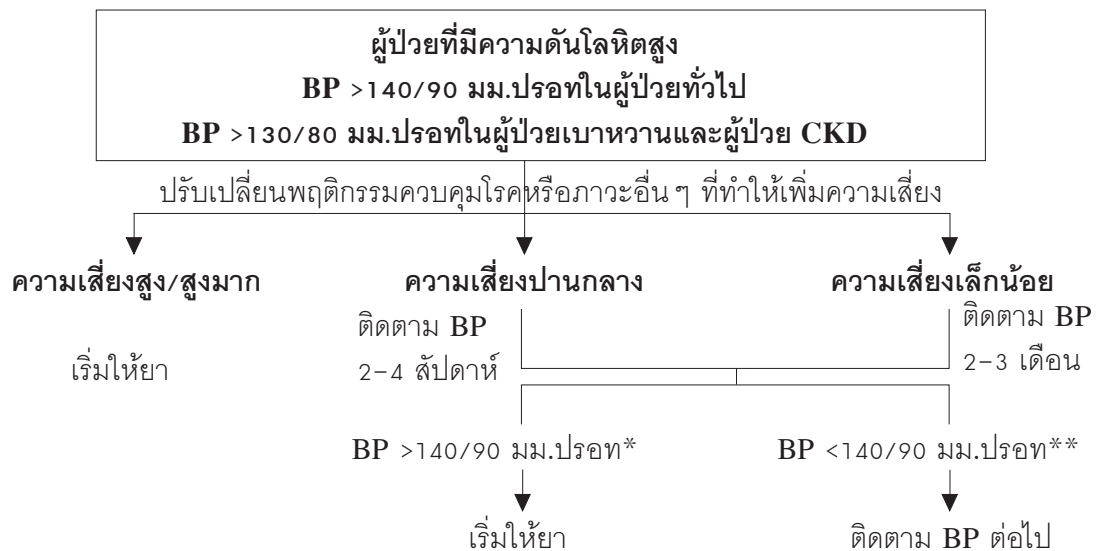
20-30% ถือว่าความเสี่ยงเพิ่มสูง

>30% ถือว่าความเสี่ยงเพิ่มสูงมาก

การรักษาลดความดันโลหิต

พิจารณาเริ่มรักษาลดความดันโลหิต ในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทันที เมื่อผู้ป่วยถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่านั้น (แผนภูมิที่ 1)

แผนภูมิที่ 1 แนวทางในการพิจารณาเริ่มรักษาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



หมายเหตุ : *BP $\geq$ 130/80 มม.ปรอทในผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วย CKD

** BP $\leq$ 130/80 มม.ปรอทในผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วย CKD

เป้าหมายของการลดความดันโลหิต

1. ในผู้ป่วยทั่วไปให้ BP < 140/90 มม.ปรอท
2. ในผู้ป่วยอายุน้อย ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ป่วยหลังเป็นอัมพฤกษ์/อัมพาตให้ BP < 130/80 มม.ปรอท

หลักการใช้ยาลดความดันโลหิต

1. แพทย์สามารถเริ่มใช้ยาลดความดันโลหิตได้ทุกขนาน เนื่องจากผลดีเกิดจากการลดความดันโลหิตเป็นหลัก ยา 4 กลุ่มต่อไปนี้ เป็นยาที่นิยมใช้กันทั่วโลก และมีหลักฐานสนับสนุนถึงผลดีในระยะยาว

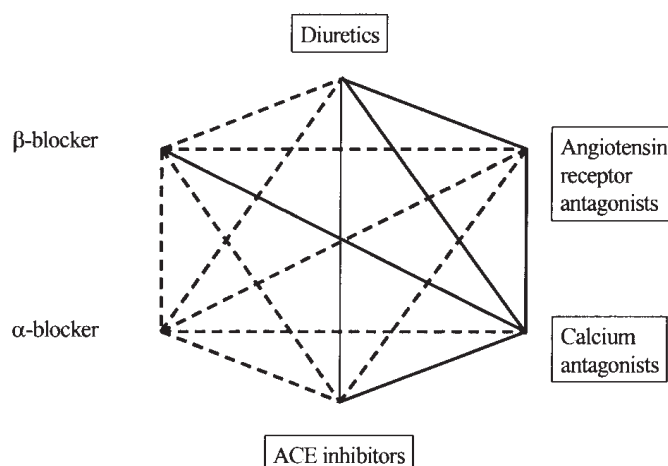
- Diuretics
- Calcium channel blockers (CCBs)
- Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACE-inhibitors)
- Angiotensin receptor blockers (ARBs)

ไม่แนะนำให้ใช้ยา β -blockers เป็นยาขนานแรก ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีต่อมลูกหมากโต แต่สามารถใช้นี้ร่วมกับยาลดความดันโลหิตกลุ่มข้างต้นดังกล่าวได้ β -blockers ก็เช่นเดียวกันจะใช้เป็นยาขนานแรกก็ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น เช่น post-myocardial infarction หรือพวกที่มี tachyarrhythmia เป็นต้น ส่วนยาลดความดันโลหิตอื่นๆ ที่ยังใช้อยู่ เช่น methyldopa, clonidine, reserpine สามารถใช้ได้เนื่องจากราคาถูกมีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตได้ดี แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงค่อนข้างมาก และมีการศึกษาผลในระยะยาวน้อย

2. การจะเริ่มใช้ยากลุ่มใดก่อน ปัจจุบันไม่ค่อยมีปัญหาแล้ว เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะต้องใช้ยาตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไปเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ถึงเป้าหมาย และมีแนวโน้มจะเปลี่ยนไปใช้ยาที่เป็น fixed dose combination ในเม็ดเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ครบตามแพทย์สั่ง

3. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตเริ่มต้นสูงกว่าค่าปกติ $> 20/10$ มม.ปรอท ให้เริ่มใช้ยาลดความดันโลหิต 2 ขนานได้ทันที

4. กลุ่มยาที่สามารถเสริมฤทธิ์กันได้เมื่อใช้ร่วมกันดังรูป



หมายเหตุ :

ยา 5 กลุ่มที่นิยมใช้เป็นยาเริ่มต้นและใช้ได้ในระยะยาว (ในกรอบ) ยาที่นิยมใช้ควบกันและเสริมฤทธิ์กัน (เส้นทึบ) ยาที่ใช้ร่วมกันน้อยเพราะไม่เสริมฤทธิ์กัน (เส้นประ) CCBs เฉพาะกลุ่ม dihydropyridine เท่านั้นที่ใช้ควบกับ β -blockers ได้

5. ยาบางกลุ่มมีผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่าเป็นประโยชน์ในระยะยาวกับผู้ป่วยบางกลุ่มในเรื่องของการลดอัตราการตายและทุพพลภาพ (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 ยาลดความดันโลหิตที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ชัดเจน

Thiazide diuretics	Calcium antagonists (non-dihydropyridines)
> Isolated systolic hypertension (elderly)	> Angina pectoris
> Heart failure	> Carotid atherosclerosis
> Hypertension in blacks	> Supraventricular tachycardia
Loop diuretics	ACE inhibitors
> End stage renal disease	> Heart failure
> Heart failure	> LV dysfunction
Diuretics (antialdosterone)	> Diabetic nephropathy
> Heart failure	> Non-diabetic nephropathy
> Post-myocardial infarction	> LV hypertrophy
Beta-blockers	> Proteinuria/Microalbuminuria
> Angina pectoris	> Atrial fibrillation
> Post-myocardial infarction	> Metabolic syndrome
> Heart failure	
> Tachyarrhythmias	Angiotensin receptor blockers
> Glaucoma	> Heart failure
> Pregnancy	> Post-myocardial infarction
Calcium antagonists (dihydropyridines)	> Proteinuria/Microalbuminuria
> Isolated systolic hypertension (elderly)	> LV hypertrophy
> Angina pectoris	> Atrial fibrillation
> LV hypertrophy	> Metabolic syndrome
> Carotid/Coronary Atherosclerosis	> ACE inhibitor-induced cough
> Pregnancy	

หมายเหตุ

ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ยา ACE inhibitors ได้ให้ใช้ angiotensin receptor blockers แทน

6. กลุ่มของยาลดความดันโลหิตต่าง ๆ มีฤทธิ์ข้างเคียงจำเพาะและมากน้อยต่างกัน และมีข้อห้ามหรือข้อควรระวังต่างกัน ซึ่งแพทย์สามารถเลือกใช้ได้ (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 ยาลดความดันโลหิตที่มีข้อห้ามใช้และควรใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยบางกลุ่ม

ยา	ข้อห้ามใช้	ยา	ข้อควรระวัง
ACE inhibitors, ARBs	Pregnancy Bilateral renal artery stenosis Hyperkalemia	β -blockers	CHF
β -blocker	A-V (grade 2 หรือ 3) block Asthma Obstructive airway disease Peripheral artery disease	Clonidine Methyldopa	Withdrawal syndrome Hepatotoxicity
		Reserpine	Depression Active peptic ulcer
Diuretic	Gout	CCBs	congestive heart failure

การรักษาผู้ป่วย isolated office hypertension

ปัจจุบันยังไม่มีกำหนดกฎเกณฑ์ที่ชัดเจน แต่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปแล้วว่าให้เริ่มการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เฉพาะผู้ป่วยที่มีร่องรอยของ OD หรือมีโรคอื่นร่วมด้วยที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาลดความดันโลหิตให้เริ่มยาได้เลย สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มี OD และไม่ได้ให้ยาลดความดันโลหิตให้ติดตามความดันโลหิตอย่างใกล้ชิด

ราคาและความคุ้มค่า

ปัจจัยสำคัญที่ตัดสินความคุ้มค่าของการรักษาความดันโลหิตสูงคือค่ายาที่ใช้ในการรักษา และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยขณะเริ่มทำการรักษา เนื่องจากประเทศไทยยังเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา และมีความจำกัดในเรื่องของทรัพยากร แพทย์จึงควรที่จะใช้ยาด้วยความระมัดระวัง

สำหรับในรายที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงมาก และจะได้ประโยชน์สูงสุดจากการควบคุมความดันโลหิตด้วยยาผสมหลายขนาน ยาบางขนานที่มีราคาแพงก็อาจมีความคุ้มค่า แต่ในรายที่มีความเสี่ยงน้อย การให้ยาลดความดันโลหิตที่มีราคาแพงก็อาจไม่คุ้มค่า

ข้อแนะนำในการติดตามผู้ป่วย

ความถี่ในการติดตามผู้ป่วยจะขึ้นกับระดับความดันโลหิตที่วัดได้ตอนเริ่มแรก (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 ระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของความดันโลหิต

ระดับความดันโลหิต (มม.ปรอท)		ระยะเวลานัด
SBP	DBP	
<120	<80	ตรวจวัดระดับความดันโลหิตใหม่ใน 1 ปี
120-139	80-89	ตรวจวัดระดับความดันโลหิตใหม่ใน 6 เดือน
140-159	90-99	ตรวจยืนยันว่าเป็นความดันโลหิตสูงจริงใน 2 เดือน
160-179	100-109	ประเมินหรือส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อภายใน 1 เดือน
≥180	≥110	ประเมินหรือส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อทันทีหรือภายใน 1 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นกับสภาพผู้ป่วย

การปรับลดขนาดหรือจำนวนยา

จะกระทำได้อีกเมื่อสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี โดยค่อยๆ ลดขนาดยาหรือถอนยาออกอย่างช้าๆ ซึ่งมักจะทำได้ในผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว บางรายอาจถอนยาได้หมด ซึ่งก็ควรติดตามผู้ป่วยนั้นต่อไปเนื่องจากความดันโลหิตอาจสูงขึ้นอีกในระยะเวลาเป็นเดือนหรือเป็นปีหลังหยุดยา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถคงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไว้

ข้อแนะนำในการทำให้ผู้ป่วยติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

1. ให้สังเกตสิ่งบอกเหตุที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง
2. ตั้งเป้าหมายของการรักษา กล่าวคือลดระดับความดันโลหิตลงให้เป็นปกติ โดยให้เกิดฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์จากยาน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย
3. ติดต่อกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยพิจารณาใช้โทรศัพท์ e-mail เป็นต้น
4. พยายามทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่แพงและเรียบง่าย
5. ส่งเสริมการปรับพฤติกรรม
6. พยายามสอดแทรกการรับประทานยาเข้าไปในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
7. ให้พิจารณาใช้ชนิดของยาตามหลักเภสัชศาสตร์ ปัจจุบันนิยมให้ยาที่ออกฤทธิ์ยาว
8. ให้พิจารณาหยุดการรักษาที่ไม่ประสบผลสำเร็จและหาทางเลือกอื่น
9. ให้คำนึงถึงฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยา โดยปรับชนิดของยาและให้ยาที่จะป้องกันหรือก่อให้เกิดฤทธิ์ไม่พึงประสงค์น้อยที่สุด
10. ค่อยๆ เพิ่มขนาดยาที่มีประสิทธิภาพและไม่ก่อให้เกิดฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์จนได้ขนาดยาที่เหมาะสมเพื่อให้ได้ระดับความดันโลหิตเป้าหมาย

11. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีทัศนคติที่ดีและความเข้าใจถูกต้องต่อการรักษาตลอดจนถึงความสำคัญที่จะต้องควบคุมให้ได้ถึงระดับความดันโลหิตเป้าหมาย

12. พิจารณาให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างดีแล้วมาช่วยในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- ชนิกานต์ สมจรรย์. (2550). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของสตรีไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลครอบครัวและชุมชน) . มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วิทยา ศรีดามาและคณะ. (2548) . **Evedence- Base Clinical Practice Guideline ทางอายุรกรรม 2548**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2549). **การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนชาวไทย**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 1-12 สงขลา. (2549). **รายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด ปี 2549**.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2548). **เอกสารการประกอบการแถลงผลงานประจำปี 2548** กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 30 ธันวาคม 2548. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ค้นเมื่อ 9 พฤษภาคม 2550 จาก thaincdprevention.com/NCD/indexni1.php?sub=page_view.php&sec=2&view=204
- สำนักตรวจราชการเขต 12. (2546). **เอกสารสรุปผลการตรวจราชการ เขต 12**. กระทรวงสาธารณสุข. อาคิส พิทักษ์คุมพล. (2548). **องค์ความรู้อิสลามกับสุขภาพ**. ปัตตานี : โรงพิมพ์มิตรภาพ.
- Azizi,F. (2002). **Research in Islamic fasting and health**. Ann Saudi Medicine. 122 (3-4) : 186-191. Retrive April, 10, 2007 from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1768280>.
- Karaagaoglu, N : Yucecan, S . (2000). **Some behavioural changes observed among fasting subjects, their nutritional habits and energy expenditure in Ramadan**. Internation Journal Food Sciences Nutrition. 2000 Mar; 51(2): 125-34. Retrive July, 30, 2007 from http://grande.nal.usda.gov/ibids/index.php?mode2=detail&origin=ibids_references&therow=374160.
- Masachiro Toda and Kanehisa Morimoto. 2000. **Effects of Ramadon Fasting on the health of Muslims**. Nippon january 2000, 54(4) 592-6 Retrive July, 30, 2007 from www.askre.info.

บันทึก

บทที่ 4

บทบัญญัติและวัฒนธรรมอิสลามที่เกี่ยวข้องกับ โรคเรื้อรัง

จากการศึกษาในบทที่ผ่านมาปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจหลอดเลือดตามวัยและแนวโน้มซึ่งครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ด้วยแล้วเป็นส่วนใหญ่

- **ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้** : สัดส่วนร้อยละของโครงสร้างอายุประชากร สัดส่วนร้อยละของเพศ และร้อยละการกระจายของพันธุกรรม เผ่าพันธุ์ ฯลฯ ตามลำดับ

- **ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้** ได้แก่

1) สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงสำคัญและแนวโน้มของชุมชน : ภาวะความดันโลหิตสูง การบริโภคยาสูบ สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตวิถีชีวิตนั่งๆ นอนๆ บริโภคเกินไม่ได้สัดส่วน (เกลือโซเดียม, ไขมัน ฯลฯ) ภาวะอ้วน ภาวะเบาหวาน ภาวะไขมันผิดปกติ ความเครียด และบริโภคแอลกอฮอล์ปริมาณสูง

- 2) ความเป็นเมืองที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ
- 3) การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม เช่น โอกาสซื้อที่เพิ่มขึ้นจากรายได้ที่เพิ่มขึ้น ช่องว่างระหว่างระดับเศรษฐกิจและสังคม ความยากจน การเข้าถึงการดูแล ประกันสุขภาพ การลดลงของเครือข่ายสังคม ฯลฯ
- 4) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมที่สำคัญและมีผลต่อการจัดการดูแลตนเองพื้นฐานและใช้บริการการป้องกัน

จากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น สามารถนำเสนอบทบัญญัติอิสลามทั้งอัลกุรอาน และหะดีษ ตลอดจนความคิดเห็นของนักวิชาการอิสลามดังนี้

สิ่งที่จะนำเสนอลำดับต่อไปนี้อ้างอิงหัวข้อบทความของ นพ.มูหมัดดาอ๊ะ เจ๊ะเลาะ ในการดูแลสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง

สุขภาพ เป็นสิ่งที่มนุษย์ปรารถนา เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญอันจะนำความสงบสุขให้กับชีวิตมุสลิมทุกคนถือว่าการมีสุขภาพที่ดีนั้นเป็นความโปรดปราน (นิอัมัต) อย่างหนึ่งจากอัลลอฮ์ ซุบฮานะฮูวะตะอาลา ที่ควรจะรักห่วงแหน ดูแลทะนุถนอมเป็นอย่างดี และจะต้องรู้จักขอบคุณผู้ให้นิอัมัตนี้ด้วย นั่นคืออัลลอฮ์ ซุบฮานะฮูวะตะอาลา ด้วยการกล่าวขอบคุณ (ซูโกร) และปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม คือต้องเป็นบ่าวที่ดีและต้องยำเกรง (ตักวา) ต่อพระองค์อย่างแท้จริง เพราะมนุษย์ส่วนใหญ่จะหลงลืม ไม่ใช้นิอัมัตนี้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ตามเจตนารมณ์ของอัลลอฮ์ นั่นคือ เพื่อการภักดี (อิบาดะฮ์) ต่อพระองค์

ท่านนบีมูฮัมมัด คือลัลลลอฮุอะลยฮิวะซัลลัม ได้กล่าวว่า :

(رواه البخاري) نعمتان مغبون فيهما كثير من الناس الصحة والفراغ

“นิอัมัต (ความสุข ความโปรดปราน) อยู่ 2 ประการ ที่คนส่วนใหญ่จะหลงลืม นั่นคือการมีสุขภาพที่ดี และมียามว่าง” (รายงานโดย อัลบุคอรี)

การดูแลสุขภาพ ต้องมีความรู้ มีอีมาน มีวินัยอย่างเคร่งครัด รู้จักบริหารตนเองและเวลา หากศึกษาในหลักการอิสลามแล้ว การดูแลสุขภาพส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นการป้องกันมากกว่าการบำบัดรักษา นักปราชญ์ได้กล่าวว่า

الوقاية خير من العلاج

“การป้องกันโรค ดีกว่า การบำบัดรักษา”

การดูแลสุขภาพในเชิงการรักษาป้องกันโรค จะกระทำต่อเมื่อผู้นั้นหมั่นเพียรหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ แล้วเกิดความตระหนัก พร้อมทั้งจะเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีและนำไปปฏิบัติเป็นรูปธรรมอย่างสม่ำเสมอ

ท่านนบีมุหัมมัด คือลัลลอฮุอะลยิอะซัลลัม เอง เป็นคนที่มีสุขภาพที่แข็งแรง ท่านเคยประลองกำลังกับชายหนุ่มคนหนึ่งชื่อ รุกอนะฮ์ ที่มีร่างกายแข็งแรง แต่ท่านนบีสถาสามารถล้มชายคนนั้นลงกับพื้นได้ถึง 3 ครั้ง ก่อนที่ชายคนนั้น จะยอมนับถือศาสนาอิสลามในเวลาต่อมา

ท่านนบี คือลัลลอฮุอะลยิอะซัลลัม เคยกล่าวว่า :

المؤمن القوى خير واحب إلى الله من المؤمن الضعيف وفي كل خير احرص على ما ينفعك واستعن بالله ولا تعجز (رواه مسلم)

“ผู้ศรัทธาที่แข็งแรง ย่อมประเสริฐกว่า และเป็นที่รักยิ่งของอัลลอฮ์ มากกว่าผู้ศรัทธาที่อ่อนแอ และในทุกการงานที่ดี จงยึดมั่นต่อสิ่งที่ให้คุณประโยชน์ และจงขอความช่วยเหลือต่ออัลลอฮ์ และจงอย่าเป็นคนที่ย่อแอ” (รายงานโดย มุสลิม)

ใน ค.ศ.1948 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำนิยาม “สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม มีชีพียปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น” ต่อมาในปี ค.ศ.1984 องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามเพิ่มเติมจากเดิมได้ระบุไว้เพียง 3 มิติ มาเป็น 4 มิติ ดังนี้

“สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย (Physical) จิตใจ (Psycho) จิตวิญญาณ (Spiritual) และสังคม (Social) มีชีพียปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น”

จากคำนิยามข้างต้น จะเห็นได้ว่า ศาสนามีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ดังนั้น การดูแลสุขภาพ ในยุคปัจจุบัน ควรอยู่ในรูปแบบบูรณาการระหว่างหลักการอิสลามกับหลักการแพทย์และสาธารณสุข ที่ไม่ขัดต่อหลักศาสนาเข้าด้วยกัน ดังต่อไปนี้

1. การดูแลสุขภาพร่างกาย

ปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพกายมีดังนี้

1.1 ดูแลเรื่องอาหารที่บริโภค

มุสลิมต้องเลือกรับประทานอาหารที่อิสลามกำหนดไว้คือ **อาหารที่หะلال** คือ อาหารที่อิสลามได้อนุมัติให้รับประทานได้ ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ อาหารที่ดี (ฎอยยิบัน) คือ อาหารที่มีประโยชน์ สะอาด ปลอดภัยจากสารเคมีเจือปน อร่อย เหมาะสมกับวัยและสภาพของแต่ละคน มีผลต่อการพัฒนาการทางด้านร่างกายจิตใจและจิตวิญญาณ

อัลลอฮ์ได้ตรัสในอัลกุรอาน ชูเราะฮ์อัลบะกะรอเราะฮ์ โองการที่ 168 (2:168) ว่า

يَا أَيُّهَا النَّاسُ كُلُوا مِمَّا فِي الْأَرْضِ حَلَالًا طَيِّبًا وَلَا تَتَّبِعُوا خُطُوَاتِ الشَّيْطَانِ إِنَّهُ لَكُمْ

عَدُوٌّ مُبِينٌ

ความว่า “โอมนุษย์ทั้งหลาย จงบริโภคสิ่งที่ได้รับอนุมัติ (หะلال) และสิ่งที่ดี (ฎอยยิบัน) จากที่มีอยู่ในแผ่นดิน และจงอย่าปฏิบัติตามแนวทางของชัยฏอนมารร้าย เพราะมันเป็นศัตรูอันชัดแจ้งของพวกเจ้า”

การรับประทานอาหารตามแบบสุนนะฮ์ จะช่วยป้องกันโรค ได้สุขภาพและเป็นการทำอิบาดะฮ์ ช่วยพัฒนาการทางด้านร่างกายและอัคลาก (จริยธรรม) แบบอย่างของท่านศาสดาในรับประทานอาหาร มีดังนี้

1. การกล่าวบิสมิลลาฮ์ ก่อนรับประทานอาหาร และเริ่มรับประทานจากสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวก่อน
2. การกินและดื่มด้วยมือขวา
3. การหายใจออกภาชนะในขณะที่ดื่มน้ำ
4. รินเครื่องดื่มให้คนอื่นด้านขวาก่อน
5. ไม่ดื่มพลางยืน
6. ไม่รับประทานและดื่มในภาชนะทองคำและเงิน
7. รับประทานอาหารด้วยสามนิ้ว และจะเลียมือของท่านก่อนที่จะเช็ดมัน
8. รับประทานอาหารด้วยปริมาณที่สามารถประทังชีวิตและสร้างความแข็งแรงแก่ร่างกาย
9. ไม่ตำหนิอาหาร
10. ไม่รับประทานมากจนเกินไป
11. การเลี้ยงอาหารและให้ความช่วยเหลือแก่คนอื่นมีความประเสริฐ
12. กล่าวชื่นชมอาหารของผู้รับประทาน
13. ไม่เป่าลมรดเครื่องดื่ม
14. ผู้ให้บริการน้ำแก่คนอื่นต้องดื่มหลังสุด
15. รับประทานอาหารร่วมกัน
16. ให้เกียรติแขกและให้บริการด้วยตัวเอง
17. จะไม่นั่งรับประทานอาหารด้วยในสภาพเฝ้าแขน
18. อย่ารับประทานของคนรีบร้อน
19. ปิดภาชนะเครื่องดื่มให้มิดชิดก่อนจะเข้านอนพร้อมกับเอ่ยพระนามอัลลอฮ์
20. การรับประทานพร้อมกับคนไข้
21. เมื่อถึงเวลาอาหารค่ำ ก็จงอย่ารีบร้อน
22. รับประทานอาหารในถาดเริ่มจากด้านล่างของถาด

อาหารแต่ละมื้อ ควรจะได้พลังงาน (แคลอรี) ที่เหมาะสม ครบหลักอาหาร 5 หมู่ มีวิตามิน และเกลือแร่ที่ร่างกายต้องการ เช่น

อาหารสำหรับผู้สูงอายุ (อายุ 40-60 ปี) ควรจะลดอาหารประเภทแป้งและไขมัน ควรจะบริโภคเนื้อ นม ถั่ว ผัก และผลไม้มากขึ้น

เลือกรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย เพราะกระเพาะอาหาร ลำไส้ ตับ ไต เริ่มเสื่อมลง ควรลดอาหารรสเค็มจัด เพราะไตจะต้องทำงานหนักยิ่งขึ้น

1.2 การออกกำลังกาย

ได้ปรากฏว่าการกีฬา การออกกำลังกาย และการเคลื่อนไหวก็ได้รับการส่งเสริมจากศาสดา ท่านศาสดานิยามการวิ่งแข่ง เดินแข่ง และขี่ม้าแข่ง และส่งเสริมให้ผู้ใกล้ชิดได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ยังปรากฏเรื่องของการออกกำลังกายในหะดีษ

หะดีษหนึ่ง ท่านนบีมุหัมมัด ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม ได้กล่าวความว่า “ผู้ศรัทธาที่มีความเข้มแข็งย่อมประเสริฐและเป็นที่รักของพระเจ้ายิ่งกว่าผู้ศรัทธาที่อ่อนแอ” (รายงานโดย มุสลิม)

ความเข้มแข็งในหะดีษนี้ คือความเข้มแข็งทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสติปัญญา และที่สำคัญความเข้มแข็งนี้ เป็นความเข้มแข็งที่เกิดจากความเพียรพยายามหมั่นดูแลรักษาสุขภาพของตัวเองของผู้ศรัทธา จนกลายเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งของอีมาน (ศรัทธา) และเป็นที่รักของอัลลอฮ์

และหะดีษอื่น ๆ อีก เช่น

ท่านหญิงอาอิชะฮ์ รอฎียัลลอฮุอันฮา ได้เล่าว่า “ฉันได้อยู่ร่วมกับท่านนบี ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม ในการเดินทางคราวหนึ่ง ฉันได้ (วิ่ง) แข่งกับท่าน และฉันก็ชนะท่านโดยอาศัยสองเท้าของฉัน ต่อมาเมื่อฉันแบกเนื้อ (อ้วน) มากขึ้น ฉันก็ได้แข่งขันกับท่านอีก แต่ปรากฏว่า ท่านชนะฉัน และท่านก็กล่าวว่า ครั้งนี้แตกต่างกับครั้งนั้น” (รายงานโดย อับูดาวูด)

ท่านอับนิ อุมัร รอฎียัลลอฮุอันฮู ได้เล่าว่า “ท่านนบี ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม ได้จัดแข่งม้าที่ได้ฝึกฝนมาเป็นอย่างดี โดยท่านได้ปล่อยมันออกจาก อัล-ฟายาฮ์ และจุดหมายปลายทางของมัน คือ ษะนีเยตุลวะดาอ์ ฉันได้กล่าวกับมุสาวว่า ระยะทางเท่าไรระหว่างนั้น? เขาตอบว่า หกไมล์ หรือเจ็ดไมล์ และท่านได้จัดแข่งม้าที่ยังไม่ได้รับการฝึกฝน โดยท่านปล่อยมันจาก ษะนีเยตุลวะดาอ์ และจุดหมายปลายทางคือมัสยิดบนิซุรอยกุ ฉันได้ถามว่า มีระยะทางเท่าไรระหว่างนั้น? เขาตอบว่า หนึ่งไมล์ หรือประมาณนั้น และอับนิ อุมัร ก็เป็นหนึ่งในบรรดาผู้ที่เข้าร่วมแข่งขันด้วย” (รายงานโดย มุสลิม บุคอรี อับูดาวูด ตีรฺมีซี และนะสาอี)

ท่านอนัส รอฎียัลลอฮุอันฮู ได้เล่าว่า “ท่านนบี ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม มีอูฐตัวหนึ่ง ชื่อ อัล-อฎบาฮ์ ที่แข่งขันแล้วไม่เคยแพ้ ต่อมาได้มีชาวอาหรับชนบทคนหนึ่งซื้ออูฐตัวผู้ซึ่งเขาใช้เป็นประจำมา และได้แข่งขันอูฐอัล-อฎบาฮ์ การเช่นนั้นทำให้มวลมุสลิมรับไม่ได้ (ที่อูฐ อัล-อฎบาฮ์ แพ้) จนในที่สุด ท่านนบี ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม ก็รู้และท่านได้กล่าวว่า เป็นหน้าที่ของอัลลอฮ์ที่จะทรงทำให้ไม่มีสิ่งใดในโลกนี้สูงขึ้น นอกจากพระองค์จะกดให้มันต่ำลง” (รายงานโดย บุคอรี และนะสาอี) (มานี ชูไทย, 2544)

การออกกำลังกายแบ่งเป็น 2 ประเภท

1. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (Exercise for Health)
2. การออกกำลังกายเพื่อการแข่งขัน (Exercise for competition)

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ มี 4 ชนิด

1. **Aerobic Exercise** เช่น การเดิน วิ่งเหยาะๆ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เป็นต้น
2. **Callisthenic Exercise** คือการ Warm up และ Cool down ก่อนและหลังออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา เช่น การบิดข้อเท้า การสับัดข้อมือ การบิดลำตัว เอว สะโพก การแกว่งแขน เป็นต้น
3. **Relaxation Exercise** เช่น รำมวยจีน เป็นต้น
4. **High Resistencemaerobic Exercise** เช่น กีฬายกน้ำหนัก เป็นต้น

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ควรจะเลือกออกกำลังกายที่มีผลต่อระบบหัวใจ ระบบการหายใจ กระดูก กล้ามเนื้อและข้อ เป็นสำคัญ นั่นคือ Aerobic Exercise โดยมีหลักเกณฑ์ “FITT FORMULA” ดังนี้

1. **F = Frequency** (ความถี่) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
2. **I = Intensity** (ความรุนแรง) คือ การออกกำลังกายจนกว่าการเต้นของหัวใจจะเพิ่มมากขึ้น ประมาณร้อยละ 60-85 ของค่า Age-predicted maximum rate (MHR) หมายถึง การออกกำลังกายจนมีเหงื่อออก และเริ่มหายใจเร็วและลึกมากขึ้น โดยไม่รู้สึกรู้สึกลับเหนื่อยหรือคล้ายจะเป็นลม
ค่า predicted MHR = 220-อายุ(ปี) เช่น อายุ 45 ปี ค่า MHR = 220-45 = 175 ครั้ง/นาที
3. **Type of Activity** (ชนิดของกิจกรรม) เลือกการออกกำลังกายที่ตนชอบเหมาะสมกับอายุและสภาพร่างกายของตนเอง เช่น การเดิน เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับทุกเพศทุกวัย ประหยัดและปลอดภัย
4. **Time of Duration** (ระยะเวลา) อย่างน้อย 15-60 นาที/ครั้ง ขึ้นอยู่กับประเภทของการออกกำลังกาย ถ้าว่ายน้ำอย่างน้อย 20 นาที จะสูญเสียแคลอรีเท่ากับการเดิน 60 นาที (ประมาณ 200-300 แคลอรี) โดยจะมีการอุ่นเครื่อง (warm up) ด้วยวิธี Callisthenic Exercise 3-5 นาที ก่อนออกกำลังกาย Aerobic และจะต้อง Cool down อีก 3-5 นาทีด้วย Callisthenic Exercise ก่อนที่จะเสร็จสิ้นการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง

ควรมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง มีแรงบีบตัวเพิ่มขึ้น และการเต้นหัวใจจะช้าลง เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ออกกำลังกาย เท่ากับการประหยัดพลังงานของเรา

ท่านนบีมุหัมมัด คือลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม ส่งเสริมการเล่นกีฬา และการออกกำลังกาย ท่านได้กล่าวว่า

علموا اولادكم السباحة والراية وركوب الخيل (روه النساء ابن ماجة)

“จงสอนลูกหลานของท่านให้ว่ายน้ำ การยิงธนู และการขี่ม้า” (รายงานโดย อิบน์มาญะฮ์)

เราในฐานะที่เป็นมุสลิมและมุสลิมะฮ์ ควรที่จะเลือกวิธีการออกกำลังกายที่ไม่ขัดต่อหลักการของศาสนาอิสลาม ถ้าศึกษาอิริยาบถของการละหมาด โดยเฉพาะละหมาดซุนนะฮ์ตะรอเวียฮ์ และละหมาดตะห์ญุด หรือละหมาดซุนนะฮ์อื่น ๆ ที่ใช้เวลานาน 30-60 นาที น่าจะเป็นวิธีการบริหารร่างกายอย่างหนึ่ง ในประเภท **Relaxation Exercise** แต่ผลที่จะได้รับจากการละหมาดย่อมไม่อาจจะเปรียบเทียบกับการบริหารชนิดต่าง ๆ ได้ เพราะการละหมาदनอกจากจะเป็นอิบาดะฮ์ได้ผลบุญแล้ว ยังเป็นการฝึกสมาธิด้านจิตใจ และเสริมสร้างความเข้มแข็ง ทางด้านร่างกายและจิตวิญญาณอีกด้วย

ซึ่งในทัศนะของอิสลามแล้ว โรคแบ่งเป็น 2 ประเภท

1. ก็อลบุน มารีฎ คือ โรคทางด้านจิตใจหรือหัวใจ
2. ญัสมุน มารีฎ คือ โรคทางด้านร่างกาย

ก็อลบุน (قَلْبٌ) ภาษาอาหรับหมายถึง หัวใจ หมุน เปลี่ยนแปลง ศูนย์กลาง แก่น ใจกลาง แต่ก็อลบุนในความหมายของ Metaphysic / นามธรรม หมายถึง แก่นแท้ของมนุษย์ที่สามารถรับรู้ เข้าใจ และมีสติ (อิมามอัลฆอซาลี)

สามารถอธิบายลักษณะของทั้งสองโรค พอเป็นสังเขป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) โรคทางด้านจิตใจ

จิตใจหรือหัวใจนั้นอยู่ไหน? อัลลอฮ์ ซุบฮานะฮ์วะตะอาลา ได้ทรงตรัสว่า

يَأْتِيهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَتْكُمْ مَوْعِظَةٌ مِنْ رَبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِمَا فِي الصُّدُورِ وَهُدًى وَرَحْمَةٌ

لِلْمُؤْمِنِينَ

ความว่า “โอ้มนุษย์เอ๋ย แท้จริงข้อตักเตือน (อัลกุรอาน) จากพระเจ้าของพวกท่าน ได้มายังพวกท่านแล้ว และ (มัน) เป็นการบำบัดสิ่งที่มิอยู่ในทรวงอก และเป็นการชี้แนะทาง และเป็นความเมตตาแก่บรรดาผู้ศรัทธา” (อัลกุรอาน ซูเราะฮ์ญิน) [10:57]

หัวใจเป็นตัวชี้นำถึงพฤติกรรมชั่วหรือดีของมนุษย์ เมื่อหัวใจของเขาดี การงานทุกอย่างของเขาก็จะดีด้วย แต่ถ้าหากหัวใจของเขาไม่ดี แน่นนอนทุกการงานของเขาก็จะไม่ดีไปด้วย ซึ่งในเรื่องนี้ได้รับคำยืนยันจากท่านศาสดามุฮัมมัด คือลัลลลอฮุอะลยฮิวะซัลลัม ท่านได้กล่าวว่า

الاوان في الجسد مضغة إذا صلحت إذا صلحت الجسد كله وإذا فسدت فسد الجسد كله الا وهي القلب

(رواه البخاري ومسلم)

“พึงทราบเถิดว่า แท้จริงในร่างกายของมนุษย์นั้น มีชิ้นเนื้ออยู่ก้อนหนึ่ง หากมันดี ทุกอย่างของร่างกายจะดี แต่ถ้าหากมันไม่ดี ทุกอย่างของร่างกายก็จะไม่ดีไปด้วย พึงทราบเถิดว่า สิ่งนั้น คือ หัวใจ” (รายงานโดย อัลบุคอรีและมุสลิม)

โรคทางจิตใจหรือหัวใจ ได้ถูกกล่าวถึงมากมายในคัมภีร์อัลกุรอาน เป็นเครื่องชี้วัดความสงบสุขของการมีชีวิตทั้งบนโลกนี้และโลกหน้า โดยเฉพาะในโลกหน้า หากเรามีพฤติกรรมที่ไม่ดี ขัดต่อหลักการสอนของศาสนาอิสลาม เป็นผลจากจิตใจของเขาที่ปฏิเสธต่อหลักการสอนของอัลลอฮ์ และรอซูลของพระองค์ แน่ละผู้นั้นจะต้องได้รับการลงโทษจากพระองค์ ชุบหานะฮ์วะตะอาลา

พระองค์ได้ตรัสว่า

﴿فِي قُلُوبِهِمْ مَرَضٌ فَزَادَهُمُ اللَّهُ مَرَضًا وَلَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌ بِمَا كَانُوا يَكْذِبُونَ﴾

ความว่า “ในหัวใจของพวกเขาจะมีโรคอย่างหนึ่ง (โรคแห่งความสงสัย) และอัลลอฮ์ได้ทรงเพิ่มโรคอีกอย่างหนึ่ง (โรคแห่งความดื้อดันและปฏิเสธศรัทธา) ให้แก่พวกเขา และพวกเขาจะได้รับการลงโทษอันเจ็บแสบเนื่องจากการที่พวกเขากล่าวเท็จ” (อัลกุรอาน ซูเราะฮ์อัลบะกอเราะฮ์)

[2:10]

ในอัลกุรอานได้กล่าวถึงโรคที่เกิดจากหัวใจที่ไม่ยอมรับความสัจธรรมจากอัลลอฮ์ ทำให้หัวใจของพวกเขาดื้อดันและมีพฤติกรรมที่ไม่ดี ขณะที่ใช้ชีวิตอยู่บนโลกนี้ การแสดงออกหรือพฤติกรรมที่ไม่ดี ที่เกิดจากหัวใจของเขาเป็นโรค มีดังนี้

1. เป็นคนที่กลับกลอก พุดเท็จ
2. อิจฉาริษยา
3. มีความโลภ
4. หยิ่งยโส
5. ชอบโอ้อวด
6. อาฆาตแค้น
7. มีความระแวง มองคนอื่นในแง่ร้าย เป็นต้น

การกระทำในสิ่งที่ชั่วหรือเป็นบาปจะทำให้หัวใจของเขาเพิ่มความสกปรกโสมม หัวใจของเขาจะยังมีดมน จะมองไม่เห็นความสัจจริงและความดีงามอะไร คิดแต่ความสุขหรือประโยชน์ส่วนตน ไม่คิดถึงผลกระทบหรือความเดือดร้อนทุกข์ยากของคนอื่น ดังนั้นคนที่เป็โรคทางใจ เขาสามารถกระทำได้ทุกอย่างโดยไม่คำนึงถึงถูกหรือผิด ความถูกต้องหรือสัจธรรม คุณธรรมแต่อย่างใด

อัลลอฮ์ได้ตรัสว่า

﴿كَلَّا بَلْ رَانَ عَلَى قُلُوبِهِمْ مَا كَانُوا يَكْسِبُونَ﴾

ความว่า “มิใช่เช่นนั้น แต่ว่าสิ่งที่เขาได้ชวนชวายเป็นนั้นได้เป็นสนิมบนหัวใจของพวกเขา” (อัลกุรอาน ซูเราะฮ์มูฏ็อฟฟิฟีน) [83:14]

2) โรคทางกาย (ญิสมุน มาริฏ)

โรคทางด้านร่างกายนั้นมีมากมายเหลือเกิน เพราะทุกระบบในร่างกายของเราสามารถเกิดโรคขึ้นมาได้ หากร่างกายของเราขาดความสมดุลในระบบนั้น ๆ โรคทางด้านร่างกายบางอย่าง สามารถป้องกันได้ หากเรารู้วิธีการป้องกันและประพฤติปฏิบัติอย่างเป็นนิจ เราสามารถเสริมสร้างให้ร่างกายของเราแข็งแรงได้ เพื่อป้องกันมิให้เกิดโรคได้ง่าย หากเราได้รับเชื้อหรือมีผลกระทบทางด้านจิตใจ

1.3 การพักผ่อน

อัลลอฮ์ ซุบฮานะฮ์วะตะอะลา ทรงแตรัสไว้ในอัลกุรอาน ซุเราะฮ์อันนะบอาอ์ โองการที่ 9 [78:9]

وَجَعَلْنَا نَوْمَكُمْ سُبَاتًا

ความว่า “และเราได้ทำให้การนอนของพวกเจ้าเป็นการพักผ่อน”

และในอัลกุรอาน ซุเราะฮ์ฮัจญ์ โองการที่ 86 [27:86]

أَلَمْ يَرَوْا أَنَّا جَعَلْنَا اللَّيْلَ لَيْسَكُنُوا فِيهِ وَالنَّهَارَ مُبْصِرًا ۚ إِنِّ فِي ذَٰلِكَ لَآيَاتٍ لِّقَوْمٍ

يُؤْمِنُونَ

ความว่า “พวกเขามิได้พิจารณาหรือว่า แท้จริงเราได้ให้กลางคืนไว้สำหรับพวกเขาได้พักผ่อน และกลางวันให้เห็นแสงสว่าง แท้จริงในการนั้นย่อมเป็นสัญญาณมากมายสำหรับหมู่ชนผู้ศรัทธา”

และจากหะดีษ ท่านอับดุลลอฮ์ บิน อัมรฺ รอฎียัลลอฮุอันฮู ได้เล่าว่า “ท่านนบี ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม ได้กล่าวแก่ฉันว่า ฉันได้ทราบข่าวว่า ท่านนั้นอดหลับอดนอนในเวลากลางคืนเพื่อท่านมาฆ และท่านได้ถือศีลอดอีกในเวลากลางวันใช่หรือไม่? ฉันตอบว่า ฉันได้กระทำเช่นนั้นจริง ท่าน (นบี) กล่าวว่า ถ้าหากท่านทำอย่างนั้น ดวงตาของท่านจะลึกและกลวงโป้ และร่างกายของท่านจะเหนื่อยหน่าย และเมื่ออย่า และแท้จริงตัวของท่านนั้นมีสิทธิที่จะได้รับ (การพักผ่อน) และครอบครัวของท่านก็มีสิทธิได้รับ (ค่าเลี้ยงดูและความสุขจากท่าน) ดังนั้นท่านจงถือศีลอด (เป็นบางวัน) และละศีลอด (เป็นบางวัน) ท่านจงลุกขึ้นมาฆ (เป็นบางครั้ง) และนอนพักผ่อน (เป็นบางครั้ง)” รายงานโดยบุคอรี และมุสลิม

การพักผ่อนที่ดีที่สุด คือการนอนหลับ เด็กจะใช้เวลาในการนอนหลับมากกว่าผู้ใหญ่ ผู้ใหญ่ควรพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง การนอนตามแบบอย่างของท่านศาสดามุฮัมมัด ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม (ซุนนะฮ์) จะได้ทั้งสุขภาพและอิบาดีตต่ออัลลอฮ์ ซุบฮานะฮ์วะตะอะลา ซึ่งการนอนตามแบบอย่างของศาสดา คือ การนอนตะแคงขวา มีรายละเอียดดังนี้

อิสลามได้สอนมารยาทต่างๆ ในการนอน ไม่ว่าจะเป็นก่อนนอน ขณะนอน หรือหลังจากตื่นนอน และหนึ่งในคำสอนของอิสลามคือ ให้นอนตะแคงขวา ท่านนบีมุหัมมัด ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะสัลลัม ได้กล่าวความว่า “เมื่อท่านต้องการที่จะเข้านอนก็จงเอาน้ำละหมาดเพื่อละหมาดหลังจากนั้นก็จงนอนตะแคงขวา” (บันทึกโดย อัลบุคอรี : 329)

ท่านอิบนุก็อยยิม (เสียชีวิตปี 751 ฮ.ศ.) ได้กล่าวไว้ในหนังสือ “ซาอูลมะอาด” (4/166) ว่า “และท่านนอนที่ให้ประโยชน์มากที่สุดคือ การนอนตะแคงขวา เพราะอาหารในกระเพาะจะอยู่ในท่านี้ได้ดี เพราะกระเพาะจะค่อนอยู่ทางซ้ายเล็กน้อย ... และการนอนตะแคงซ้ายบ่อยๆ จะเป็นอันตรายต่อหัวใจ เพราะอวัยวะต่างๆ จะโถมทับมัน...”

นพ.ชนินทร์ ลีวานันท์ ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้กล่าวเอาไว้ว่า การพักผ่อนที่ดีที่สุดคือการนอนหลับ และมนุษย์ใช้เวลาเพื่อการนอนถึง 1 ใน 3 ของเวลาทั้งหมดที่มีในแต่ละวัน เพราะฉะนั้นทำให้ท่านอนจึงเป็นสิ่งสำคัญมากจะส่งผลให้ผู้นอนหลับสนิทตลอดคืน และตื่นขึ้นมาด้วยความสดชื่น แจ่มใส พร้อมทั้งจะทำให้กิจกรรมระหว่างวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ท่านอนตะแคงขวา เป็นท่านอนที่ดีที่สุดเมื่อเทียบกับท่านอนอื่น เพราะจะช่วยให้หัวใจเต้นสะดวก อาหารจากกระเพาะจะถูกบีบลงลำไส้เล็กได้ดี ทั้งยังช่วยบรรเทาอาการปวดหลังได้เป็นอย่างดีอีกด้วย

ท่านอนตะแคงซ้าย เป็นท่าที่ช่วยลดอาการปวดหลังได้แต่ควรกอดหมอนข้าง และพาดขาไว้เพื่อป้องกันอาการขาชาซ้าย จากการนอนทับเป็นเวลานาน แต่ท่านอนตะแคงซ้ายอาจทำให้เกิดลมจุกเสียดบริเวณลิ้นปี่ เนื่องจากอาหารที่ยังย่อยไม่หมดในช่วงก่อนเข้านอนคั่งค้างในกระเพาะอาหาร ท่านอนตะแคง หากได้ออเข้าข้างหนึ่ง และมีหมอนข้างกอดไว้ หรือจะงอเข้าทั้งสองข้างในท่าคู้ตัวก็ได้ สำหรับหมอนที่ใช้หนุนในท่านี้ควรมีความหนาพอที่จะทำให้ศีรษะอยู่ในแนวเดียวกันกับลำตัว หากใช้หมอนเตี้ยเกินไป ศีรษะจะเอียงลงหรือหาหมอนที่มีความสูงเท่าหรือใกล้เคียงกับระยะจากระดับด้านข้างของศีรษะไปถึงแนวระดับไหล่ เมื่อหนุนแล้ว จึงทำให้แนวของกระดูกสันหลังส่วนคออยู่ในแนวเดียวกับกระดูกสันหลังส่วนอกและส่วนเอว (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ สสส., 2550)

1.4) อากาศบริสุทธิ์

อากาศเป็นสิ่งจำเป็นต่อชีวิต อากาศบริสุทธิ์จำเป็นต่อการมีสุขภาพดี ร่างกายต้องการออกซิเจนเพื่อการเผาผลาญในร่างกายให้เกิดพลังงาน และใช้ในการขับพอกโลหิตในถุงลมปอดให้สะอาด เมื่อร่างกายขาดอากาศออกซิเจนในการหายใจ ในเวลาไม่กี่วินาที อาจจะทำให้หมดสติและเสียชีวิตได้ เราต้องพยายามหาแหล่งอากาศบริสุทธิ์เพื่อการหายใจ และพยายามหลีกเลี่ยงจากอากาศที่ไม่บริสุทธิ์ เพื่อสุขภาพที่ดีของเรา อย่าพยายามทำลายบรรยากาศที่ล้อมรอบตัวเราด้วยควันบุหรี่

1.5) น้ำ และสุขภาพที่ดี

น้ำเป็นสิ่งจำเป็นต่อชีวิต ในร่างกายมนุษย์มีส่วนประกอบของน้ำอยู่ประมาณร้อยละ 70 ของน้ำหนักร่างกาย หากร่างกายมนุษย์ขาดน้ำร้อยละ 3 จากน้ำหนักร่างกายอาจจะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้

การละหมาดมีประโยชน์ทางการแพทย์มากมาย และมุสลิมทุกคนทราบว่าสิ่งที่ดีที่สุดของการละหมาดคือการสวดหรือการหมอบกราบต่ออัลลอฮ์ ไม่ต้องสงสัยว่าอัลกุรอานกล่าวถึงการสวดหรือหมอบกราบไม่น้อยกว่า 90 ครั้ง

ปกติเมื่อเราเย็นเลือดจะไหลไปที่สมองแต่มันไม่เพียงพอต่อสมองที่มีสุขภาพดี ระหว่างละหมาดเมื่อคุณสวดเลือดจำนวนมากจะไหลไปยังสมอง ซึ่งสำคัญต่อสุขภาพสมองเมื่อคุณสวดเลือดจำนวนมากจะไปเลี้ยง**บริเวณหน้า**ซึ่งช่วยปกป้องโรค

ในการละหมาด เราลุกขึ้นและนั่งลงแล้วเมื่อลุกขึ้นที่ตำแหน่งเดิมน้ำหนักจะอยู่ที่ส่วนล่างของเท้า **กล้ามเนื้อน่องและต้นขา**จะถูกกระตุ้น มันจะมีการไหลเวียนของเลือดไปยังส่วนล่างของร่างกายซึ่งสำคัญมาก นอกเหนือจากนี้เรายังทำอีกหลายท่า เช่น ยืนตรง ยืนโค้งตัว หมอบ **เมื่อข้อกระดูกสันหลัง** ถูกเปลี่ยนท่า จึงมีโอกาสน้อยที่จะเกิดโรคที่ข้อกระดูกของกระดูกสันหลัง ละหมาดในช่วงเวลาหนึ่งทำให้สมองสดชื่นและละหมาดคือสิ่งที่ดีที่สุดในการทำให้จิตใจสดชื่น

นอกจากการปฏิบัติสมาธิ (ภาวบังคับ) วันละ 5 เวลา และนมาซซุนนะฮ์ (ละหมาดอื่นๆ ตามวาระ) ตามแบบอย่างของท่านนบี ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม ซึ่งแต่ละเวลาที่ปฏิบัตินั้นมีอิริยาบถของการออกกำลังกายต่างๆ เหมาะสมกับทุกเพศทุกวัย คือ ทำยืน ยกมือ โค้ง กราบนั่งหันหน้าทางขวาและทางซ้าย นั่งอย่างมีสมาธิและทำซ้ำๆ กันหลายครั้ง ซึ่งปฏิบัติในเวลาเช้าตรู่ กลางวัน บ่ายคล้อย เย็น และกลางคืนแล้ว การละหมาดอีกชนิดหนึ่งที่มีความสำคัญ นั่นก็คือ **การละหมาดกียามุลลัยลุล** ซึ่งก็คือการละหมาดสุนัตอย่างหนึ่งซึ่งอยู่ช่วงเวลาระหว่างเสร็จสิ้นการละหมาดอิชาอจนกระทั่งถึงละหมาดซุบฮ์ ส่วนละหมาดตะฮัจญุด คือการละหมาดสุนัตหลังจากที่นอนแล้วซึ่งก็คือเป็นการละหมาดกียามุลลัยลุลด้วย

การละหมาดกียามุลลัยลุลเป็นกระบวนการซึ่งท่านรอซูล ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม ได้ทำเป็นแบบอย่างเพื่อหล่อหลอมและขัดเกลาจิตวิญญาณ อัลลอฮ์ ซุบฮานะฮฺวะตะอาลา ได้ประทานการละหมาดกียามุลลัยลุลในขณะที่ท่านรอซูล ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม มีจิตใจที่ห่อเหี่ยว ด้วยเหตุที่ถูกยึดเย็ดข้อหา ถูกทำร้ายและถูกข่มเหงโดยศัตรูของอิสลามในขณะที่เริ่มเผยแผ่อิสลาม และอยู่ช่วงของความหวาดกลัวกับการถูกประจานไต่ถามจากอัลลอฮ์ ซุบฮานะฮฺวะตะอาลา เป็นครั้งแรก อัลลอฮ์ได้กล่าวแก่ท่านรอซูล ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม ไว้ว่า

يَأْتِيهَا الْمَزْمَلُ ﴿١﴾ قُمْ أَلَيْلَ إِلَّا قَلِيلًا ﴿٢﴾ نِصْفَهُ أَوْ أَنْقِصْ مِنْهُ قَلِيلًا ﴿٣﴾ أَوْزِدْ عَلَيْهِ
وَرَتِّلِ الْقُرْآنَ أَنْ تَرْتِيلًا ﴿٤﴾ إِنَّا سَنُلْقِي عَلَيْكَ قَوْلًا ثَقِيلًا ﴿٥﴾ إِنَّ نَاشِئَةَ اللَّيْلِ هِيَ أَشَدُّ
وَطْئًا وَأَقْوَمُ قِيلًا ﴿٦﴾

ความว่า “โอผู้ห่มผ้าเอ๋ย (หมายถึงท่านนบี ซึ่งกำลังห่มผ้าอยู่) ท่านจงตื่นขึ้นในตอนกลางคืน (เพื่ออิบาคะฮฺเถิด) ยกเว้นเวลาเพียงเล็กน้อย (ในการพักผ่อน) กล่าวคือ ครึ่งคืนหรือน้อยกว่านั้น อีกเล็กน้อย หรือเพิ่มมากกว่านั้นอีก แล้วท่านจงอ่านให้ถูกต้องชัดเจน แท้จริงต่อไปนี้เราจะดลมายัง ท่านซึ่งถ้อยคำที่มีน้ำหนัก (คืออัลกุรอาน) แท้จริงในการทำอิบาคะฮฺในช่วงกลางคืนเป็นการทำให้ น้ำหนักแน่นยิ่งขึ้นและทำให้เที่ยงตรงในการอ่าน (มีสมาธิที่ดีในการอ่าน)” (ซูเราะฮฺอัลมuzzัมมิล) [73:1-6]

ในความสำคัญของกียามุลลัยลุนั้น ในหะดีษของท่านรอซูล ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม ก็ได้รายงานด้วยเช่นกัน ดังเช่น

อบูฮุร็อยเราะฮฺ รอฎิยัลลอฮุอันฮู ได้รายงานไว้ว่า ท่านรอซูล ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม กล่าวว่า “การถือศีลอดที่ดีที่สุดถัดจากเดือนรอมฎอนคือ การถือศีลอดในเดือนของอัลลอฮฺ - อัลมุหรรอม และการละหมาดที่ประเสริฐที่สุดรองจากละหมาดฟัรฎฺคือ ละหมาดสุนัตกลางคืน” (เศาะเฮียะฮฺ มุสลิม 821/2)

จากอบูอามะฮฺ อัลบะฮิธี รอฎิยัลลอฮุอันฮู เล่าว่า ท่านรอซูล ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม กล่าวว่า “พวกท่านทั้งหลายจงทำละหมาดกียามุลลัยลฺเถิดเพราะถือปฏิบัติเป็นแบบฉบับของผู้ที่มีคุณธรรมทั้งหลายก่อนหน้าพวกท่าน จะทำให้พวกท่านใกล้ชิดกับผู้อภิบาลของพวกท่าน ลดล้างความผิดบาปต่างๆ อีกทั้งหักห้ามจากการทำบาปทั้งหมด” (เศาะเฮียะฮฺ อัลฮากิม)

1.7) การถือศีลอด

นักธรรมชาติบำบัดจะใช้วิธีการอดอาหารเพื่อรักษาโรค มุสลิมถือศีลอดมิใช่เพื่อการบำบัดรักษา แต่อดเพื่อการภักดีต่ออัลลอฮฺ แต่ผลดีหรือเคล็ดลับของการถือศีลอดที่ถูกต้องตามแบบอย่างของท่าน นบีนั้นมีมากมาย ส่วนในแง่ทางการแพทย์หรือสุขภาพ ท่านศาสดามุหัมมัด ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม ได้กล่าวสั้น ๆ ว่า “จงถือศีลอด เพื่อสุขภาพที่ดี” (รายงานโดย อิบน์ ซุนนี และอบู นาอิม)

การที่เราไม่กินไม่ดื่มเป็นเวลาประมาณ 13 ชั่วโมงเศษ เราจะมีสุขภาพที่ดีได้อย่างไร อาจเป็น หลักสูตรใหม่ที่ตรงกันข้ามกับหลักสูตรที่เน้นการบริโภค วันละ 3 มื้อ แต่หลักสูตรนี้จะสอดคล้อง กับสำนักการแพทย์ธรรมชาติบำบัด ที่จะเน้นการบำบัดรักษาโรคด้วยวิธีการอดอาหารเป็นหลัก

อัลลอฮ์ ซุบฮานะฮูวะตะอาลา ทรงบอกแก่บรรดาผู้ศรัทธาทั้งหลายถึงประโยชน์ของการถือศีลอดไว้ว่า

وَأَنْ تَصُومُوا خَيْرٌ لَّكُمْ إِن كُنتُمْ تَعْلَمُونَ ﴿١٨٤﴾

ความว่า “...และการที่พวกเจ้าถือศีลอดนั้น ย่อมเป็นสิ่งที่ดียิ่งกว่าแก่พวกเจ้า หากพวกเจ้ารู้” (อัลกุรอาน ซูเราะฮ์อัลบะกะเราะฮ์) [2:184]

จากโองการ (อายะฮ์) ดังกล่าวเป็นการยืนยันจากอัลลอฮ์ ซุบฮานะฮูวะตะอาลา ว่าการถือศีลอดจะเป็นสิ่งที่ดีในหลายๆ แง่มุม นั้นรวมถึงแง่มุมทางสุขภาพด้วย ดังปรากฏในรายงานการวิจัยหลายชิ้นงานที่ยืนยันในเรื่องนี้ เช่น การถือศีลอดจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดระดับคอเลสเตอรอล ลดความดันโลหิตซิสโตลิก หรืออาจจะเป็นการปรับสมดุลของของเหลวและแร่ธาตุในร่างกาย เป็นต้น (ยูซุฟ นิมะ บรรณาธิการ, 2551)

1.8) จงห่างไกลจากสิ่งต้องห้ามในอิสลาม

จงห่างไกลจากสิ่งต้องห้ามในอิสลาม เช่น เสพสสารเสพติดให้โทษ การสูบบุหรี่ การผิดประเวณี (ซินา) พฤติกรรมรักร่วมเพศ การพนัน สิ่งเหล่านี้ นอกจากจะเป็นบาปแล้ว จะมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจ จิตวิญญาณและสังคมอีกด้วย อัลลอฮ์ทรงกล่าวว่า

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا إِنَّمَا الْخَمْرُ وَالْمَيْسِرُ وَالْأَنْصَابُ وَالْأَزْلَامُ رِجْسٌ مِّنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ فَاجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ ﴿٩٠﴾ إِنَّمَا يُرِيدُ الشَّيْطَانُ أَنْ يُوقِعَ بَيْنَكُمُ الْعَدَاوَةَ وَالْبَغْضَاءَ فِي الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ وَيَصُدَّكُمْ عَن ذِكْرِ اللَّهِ وَعَنِ الصَّلَاةِ فَهَلْ أَنْتُمْ مُنتَهُونَ ﴿٩١﴾

ความว่า “โอ้บรรดาผู้ศรัทธาทั้งหลาย แท้จริงสุรา การพนัน การบูชาอันต์ และการเสี่ยงทาย เป็นสิ่งโสมนมจากการกระทำของมารร้าย ดังนั้นจงหลีกเลี่ยงมันเพื่อพวกเจ้าจะประสบความสำเร็จ แท้จริงมารร้ายนั้นปรารถนาที่จะก่อให้เกิดการเป็นศัตรู และการเกลียดชังกันระหว่างพวกท่าน โดยใช้สุราและการพนันและมันจะหันเหพวกท่านให้ห่างไกลจากการรำลึกถึงอัลลอฮ์และจากการละหมาด พวกท่านจะยุติกันไหม” (อัลกุรอาน ซูเราะฮ์อัลมาอิดะฮ์) [5:90-91]

หลักการหนึ่งที่ศาสนาอิสลามให้การยอมรับคือ ไม่อนุญาตให้มุสลิมรับประทาน หรือดื่ม และเสพสิ่งใด ๆ ที่จะทำให้เสียชีวิตโดยเร็วหรือช้ำก็ตาม เช่น สิ่งที่ให้โทษหรือที่จะทำให้เกิดความเดือดร้อนต่อตนเองและผู้อื่น โดยอาศัยหลักฐานจากพระมหาคัมภีร์อัลกุรอานที่ว่า

وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ وَأَحْسِنُوا إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ ﴿١٦٥﴾

ความว่า “...และจงอย่าโยนตัวของสุเจ้าเองลงไปสู่ความพินาศด้วยมือของเจ้าเอง จงทำทุกสิ่งทุกอย่างที่เป็นเรื่องดี เพราะอัลลอฮ์ทรงรักบรรดาผู้ทำสิ่งดี” (อัลกุรอาน ซูเราะฮ์อัลบะกอเราะฮ์) [2:195]

وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا ﴿١٦٦﴾

ความว่า “...และท่านทั้งหลายอย่าทำลายชีวิตตนเอง เพราะอัลลอฮ์ทรงปรานีพวกท่าน” (อัลกุรอาน ซูเราะฮ์อันนิซาอ์) [4:29]

และหลักฐานจากอัลหะดีษที่ว่า

(لا ضرر ولا ضرار : رواه احمد)

ความว่า “จะต้องไม่ทำความเสียหายต่อตนเองและผู้อื่น” (รายงานโดย อะหมัด)

ดังนั้น อาศัยหลักการดังกล่าว การสูบบุหรี่ถือว่าเป็นสิ่งต้องห้าม เพราะเป็นที่ปรากฏแน่ชัดว่า การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อผู้สูบ และบุคคลใกล้ชิด (พัตวา สำนักจุฬาราชมนตรี, 2549)

อัลลอฮ์ตรัสในซูเราะฮ์อัลอิสรออ์ โองการที่ 32 ความว่า

وَلَا تَقْرُبُوا الزِّنَىٰ إِنَّهُ كَانَ فَحِشَةً وَسَاءَ سَبِيلًا ﴿٣٢﴾

ความว่า “และพวกเจ้าจงอย่าเข้าใกล้กับการผิดประเวณี แท้จริงมันเป็นการลามกและทางอันชั่วช้า” (อัลกุรอาน ซูเราะฮ์อัลอิสรออ์) [17:32]

จากโองการนี้ อัลลอฮ์ห้ามเข้าใกล้กับการผิดประเวณี ซึ่งแน่นอนที่สุดโองการนี้หมายถึงการห้ามทำการผิดประเวณีนั่นเอง เพราะ “เพียงด้วยคำกล่าวสั้นๆ แต่แฝงด้วยสำนวนโวหารที่ลึกซึ้ง เพราะห้ามการเข้าใกล้แสดงให้เห็นว่าถ้ากระทำในสิ่งที่ห้ามไว้นั้นจะนำมาซึ่งภยันตรายยิ่ง”

1.9) การตรวจสุขภาพประจำปี

ความจริงแล้วการตรวจสุขภาพเป็นประจำ (Periodic Health examination) เป็นเหมือนขั้นตอนการตรวจสอบว่า ปัจจุบันสุขภาพของเรายังดีหรือไม่ มีโรคอะไรที่แอบแฝงที่ต้องรีบกำจัดเพื่อไม่ให้ลุกลามหรือไม่ การตรวจสุขภาพที่ดีนั้น จะต้องเป็นการตรวจที่ชี้ให้เห็นถึงปัญหาด้านสุขภาพที่แท้จริงของผู้รับการตรวจ ไม่ใช่มุ่งแต่หาโรค การตรวจที่ดีจะต้องมีการชี้แนะให้มีการส่งเสริมสุขภาพ ต้องไม่สร้างความทุกข์ทางใจ และต้องไม่ทำให้ผู้รับการตรวจมีความประมาทเมื่อตรวจไม่พบโรคการตรวจสุขภาพตามหลักสากลจะประกอบด้วยหลัก 4 ประการคือ 1) การคัดกรองเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การให้คำแนะนำ 3) การให้วัคซีนป้องกันโรค และ 4) การให้สารหรือยาเพื่อป้องกันโรค

การตรวจสุขภาพเป็นประจำนั้น ควรได้รับการตรวจเท่าที่จำเป็นเท่านั้น ไม่จำเป็นต้องตรวจทุกปี การใช้คำว่า การตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้คนทั่วไปเข้าใจผิดว่าต้องมาตรวจทุกปี พบว่าในคนที่อายุน้อย สุขภาพแข็งแรง ไม่มีความจำเป็นต้องตรวจทุกปี อาจตรวจเพียงปีเว้นปีก็เพียงพอแล้ว

กล่าวโดยสรุปแล้ว การตรวจสุขภาพเป็นประจำ ยังมีความจำเป็นในการดูแลรักษาสุขภาพ เพราะจะช่วยตรวจสอบค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค การให้วัคซีน ยาหรือสารเคมีบางชนิดเพื่อป้องกันโรค การตรวจสุขภาพที่มีประโยชน์ ค่ะ คำว่า จะต้อง เป็นการตรวจที่มีจุดประสงค์มุ่งป้องกัน มากกว่ามุ่งการรักษา เลือการตรวจเฉพาะที่มีประโยชน์ ไม่ใช่ การตรวจแบบเหวี่ยงแหเหมือนในอดีตอีก (รุ่งทิพย์ <http://www.thaiclinic.com>) ซึ่งตรงกับหลักเกณฑ์หนึ่งทางศาสนาที่ว่า

“อันใดที่สิ่งวาญิบมีอาจสมบูรณ์ขึ้นมาได้ เว้นแต่ต้องอาศัยมัน (องค์ประกอบ) อันนั้นย่อมถือเป็นสิ่งวาญิบด้วย”

ซึ่งก็คือ การดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นโรค เป็นสิ่งที่จำเป็น (วาญิบ) ของแต่ละคน การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้การดูแลสุขภาพสมบูรณ์ ดังนั้นการกระทำเพื่อดำรงไว้ หรือทำให้สิ่งเหล่านั้นเกิดขึ้นมาก็ย่อมถือว่าเป็นสิ่งจำเป็น (วาญิบ) ในด้านหุกมด้วย ฉะนั้นการตรวจสุขภาพประจำปี จึงมีความจำเป็นด้วยเช่นกัน

2. การดูแลสุขภาพจิต

โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบัน มุสลิมทุกคนจะต้องดูแลสุขภาพจิต ควบคู่กับสุขภาพร่างกาย การทดสอบจากอัลลอฮ์จะมีผลกระทบทางด้านจิตใจเป็นสำคัญ หากจิตวิญญาณหรือความศรัทธาของเราไม่เข้มแข็ง ยกเว้นบรรดาผู้ที่มีความอดทน หรือมีจิตใจที่เข้มแข็งที่จะผ่านการทดสอบจากอัลลอฮ์ พระองค์ทรงตรัสไว้ในอัลกุรอาน โองการที่ 155 ว่า

وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَنَشِيرِ

الصَّابِرِينَ

ความว่า “และแน่นอน เราจะทดสอบพวกเจ้าด้วยสิ่งใดสิ่งหนึ่งจากความกลัว และความหิว และความสูญเสีย (อย่างใดอย่างหนึ่ง) จากทรัพย์สินสมบัติ ชีวิต และพืชผล และเจ้าจงแจ้งข่าวดีแก่บรรดาผู้ออดทนเถิด” (อัลกุรอาน ซูเราะฮ์อัลบะกะรอเราะฮ์) [2:155]

มุสลิมจะดูแลสุขภาพจิตอย่างไร ให้มีจิตใจที่เข้มแข็งและอดทน อดกลั้น ต่ออุปสรรค หรือทดสอบจากอัลลอฮ์ ชูบหานะฮ์ฮะอะลา เพราะถ้าจิตใจไม่เป็นสุข จะมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายไปด้วย

มุสลิมควรจะปฏิบัติดังนี้

- 2.1 รำลึกถึงอัลลอฮ์ตลอดเวลา (ซิกิร์ลลอฮ์)
- 2.2 อ่านคัมภีร์อัลกุรอานทุกวัน และทำความเข้าใจในความหมาย
- 2.3 ดำรงการละหมาด เข้าใจหิกมะฮ์ของการถือศีลอด
- 2.4 จ่ายซะกาต (เมื่อครบเงื่อนไข) อินฟาก ศอดาเกาะฮ์
- 2.5 ตะวะกัลต่ออัลลอฮ์ในทุกการงานที่ดี / มีทัศนคติเชิงบวก
- 2.6 ขออุมมัตต่ออัลลอฮ์ ให้มีความสุขที่ดี

3. การดูแลสุขภาพจิตวิญญาณหรืออะกิเตฮ์

การดูแลสุขภาพจิตวิญญาณ เป็นสิ่งสำคัญยิ่ง และมีความยากลำบากมาก เป็นตัวบ่งชี้ถึงความอยู่รอดปลอดภัยในโลกหน้า หากจิตวิญญาณของเราไม่สมบูรณ์ สุขภาพกายและใจของเราก็ไม่ ความหมายอะไรทั้งสิ้น ในอดีตโลกแห่งวิญญาณของเรา ทุกๆ วิญญาณได้ถูกซักถาม ถึงความศรัทธาต่ออัลลอฮ์และวิญญาณของมนุษย์ทุกคนก็ได้ให้คำปฏิญาณแล้ว โดยอัลลอฮ์ได้ทรงถามขึ้นมาว่า

أَلَسْتُ بِرَبِّكُمْ قَالُوا بَلَىٰ شَهِدْنَا

ความว่า “...ข้ามิใช่พระเจ้าของพวกเจ้าดอกหรือ พวกเขากล่าวว่า ใช่ขอรับ พวกข้าพระองค์ขอยืนยัน...” (อัลกุรอาน ซูเราะฮ์อัลอะอฺรอฟ) [7:172]

ดังนั้น เมื่อเราเกิดมาอยู่บนโลกนี้ เราจะต้องยืนยันความศรัทธาของเราเหมือนเดิม โดยการกล่าวคำปฏิญาณตน โดยกล่าวว่า “อัสฮะดุ อันลาอิลาฮะ อิลลัลลอฮุ วะอัสฮะดุนันนะ มุหัมมัดรฺ รุซูลุลลอฮุ”

ความหมายว่า “ข้าขอปฏิญาณตนว่า ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์ และแท้จริง มุหัมมัดนั้นเป็นศาสนทูตของพระองค์”

ข้อพิสูจน์ว่า เราเป็นผู้ศรัทธาจริงหรือไม่ ต้องตรวจสอบตัวเองว่า ในทุกการงานของเรา มีการตั้งภาคี (ชิริก) ต่ออัลลอฮ์หรือไม่ และเราได้ปฏิบัติตามบัญญัติให้และบัญญัติห้ามของพระองค์ ได้ครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่ หากสุขภาพจิตวิญญาณของเรายังไม่บริสุทธิ์ เราอาจจะตกอยู่ในกลุ่มของมุนาฟิก (ผู้ที่กลับกลอก) ฟาลิซ (คนที่ทำชั่ว หรือคนที่ฝ่าฝืน หรือผู้ธรรมก็ได้)

4. การดูแลสุขภาพทางด้านสังคม (Social well being)

จะทำอย่างไรให้ทุกชีวิตในสังคมดำรงชีวิตอยู่ด้วยกันอย่างมีความสุข สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างประสานกลมกลืน หรือมีความขัดแย้งน้อยที่สุด ซึ่งอิสลามได้กำหนดไว้ หากมีการทะเลาะเบาะแว้งกัน จะต้องคืนดีกันภายใน 3 วัน และต้องให้อภัยซึ่งกันและกัน

สิ่งสำคัญที่สุด หลังจากมีความศรัทธาแล้ว จะต้องเรียนรู้ถึงอัลลาก (จริยธรรม) การอยู่ร่วมกันในสังคม ตามแบบอย่างของท่านนบีผู้มหัศจรรย์ คืออัลลอฮ์อะละยฮิซะลัม อินชาอัลลอฮ์ เราจะอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข อย่างน้อยที่สุดในครอบครัวเล็ก ๆ ของเรา อิสลามได้สอนหลักการทำความดี (เอียะห์ซาน) โดยอัลลอฮ์ได้ตรัสว่า

إِنْ أَحْسَنْتُمْ أَحْسَنْتُمْ لِنَفْسِكُمْ وَإِنْ أَسَأْتُمْ فَلَهَا

ความว่า “หากพวกเจ้าทำความดี พวกเจ้าก็ทำเพื่อตัวของเจ้าเอง และหากพวกเจ้าทำความชั่ว ก็เพื่อตัวเอง...” (อัลกุรอาน ซูเราะฮ์อิสรอ) [17:7]

เมื่อเรามีสุขภาพกายที่ดี แข็งแรงสมบูรณ์ มีจิตใจที่สงบสุข มีความศรัทธาที่แน่วแน่ต่ออัลลอฮ์ ชูบหานะฮ์วะตะอาลา มีจริยธรรมคุณธรรมที่ดี อินชาอัลลอฮ์ เราจะเป็นคนหนึ่งที่สุขภาพที่ดี ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO) และที่มุสลิมทุกคนปรารถนา คือ ดังหะดีษ

اللهم إني أسألك العافية في الدنيا والآخرة، اللهم إني أسألك العفو والعافية في ديني ودنياي
(رواه ابوداود عن ابن عمر)

ความว่า “โอ้อัลลอฮ์ แท้จริงฉันขอวิงวอนต่อพระองค์ ให้มีสุขภาพที่ดี ทั้งในโลกนี้ และโลกหน้า โอ้อัลลอฮ์ แท้จริงฉันขอวิงวอนต่อพระองค์ การอภัยโทษและมีสุขภาพที่ดีในศาสนา และการมีชีวิตอยู่บนโลกนี้” (รายงานโดย อบูดาวูด)

เอกสารอ้างอิง

พญ.รุ่งทิพย์ วรรณนิมิตสุข. ตรวจสุขภาพประจำปีจำเป็นหรือไม่, สืบค้นจาก

<http://www.thaiclinic.com/medbible/healthexam.html>, เมื่อ 7 มีนาคม 2552

หมัดดาโอ๊ะ เจ๊ะเลาะ. การดูแลสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ. เอกสารอัดสำเนา, มปป.

บทที่ 5

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

I: รายงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาของผู้ป่วยเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากใบ จังหวัดนราธิวาส

สรุปสาระสำคัญจากงานวิจัยคือ โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง แม้ว่าจะรักษาให้หายขาดไม่ได้ แต่สามารถใช้ชีวิตที่เป็นปกติสุขได้เช่นคนทั่วไปได้เช่นกัน หากได้รับการดูแลรักษา แต่ที่อันตรายมากกว่าก็คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค การรักษาเพื่อควบคุมโรคนั้นประกอบไปด้วยการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพทั่วไป รวมถึงการดูแลที่เฉพาะเป็นพิเศษ เช่น การดูแลเท้า การจะให้ระดับน้ำตาลใกล้เคียงคนปกติ และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ และการได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพในเรื่องต่างๆ ในด้านการดูแลตนเองเพื่อนำไปสู่การควบคุมภาวะโรค

การมารับบริการอย่างต่อเนื่องนับว่าเป็นความสำคัญอย่างยิ่ง ในการช่วยประเมินการควบคุมโรคของผู้ป่วย ร่วมกับแพทย์และทีมสุขภาพ เพื่อปรับการรักษาและตรวจหาภาวะแทรกซ้อนให้พบได้ ในระยะแรก จนกว่าจะสามารถควบคุมเบาหวานได้ จากการศึกษาของ สุนีย์ วัชรทักษิณ (2551) ศึกษาการมารับการรักษาตามนัดของผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลตากใบ อ.ตากใบ จังหวัดนราธิวาส พบว่า มารับการรักษาสม่ำเสมอ ร้อยละ 67.96 และมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 32.04 สำหรับสาเหตุของการไม่มารับการรักษาตามนัด ให้เหตุผลว่า ติดธุระ ร้อยละ 62.14 และรองลงมาไม่มีผู้พามารักษา ร้อยละ 37.86 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.79 และนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 70.00 มีอายุเฉลี่ย 53.30 ปี พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะทั่วไปประชากรที่มารับการรักษาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำงาน และผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน มีการมารับการรักษาสม่ำเสมอ และผู้ป่วยที่มีเขตที่อยู่อาศัยที่มีระยะห่างจากโรงพยาบาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 กิโลเมตร และมีคนในครอบครัวดูแล หรือส่งเสียเลี้ยงดู เช่น สามี ภรรยา และบุตร จะมีการมารับการรักษาสม่ำเสมอ โดยทดสอบทางสถิติพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแรงสนับสนุนจากญาติและมีผู้ดูแล จะมีการดูแลตนเองดี และการมาพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ

การได้รับบริการศึกษาในคลินิกบริการ พบมากที่สุด คือผู้ป่วยได้รับคำแนะนำแบบรายกลุ่ม ร้อยละ 46.60 และเมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าการได้รับศึกษาในคลินิกบริการมีความแตกต่างกัน ในการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนปัจจัยอื่นๆ คือ เวลาที่ใช้ในการรอตรวจรักษา ความถี่ของการนัดรับการรักษา การติดตามการรักษา มีความแตกต่างกันในการมารับการรักษา อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ในขณะเดียวกัน ปัญหาไม่ได้แยกสถานที่ในการทำคลินิก เฉพาะชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยเห็นวาล่าช้า เนื่องจากผู้ป่วยอื่นทั่วไปได้รับการตรวจรักษาแล้ว และจากตัวเจ้าหน้าที่เองที่ไม่ได้ให้ศึกษาตรงตามปัญหา แต่ละบุคคลส่วนใหญ่จะให้ความรู้ในภาพรวมทั่วๆ ไป และไม่ได้ประเมินผลหลังจากให้ศึกษา ทำให้ไม่มีความก้าวหน้าทางการรักษาเท่าที่ควร

สัมพันธภาพที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ในการบริการคลินิก ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดี มารับการรักษาสม่ำเสมอ มากสุด ร้อยละ 90.00 ทดสอบทางสถิติ พบว่า สัมพันธภาพที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการคลินิก มีความแตกต่างในการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การดูแลตนเอง ความเชื่อสุขภาพ และความพึงพอใจ พบว่า ปัจจัยด้านความพึงพอใจมีคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาสม่ำเสมอ สูงกว่า ผู้ป่วยที่รับการรักษาไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ควรจัดระบบการบริการในคลินิกเบาหวานให้ครอบคลุมสภาพปัญหา และความต้องการให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้เกิดการรักษาอย่างต่อเนื่อง (สุนีย์ วัชรทักษิณ, 2551)

2. ผลของการให้สุศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานอำเภอหะหริ่ง จังหวัดปัตตานี

สรุปสาระสำคัญจากงานวิจัยคือ โรคเบาหวานจัดเป็นโรคที่มีความสำคัญของโรงพยาบาลยะหริ่ง เนื่องจากจัดอยู่ใน 5 อันดับโรคแรกที่มีความสำคัญของโรงพยาบาล และจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยปี 2547 มีจำนวน 548 ราย ปี 2548 มีจำนวน 661 ราย ปี 2549 มีจำนวน 700 ราย และปี 2550 มีจำนวน 773 ราย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการให้สุศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยทำการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่ได้รับการให้สุศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการให้สุศึกษา โดยคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ได้กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสุศึกษา 107 ราย และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับสุศึกษา 105 ราย จากนั้นมีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดที่ 0, 3, 6 เดือน นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสุศึกษาจะได้รับการประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม ทั้งก่อนให้สุศึกษาและภายหลังให้สุศึกษาเป็นเวลา 3 เดือน จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการให้สุศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในเกณฑ์ดี (capillary blood sugar < 140 mg%) ได้ร้อยละ 38.3 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับสุศึกษาที่มีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในเกณฑ์ดีได้เพียงร้อยละ 32.4 นอกจากนี้จากการใช้แบบประเมินพฤติกรรมพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับสุศึกษามีคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นในทุกหัวข้อ ทั้งความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรับประทานยา การออกกำลังกาย การดูแลเท้า โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม โดยเพิ่มจากคะแนน 11.26 ± 0.91 เป็น 14.11 ± 1.11 คะแนน จากการศึกษาพบว่า การให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยเบาหวาน เป็นการสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับใกล้เคียงปกติได้ดีขึ้น

จากการศึกษาของ นพ.สุชาติ ศุภปิติพงศ์ และคณะ ที่ได้ศึกษาการร่วมกันระหว่างการเปลี่ยนพฤติกรรมการให้สุศึกษา การให้สมุดคู่มือเบาหวาน พฤติกรรมการรับประทานยา และการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Watanabe และคณะ ที่แสดงถึงประสิทธิภาพในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และลดระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่า 10 มก./ดล. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นกระบวนการป้องกันที่มีประสิทธิภาพสูงในการป้องกัน การเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ (Impaired glucose tolerance) และนอกจากนี้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพยังช่วยในการควบคุม ระดับความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

จากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นภายหลังได้รับรู้ศึกษาในทุกเรื่องเนื่องจาก เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสร้างความตระหนักถึงโรคที่ตนเองเป็นอยู่ว่าเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งตรงกับการศึกษาของ พญ.สมจิตร พฤกษ์รัตนันท์ และคณะ ที่กล่าวว่า การให้คำปรึกษารายบุคคล และรายกลุ่ม และการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น อาการโรคเบาหวานลดลง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคและความเจ็บป่วยของตนเอง และช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านต่างๆ ดีขึ้นด้วย เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และช่วยให้สุขภาพของผู้ป่วยโดยรวมดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งจะประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้มีประสิทธิภาพและมีมาตรฐานมากกว่านี้ ควรพิจารณาจากระดับ HbA1c มากกว่า แต่เนื่องจากในโรงพยาบาลชุมชน การตรวจ HbA1c เพิ่งเริ่มดำเนินการตรวจให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน และมีการติดตามระดับ HbA1c ทุก 6 เดือน จึงยังมีข้อมูลไม่เพียงพอในการศึกษา ดังนั้นในการศึกษานี้จึงได้ใช้ค่า capillary blood sugar ซึ่งเป็นการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่ใช้ในโรงพยาบาลชุมชน เป็นตัวประเมินแทน (เกณฑ์ของ American Diabetic Association ADA ถ้าระดับ fasting plasma glucose อยู่ในระดับ 90-130 mg% ถือว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี แต่เนื่องจากในโรงพยาบาลชุมชนเป็นการตรวจวัดจากปลายนิ้วมือจึงเพิ่มค่าเบี่ยงเบนอีก 10 mg% ดังนั้นเกณฑ์ระดับน้ำตาล เป็น capillary blood sugar อยู่ในระดับ 80 -140 mg% ถือว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี)

นอกจากนี้ข้อจำกัดที่พบในการศึกษานี้ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และนับถือศาสนาอิสลาม จึงมีปัญหาในเรื่องการตอบแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากอ่านหนังสือไม่ออก จึงต้องอาศัยญาติ และเจ้าหน้าที่ช่วยในการตอบแบบประเมิน โดยการทำแบบประเมินเป็นภาษายาวี ให้ผู้ป่วยฟัง และคอยให้ผู้ป่วยตอบซึ่งอาจส่งผลให้ได้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนไม่ได้จากผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งจะเห็นได้ว่าคะแนนจากแบบประเมินไม่ได้เพิ่มขึ้นชัดเจน ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจในคำถามหรือตอบได้ไม่ตรงคำถามจากแบบประเมินซึ่งต้องอาศัยการปรับปรุงแบบประเมินให้มีความเหมาะสมต่อไป (อนันต์ ชินดิยะ, 2551)

3. เท้าเบาหวานในโรงพยาบาลปากเกร็ด

สรุปสาระสำคัญจากงานวิจัยคือ ทางองค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามคำว่า เท้าเบาหวาน (Diabetic foot) ว่า หมายถึง กลุ่มอาการของเท้าที่เกิดจากปลายประสาทเสื่อม เส้นเลือดส่วนปลายตีตัน และการติดเชื้อซึ่งก่อให้เกิดบาดแผล และนำไปสู่การสูญเสียการทำงานหรือการถูกตัดขาได้ แต่โดยทั่วไปเมื่อพูดถึงปัญหาเท้าเบาหวาน มักหมายความว่าปัญหาทุกชนิดของเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งปัจจุบันเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องพบแพทย์ หรือนอนโรงพยาบาลได้บ่อยสาเหตุหนึ่ง

ผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกกำลังมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แม้ว่าวิทยาการทางการแพทย์จะเจริญก้าวหน้าขึ้น มีการคิดค้นยารักษาโรคเบาหวานที่มีคุณภาพดีขึ้น แต่ปัญหาการถูกตัดขาจากเบาหวาน (Diabetes elated lower extremity amputation) ก็มีได้ลดจำนวนลง การถูกตัดขาเป็นภาวะที่น่ากลัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม รวมทั้งต้องสูญเสียทรัพยากรด้านการแพทย์ และงบประมาณของประเทศในการดูแลรักษา ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีการตื่นตัวของประเทศทั่วโลกในการลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องถูกตัดขา และพบว่าการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกวิธีด้วยทีมงานสหสาขา จำเป็นต้องอาศัยความรู้ทางชีวกลศาสตร์ร่วมด้วย โดยมุ่งเน้นการตรวจคัดกรองเท้าเบาหวาน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การเลือกกรองเท้าที่เหมาะสม สอนให้ผู้ป่วยตรวจเท้าด้วยตนเองเป็นประจำทุกวัน การเฝ้าระวังและการดูแลปัญหาเบื้องต้นของเท้าอย่างถูกต้อง และที่ขาดไม่ได้คือการติดตามผล เป็นระยะซึ่งสามารถลดการถูกตัดขาลงได้ร้อยละ 40-80

ปัจจัยเสี่ยงของเท้าเบาหวานที่พบบ่อย จากการศึกษาในต่างประเทศ ได้แก่ การเป็นเบาหวานมานาน การควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ภาวะปลายประสาทเสื่อม และเส้นเลือดส่วนปลายตีตัน (พิพัฒน์ กิตติไกวล์, 2550)

4. การประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวกับคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเมืองชลบุรี

สรุปสาระสำคัญจากงานวิจัยคือ โรคเบาหวานเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก การดูแลเบาหวานนั้นมีความซับซ้อนมาก ซึ่งอาจแบ่งการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้เป็น 2 ส่วน คือการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค และการตรวจหาภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่เนิ่น ๆ นอกจากนี้ การดูแลโรคเบาหวานยังต้องอาศัยการดูแลแบบองค์รวม กล่าวคือ การมุ่งเน้น ใน 3 มิติ คือ 1. กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ 2. บุคคล ครอบครัว และสังคม 3. การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ดังนั้นหากไม่มีการจัดการที่เป็นระบบแล้ว จะไม่สามารถดูแลผู้มารับบริการได้ตามมาตรฐาน ดังนั้นจึงขอเสนอแนวทางการดูแลโรคเบาหวานในลักษณะของทางเวชศาสตร์ครอบครัว โดยอิงหลัก 6 ข้อ คือ การดูแลปฐมภูมิ (Primary) การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient – Centered) การป้องกันโรค (Prevention) การดูแลชุมชน (Community) การดูแลแบบต่อเนื่อง (Continuous) และการประสานงาน (Co-ordination)

การดูแลโรคเบาหวานอาจแบ่งได้เป็น 2 ส่วน หลัก ๆ คือ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน และการตรวจหาโรคแทรกซ้อนให้พบตั้งแต่เนิ่น ๆ ซึ่งอาจจะแบ่งได้ตามตาราง

มาตรฐานของการควบคุมโรคเบาหวาน

การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	การตรวจหาโรคแทรกซ้อน
- การสูบบุหรี่ - น้ำหนัก - ระดับน้ำตาล - ความดันโลหิต - ระดับไขมันในเลือด	- ระบบหลอดเลือดและหัวใจ - ระบบประสาทและเท้า - ไต - ดวงตา - ทันตกรรม

นอกจากนั้น การดูแลแบบองค์รวม ยังต้องคำนึงถึงมิติอื่น ๆ กล่าวคือ

- กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (Bio psycho social spiritual)
- บุคคล ครอบครัว และสังคม (Individual family community)
- การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ (Health promotion, disease prevention, curation and rehabilitation)

จะเห็นว่าหากไม่สามารถวางแผนการดูแลโรคเบาหวานให้เป็นระบบแล้ว จะเกิดการทำงานที่ซ้ำซ้อน และไม่สามารถทำงานได้ครบตามมาตรฐาน แต่หากมีการวางแผนอย่างเป็นระบบแล้ว งานเหล่านี้ก็จะเกิดความรวดเร็ว และครบถ้วนตามมาตรฐานที่วางไว้ (ธเนศ จุนเจือจาน, 2551)

5. การศึกษาผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครนายก

สรุปสาระสำคัญจากงานวิจัยคือ โรคเบาหวานเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก มีแนวโน้มว่าในปี ค.ศ.2025 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ 300 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ.1995 ที่มีประมาณ 135 ล้านคน และจะเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา The International Collaborative Study of Cardiovascular Disease in Asia ได้ทำการศึกษาเพื่อหาความชุกและการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในประชากรไทยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี พบความชุกของการเกิดโรคเบาหวาน ในคนไทยร้อยละ 9.6 (2-4 ล้านคน)

เบาหวานเป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึม ที่เกิดจากความบกพร่องของการหลั่งหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลมาใช้ และเกิดการสะสมในเลือด จนมีระดับที่สูงกว่าปกติ ระดับน้ำตาลที่สูงเป็นเวลานาน ส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง มีรายงานว่าร้อยละ 65 ของการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 เกิดจากภาวะ Ketoacidosis ขณะที่ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microvascular complication) และหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macrovascular complication) ก่อให้เกิดความเสียหายแก่อวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะ ตา ไต ระบบประสาท และหลอดเลือดได้ ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีสาเหตุการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด ดังนั้นจุดมุ่งหมายของการรักษาโรคเบาหวานจึงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (glycemic control) ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากแพทย์ผู้รักษา ทีมสหวิชาชีพ และตัวของผู้ป่วยเอง

รายงานการสำรวจของ National Health Interview and Examination Survey (NHIES) ครั้งที่ 1 ซึ่งทำการสำรวจประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปี พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานเกือบทั้งหมดเป็นชนิดที่ 2 โดยมีอัตราความชุกในเมืองมากกว่าชนบท และความชุกจะมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดทั้งขนาดเล็ก (microvascular) และขนาดใหญ่ (macrovascular) โดยเฉพาะการดำเนินโรคทางไต การรักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยเบาหวานมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันหรือชะลอโรคแทรกซ้อนดังกล่าว

จากการศึกษาของ United Kingdom Prospective Disease Study (UKPDS) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีการควบคุมความดันโลหิตอย่างเข้มงวด (tight control) สามารถลดภาวะแทรกซ้อนลงได้ร้อยละ 24 และทุกระดับความดัน SBP ที่เพิ่มขึ้นจะเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอีกด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าทุก 10 mmHg ที่ลดลงของ SBP จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานได้ร้อยละ 12 ลดการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานได้ร้อยละ 15 และลดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดเล็กได้ร้อยละ 13

ขณะที่ HOT study ศึกษาผลของ DBP ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 80, 85 และ 90 mmHg ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การลดค่า DBP ลงมาที่ระดับ 80 mmHg สามารถลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดสมอง และหัวใจร้อยละ 51 เมื่อเทียบกับระดับเป้าหมายที่ 90 mmHg ($p = 0.005$)

ADA จึงแนะนำระดับความดันโลหิตควรมีค่าน้อยกว่า หรือเท่ากับ 130/80 mmHg

American Diabetes Association (ADA) จึงแนะนำเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) ควรมีค่าน้อยกว่า 130 mg/dl

ในด้านการประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลนั้น นอกจากค่า FPG แล้ว ค่า HbA_{1c} เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการประเมินการควบคุมระดับน้ำตาล ซึ่งจะเป็นตัวบ่งชี้ระดับน้ำตาลในช่วงเวลา 2-3 เดือนที่ผ่านมา สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามควบคุมระดับน้ำตาลระยะยาวได้ดีกว่าการใช้ FPG และพบว่า HbA_{1c} มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน

เป้าหมายที่ ADA แนะนำไว้ คือ HbA_{1c} ควรมีค่าน้อยกว่า 7% โดยตรวจอย่างน้อยปีละ 2-3 ครั้ง และอาจถึง 4 ครั้ง ต่อปี สำหรับผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา

ภาวะไขมันในเลือดที่ผิดปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแดงแข็งในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งอุบัติการณ์ดังกล่าวสูงเป็น 2-4 เท่าของคนปกติ National Cholesterol Education Program Adult Treatment panel III (NCEP III) จึงแนะนำเกณฑ์ของระดับไขมันในผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสม คือ LDL น้อยกว่า 100 mg/dl, TG น้อยกว่า 150 mg/dl, HDL มากกว่า 40 mg/dl ในการส่งตรวจ ADA แนะนำให้ตรวจระดับไขมันในเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และอาจมากกว่าถ้ามีปัจจัยเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยที่มีลักษณะอ้วน การควบคุมน้ำหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยาอาจช่วยลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวได้

การตรวจปัสสาวะ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการทำงานและภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของหลอดเลือดขนาดเล็กในผู้ป่วยเบาหวานที่พบมากที่สุด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนทางไตเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิด End Stage Renal disease (ERSD) และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิต ที่สำคัญคือ ถ้าหากสามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ การเกิด microalbuminuria มักเกิดหลังการวินิจฉัยเบาหวานชนิดที่ 1 อย่างน้อย 5 ปี ส่วนเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากไม่ทราบระยะเวลาการวินิจฉัยที่แน่นอน จึงอาจตรวจพบ microalbuminuria ตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัย

ADA จึงแนะนำให้เริ่มตรวจปัสสาวะหา microalbuminuria ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่เป็นมานาน 5 ปีขึ้นไป ส่วนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควรตรวจตั้งแต่เริ่มแรกที่วินิจฉัย และตรวจซ้ำทุกปี

ผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าร้อยละ 10 จะมีการมองเห็นลดลงอย่างรุนแรง และพบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยเบาหวานมักเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา (Diabetic retinopathy) การตรวจคัดกรองตั้งแต่ระยะแรกและให้การรักษาที่เหมาะสม จะมีประสิทธิผลที่คุ้มค่ามากกว่าการรักษาในระยะยาว

ADA แนะนำว่า ควรขยายรูม่านตาและตรวจจอประสาทตา ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 หลังจากได้รับการวินิจฉัยโรค 5 ปี และในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควรขยายรูม่านตาและตรวจจอประสาทตาโดยเร็วหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย และหลังจากตรวจจอประสาทตาครั้งแรกแล้วควรได้รับการตรวจซ้ำอย่างน้อยปีละครั้งโดยจักษุแพทย์ (พิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ, 2548)

6. ผลการดำเนินงานการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านสวนโรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

สรุปสาระสำคัญจากงานวิจัยคือ ผลการดำเนินงานการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง และจะพบมากขึ้นในอนาคตเนื่องจากประชากรมีอายุยืนขึ้น การดูแลเพื่อควบคุมโรคจึงมีความจำเป็น และอาศัยการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ โดยผ่านการตกลงและเห็นชอบร่วมกันในการพัฒนาแนวและคู่มือการปฏิบัติของแพทย์ เกษตรกร และพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้รูปแบบการดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

รูปแบบรายละเอียดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการทำงานของสหวิชาชีพ ซึ่งจัดทำโครงการคลินิกเบาหวานใน PCU อันจะช่วยให้ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ส่งเสริมการให้บริการใกล้บ้านใกล้ใจ ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยเบาหวานไปโรงพยาบาล ทำให้ผลการรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

- ให้บริการผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่เป็น primary care ใน PCU ส่วนผู้ป่วยที่เป็นส่วนผู้ป่วยที่เป็น Secondary care จะถูกส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็น Primary care ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถรักษาได้ด้วยยารับประทานไม่ต้องฉีดอินซูลิน ไม่มีโรคแทรกซ้อน เช่น หัวใจ โรคไต (creatinine < 2 mg%), อัมพาต ฯลฯ

ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็น Secondary care ได้แก่ ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล ต้องรับการฉีดอินซูลิน มีโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต (creatinine > 2 mg/dl) อัมพาต

- จัดให้มีแพทย์ เกสซิกอร์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ PCU ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยทุกครั้งในกรณีที่แพทย์ทำการประจำ (มีเพียง 1 คน) ลา หรือติดภาระอื่น ให้พยาบาลจ่ายยาให้ผู้ป่วยได้ โดยทำตามเอกสารการรักษาผู้ป่วย และส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่ไม่มีแพทย์ตรวจรักษา

- จัดให้มียาเบาหวาน ยาลดความดันโลหิตสูง ยาลดไขมัน ยาอื่นๆ ที่จำเป็น ไว้ที่ PCU โดยมีเภสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบ จัดให้มีการตรวจเลือดและฟังผลการตรวจ เช่น DTX, FBS, Cholesterol, Triglyceride ที่ PCU โดยผู้ป่วยไม่ต้องมาเจาะเลือดที่โรงพยาบาล

- จัดให้มีกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพร่างกาย อาหาร การออกกำลังกาย การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและจัดให้มีการออกกำลังกายที่ PCU รวมทั้งมีการติดตามผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลด้วยตนเองเป็นรายๆ ซึ่งเป็นวิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีแนวทางการควบคุมโรคของตนเองได้

- สำหรับระดับน้ำตาลของผู้ป่วยมีการแบ่งกลุ่ม ดังนี้

- ระดับน้ำตาล < 80 mg% อยู่ในเกณฑ์ ต่ำ
- ระดับน้ำตาล 80-120 mg/dl อยู่ในเกณฑ์ ดี
- ระดับน้ำตาล 121-139 mg/dl อยู่ในเกณฑ์ พอใช้
- ระดับน้ำตาล 140-179 mg/dl อยู่ในเกณฑ์ เริ่มสูง
- ระดับน้ำตาล 180-300 mg/dl อยู่ในเกณฑ์ อันตราย
- ระดับน้ำตาล > 300 mg/dl อยู่ในเกณฑ์ อันตรายมาก

- มีการส่งต่อผู้ป่วยจากศูนย์สุขภาพชุมชนไปยังโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยมีปัญหา

- น้ำตาลในเลือดต่ำ (เท่ากับ หรือน้อยกว่า 50 mg%)

- น้ำตาลในเลือดสูง (เท่ากับ หรือมากกว่า 200 mg%) ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ด้วยยารับประทาน

- น้ำตาลในเลือดสูงที่จะก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉิน (เท่ากับหรือมากกว่า 300 mg%)

- การทำงานของไตบกพร่อง (creatinine มากกว่า หรือเท่ากับ 2 mg%)

- โรคหัวใจ หรือสงสัยโรคหัวใจ (เช่น IHD, arrhythmia, CHF, R/O MI)

(พรจิตร มีทวน, 2550)

7. การเสริมพลังอำนาจเพื่อการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวานแบบองค์รวม โรงพยาบาลสุโขทัย

สรุปสาระสำคัญจากงานวิจัยคือ การเสริมพลังอำนาจเพื่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวานแบบองค์รวมโรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส ในครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างพลังอำนาจเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส โดยศึกษาเฉพาะผู้เป็นเบาหวานที่มารับการรักษาในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนสุโขทัย และประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส ตั้งแต่ ตุลาคม 2547 – กันยายน 2548 โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายและผลการดำเนินงานในปีต่อมา ผลการศึกษาพบว่า หลังจากได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวานแล้ว ประโยชน์ที่ได้รับต่อผู้ป่วยเป็นเบาหวานและชุมชน ได้แก่ ผู้เป็นเบาหวานได้รับการดูแลแบบองค์รวม ผู้เป็นเบาหวานสามารถลดและ/หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้เป็นเบาหวานมีเครือข่ายทางสังคมที่สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ส่งเสริม รักษาฟื้นฟูสุขภาพ และส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานได้ ชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การให้ความรู้ที่ศาสนสถาน มัสยิด โดยแกนนำศาสนา การส่งเสริมและการจัดแข่งขันกีฬาท้องถิ่นในชุมชน เป็นต้น นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลสามารถพัฒนาระบบบริการเบาหวานให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ชัดเจน และเป็นแนวทางเดียวกัน ทีมสหวิชาชีพมีความรู้และศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น ผู้เป็นเบาหวานมีความพึงพอใจในระบบบริการของโรงพยาบาลมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวานต้องยึดผู้ป่วยเป็นเบาหวานเป็นศูนย์กลางโดยทีมสหวิชาชีพ และเชื่อมโยงสู่ความเป็นองค์รวม ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ควรนำองค์ความรู้ในเรื่องแนวคิด ทฤษฎี ความรู้แต่ละสาขาวิชาชีพ องค์ความรู้ใหม่ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และประสบการณ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น ทฤษฎีระบบ ทฤษฎีการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม แนวคิดและกระบวนการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย แนวคิดการส่งเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและครอบคลุมทุกมิติ (ทรงวุฒิ ทรัพย์ทวีสิน, 2549)

8. ผลการปรับเปลี่ยนการใช้จ่ายเบาหวานในเดือนรอมฎอน ในผู้ป่วยเบาหวานที่ถือศีลอด อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการปรับเปลี่ยนการใช้จ่ายเบาหวานในเดือนรอมฎอน ในผู้ป่วยเบาหวานที่ถือศีลอด ซึ่งอาศัยอยู่ในตำบลตุง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี และมารับบริการที่โรงพยาบาลหนองจิก ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2549 ถึงวันที่ 12 ตุลาคม 2550 รวมทั้งหมด 79 ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่รักษาในคลินิกเบาหวาน (one stop service) จำนวน 41 ราย และกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาในคลินิกเบาหวานจำนวน 38 ราย โดยผู้ป่วยกลุ่มที่รักษาในคลินิกเบาหวานจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่เดือนรอมฎอน เช่น ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมโภชนาการ

การปรับเปลี่ยนการกินหรือฉีดยา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ส่วนผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งจะได้รับการบริการตามปกติ ซึ่งไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนการกินในช่วงเดือนรอมฎอน

สำหรับการเปลี่ยนแปลงขนาดของยา และเวลาในการกิน หรือฉีดยาในเดือนรอมฎอนที่แตกต่างไปจากเดิม มีดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงเวลาในการกินยา

วิธีกินยาที่ปรากฏบนซองยา	ช่วงเวลาที่เหมาะสมให้กินยาในช่วงเดือนถือศีลอด			
	กินยาหลังจากละศีลอดแล้วไปละหมาดค่ำ(มัฆริบ) จึงมารับประทานข้าวหรืออาหารหลัก	หลังจากละศีลอดประมาณ 15-30 นาที	30 นาที ก่อนรับประทานข้าว มื้อดึก (ซุฮูร)	15-30 นาที หลังรับประทานข้าว มื้อดึก (ซุฮูร)
เวลาโดยประมาณ	18.00 น.	19.00 น.	02.00 – 04.00 น.	02.00-04.00 น.
วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า	✓			
วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าและเย็น	✓		✓	
วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าเที่ยง และเย็น	✓		✓	
วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า		✓		
วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและเย็น		✓		✓
วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้าเที่ยง และเย็น		✓		✓
วันละ 4 ครั้ง ก่อน/หลังอาหาร	ให้ปรึกษาเภสัชกรหรือแพทย์ผู้สั่งจ่าย			

2. การเปลี่ยนแปลงขนาดของยา

Before Ramadan

- Patients on diet and exercise control
- Patients on oral hypoglycemic agents

1. Biguanide

2. Sulfonylureas

- Once a day

- Twice a day

- Patients on Insulin

During Ramadan

No change needed, ดื่มน้ำให้มาก ๆ

ดื่มน้ำให้มาก ๆ

2/3 of total daily dose at the sunset meal (Iftar), 1/3 of total daily dose at the predawn meal (Suhur)

ควรเปลี่ยนจาก Glibenclamide เป็น Glipizide หรือ Gliclazide

Dose should be given before the sunset meal (Iftar) ; adjust the dose based on the glycemic control and risk of hypoglycemia ใช้ full dose ในเวลา Iftar และ half dose ในเวลา Suhur

ใช้ dose มื้อเช้าของปกติในเวลา Iftar (at the sunset meal) และลดขนาดลงครึ่งหนึ่งของมื้อเย็นปกติ ในเวลา Suhur

ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากแบบบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลหนองจิก สมุดบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด และแบบบันทึกการติดตามผลการปรับเปลี่ยน การใช้ยาเบาหวานในเดือนรอมฎอนของโรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี รวมทั้งการออกเยี่ยม ผู้ป่วยที่บ้านพร้อมเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา หลายกรณีศึกษา ที่พบเพศหญิงเป็นเบาหวานมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากผู้หญิงที่มีอายุ 40 ปี ไปแล้ว มักจะมีรูปร่างอ้วน และจำนวนการตั้งครรภ์ทำให้เพศหญิงมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานได้มากขึ้น

จากการศึกษาพบว่าในช่วงเดือนรอมฎอน ผู้ป่วยที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยามีภาวะ แทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ EPIDIAR ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยา ในช่วงเดือนรอมฎอนมีการเปลี่ยนแปลงมาอยู่ในระดับที่ดีหรือพึงประสงค์เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาซึ่งแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ ของการปรับเปลี่ยนการใช้ยาในช่วงเดือนรอมฎอน

ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิมอยู่ไม่น้อย ดังนั้นการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ช่วง เดือนรอมฎอน และการปรับเปลี่ยนการใช้ยาในช่วงเดือนรอมฎอนเป็นสิ่งจำเป็น ผู้ป่วยควร ได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การปรับเปลี่ยนการกินหรือ ฉีดยาเบาหวานภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางในการป้องกันแก้ไข

การศึกษานี้ มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 79 ราย ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้ อยู่บ้าง ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาในตัวอย่างประชากรที่มากกว่านี้ รวมทั้งควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยเจาะลึกในเรื่องการใช้ยา และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยในระหว่างเดือนรอมฎอน

II: รายงานการวิจัยเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง

1. ผลของการเติมยารักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรในศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลเทพา

สรุปสาระสำคัญจากงานวิจัยคือ ความดันโลหิตสูงเป็นโรคทางระบบหลอดเลือดหัวใจ ที่มีความสำคัญมากโรคหนึ่ง การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเบื้องต้นใช้วิธีการที่ไม่ต้องใช้ยา (non-pharmacological treatment) โดยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การควบคุมอาหารโดยเฉพาะ อาหารเค็ม อาหารมัน เพิ่มการออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก ดื่มน้ำหรือ ลดการดื่มชา กาแฟ ลดความเครียด การพักผ่อน เป็นต้น ส่วนการรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยการใช้ยา (pharmacological treatment) โดยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมกับการใช้ยา ซึ่งปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาจะทำให้การใช้ยาไม่มี ประสิทธิภาพ ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

การเติมยา (medication refilling) เป็นการให้บริการที่ผู้ป่วยมารับยาต่อเนื่องโดยมี เภสัชกรเป็นผู้จ่ายยาตามใบสั่งยาแพทย์ มักเป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมภาวะโรคได้ ซึ่งกำหนด ให้จ่ายยาได้มากกว่าหนึ่งครั้งหรือตามจำนวนครั้งที่กำหนดในใบสั่งยา หรือเงื่อนไขที่กำหนดร่วมกันไว้

ระหว่างทีมที่รักษาผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และผู้เกี่ยวข้อง กับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแพทย์เป็นผู้ตรวจวินิจฉัยและสั่งจ่ายยาในครั้งแรก เภสัชกรจะดูประวัติ หาปัญหาการใช้ยา แก่ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และจ่ายยาต่อจากที่แพทย์สั่งไว้เดิมตามจำนวนครั้งที่ตกลงกัน ส่วนพยาบาล จะทำหน้าที่ซักประวัติ วัดสัญญาณชีพในแต่ละครั้ง กรณีพบความผิดปกติจะส่งผู้ป่วยพบแพทย์ ส่วนผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลจะปฏิบัติตามข้อตกลงที่ให้ไว้ ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวสามารถจำนวนปัญหา การใช้ยาได้อย่างชัดเจน มีผลลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วย ผู้ป่วยพึงพอใจต่อบริการนี้ บุคลากร ทางการแพทย์ สามารถมีเวลาในการให้คำปรึกษาได้มากขึ้น ลดระยะเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์ เพื่อแพทย์สามารถดูแลผู้ป่วยรายอื่นได้มากขึ้น พบว่าผู้ป่วยให้การยอมรับ มีการนัดหมายการมารับยา ที่ชัดเจน ถ้ามีปัญหาด้านสุขภาพเกิดขึ้นขณะจ่ายยาต่อก็จะส่งผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์

ข้อเสนอแนะ

ในกรณีที่เภสัชปฏิบัติมีการโยกย้าย ทำให้จำนวนเภสัชกรมีไม่เพียงพอที่จะดำเนินงาน ให้ต่อเนื่องไปได้ เวลาจึงเป็นข้อจำกัดหนึ่งของการวิจัย แต่เภสัชกรได้สอนพยาบาล และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขชุมชนให้สามารถดูแลผู้ป่วยแทนได้

การเติมยาโดยเภสัชกรในลักษณะนี้มีความเป็นไปได้สูงที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้แล้วได้ผลดี ในระยะยาว ในแต่ละโรงพยาบาลได้ เนื่องจากมีความสะดวกและง่ายต่อการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น ช่วยลดเวลาในการปฏิบัติของแพทย์และผู้ช่วยแพทย์และควรเก็บข้อมูลเพื่อวัดความคุ้มค่าของแต่ละฝ่าย/ งานที่เกี่ยวข้อง เช่น ระยะเวลาของบุคลากร การลดเวลารอของผู้ป่วย เป็นต้น และอาจนำไปประยุกต์ ใช้กับโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้ (มณฑา ธีระวุฒิ และคณะ, 2550)

2. การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเปรียบเทียบกับแนวทางของ JNC7 Hypertensive Treatment in Phranangkloa Hospital Compare to JNC 7 Guideline

สรุปสาระสำคัญจากงานวิจัยคือ มีผู้ศึกษาความชุกของโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้เกณฑ์ ขององค์การอนามัยโลก พ.ศ.2542 พบว่าสูงถึงร้อยละ 10 หรือมากกว่านั้น ประมาณการว่าทั่วโลก มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงราว 1,000 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคนี้ปีละ 7.1 ล้านคน หรือวันละ 19,000 คน ในประเทศไทยมีการสำรวจทางระบาดวิทยา โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2540-2541 และ พ.ศ. 2546-2547 พบว่า มีความชุกเท่ากับร้อยละ 11 และ 22.05 ตามลำดับ

มีการศึกษาในประเทศในทวีปเอเชีย พบว่าการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่รู้ว่าตนเอง เป็นโรคนี้อยู่ หรือไม่ได้รับการรักษา หรือรักษาแล้วแต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ให้ได้ตามเป้าหมาย จะนำไปสู่การเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าร้อยละ 50 และจาก โรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าร้อยละ 25 และทำนายว่าภายในปี พ.ศ.2563 ความชุกของการเสียชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เป็นผลจากโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มสูง ถึงร้อยละ 77

ข้อมูลจากการศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 1 ล้านคน พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ จะเพิ่มขึ้นเป็นเส้นตรงในแบบก้าวหน้า จากระดับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นที่ความดันซิสโตลิก 115 มม.ปรอท และความดันไดแอสโตลิก 75 มม.ปรอท และพบว่า ทุกๆ ช่วงของความดันซิสโตลิกที่เพิ่มขึ้น 20 มม.ปรอท หรือความดันไดแอสโตลิกที่เพิ่มขึ้น 10 มม.ปรอท จะทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ยิ่งไปกว่านั้นยังมีหลักฐานชี้ว่า ผู้ที่มีระดับความดันโลหิต 130-139/85-89 มม.ปรอท จะมีอัตราเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่า 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 120/80 มม.ปรอท

การควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมายจึงสำคัญมาก แต่การศึกษาที่มีอยู่ชี้ให้เห็นว่ายังไม่สามารถเข้าถึงเป้าหมายดังกล่าวได้ มีรายงานว่ายังมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่ไม่ทราบว่าตนเองมีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ ในประเทศไทย มีผลการสำรวจโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2540-2541 และ พ.ศ.2546-2547 พบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 73.4 และ 71.4 ตามลำดับ และผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย < 140/90 มม.ปรอท มีเพียงร้อยละ 50.8 และร้อยละ 36.4 ตามลำดับ จากรายงานของพีระและคณะ พบว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ เท่ากับร้อยละ 42.3, 38.8 และ 52.9 ตามลำดับ จากข้อมูลเหล่านี้จึงเป็นปัญหาสำคัญของหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก

แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคร่วมดังกล่าวให้ควบคุมความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท (วชิร รุจิโมระ, 2548)

3. การพัฒนาเครือข่ายสร้างสุขภาพชุมชนในการควบคุมและป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

สรุปสาระสำคัญจากงานวิจัยคือ ปัจจุบันแนวโน้มความเจ็บป่วย ความพิการ และตายจากโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตสูง จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2539 และ 2540 พบว่า ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ของประเทศ โดยพบอัตรา 16.1 และ 13.4 ต่อประชากรแสนคน จากการวัดระดับความดันโลหิตของประชากรวัยแรงงาน อายุ 13-59 ปี ในการสำรวจ ปี 2539 -2540 พบว่า ความชุกของความดันโลหิตสูงร้อยละ 9.7 ในเพศชายพบร้อยละ 71.4 และเพศหญิงพบร้อยละ 8.7 คน สำหรับวัยสูงอายุ พบร้อยละ 32.4 จากการคัดกรองความดันโลหิตสูงของอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ปี 2547, 2548 และ 2549 เท่ากับ 1,545, 1,708 และ 1,907 รายตามลำดับ จะสังเกตว่ามีจำนวนประชากรที่เป็นภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

จากการคัดกรองความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชนอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป และแพทย์วินิจฉัยเป็นภาวะความดันโลหิตสูงของอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ปี 2547, 2548 และ 2549 เท่ากับ 1,545, 1,708 และ 1,907 ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีจำนวนประชาชนที่เป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น

การศึกษาการพัฒนาเครือข่ายสร้างสุขภาพชุมชน ในการควบคุมและป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครือข่ายและสร้างรูปแบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหาตามสภาพพื้นที่ โดยประยุกต์หลักการ Future Search Conference (FSC), Appreciate Influence Control (AIC) และ Participatory Rural Appraisal (PRA) มีการจัดเวทีประชุมระดับอำเภอ เพื่อให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น มีการจัดเวทีระดับตำบล เป็นการสร้างองค์ความรู้เรื่องภาวะความดันโลหิตสูงให้กับภาคีเครือข่ายเกิดความตระหนัก ร่วมรับรู้ปัญหา ร่วมแก้ไข หรือหาทางออก ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ผู้เข้าร่วมประชุมมีความสนใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

การแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของสังคมและชุมชนแบบองค์รวม ทั้งในเรื่องกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจพอเพียง รวมทั้งด้านปัญญาและจิตวิญญาณ นำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับความเข้าใจต่อชีวิตของประชาชนในชุมชน โดยเอาปัญหาและความต้องการของชุมชนเป็นตัวตั้ง เพื่อให้ชุมชนเกิดความตระหนักเข้ามามีส่วนร่วม และเกิดการพัฒนาจนสามารถพึ่งตนเองได้

ข้อเสนอแนะ

1. จากการดำเนินงานวิจัย ภาคีเครือข่ายสร้างสุขภาพชุมชน ในการควบคุมและป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงมีส่วนร่วมในการเข้ากระบวนการต่าง ๆ เป็นอย่างดี เห็นควรเสนอแนะให้ใช้ภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ต่อไป
2. การแก้ปัญหาชุมชน ควรทำงานเป็นเครือข่าย เพื่อลดงานซ้ำซ้อน ใช้ทรัพยากรร่วมกัน และเพื่อความต่อเนื่องยั่งยืน หากประชาชนมีส่วนร่วมเต็มที่
3. นำรูปแบบการควบคุมและป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงไปทดลองใช้จริงในพื้นที่ และประเมินผลว่าสามารถใช้ได้ดีหรือไม่ และเสนอแนะข้อบกพร่องเพื่อจะได้ใช้ปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ต่อไป (ประพิมพ์พร ลินสุวรรณ, 2550)

4. ผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก

สรุปสาระสำคัญจากงานวิจัยคือ โรคความดันโลหิตสูงจัดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของทั่วโลก ในประเทศไทยมีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นจาก 120,280 ราย เป็น 218,218 รายในปี พ.ศ.2542 ถึง 2546 ภาวะความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น 3-4 เท่า โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 3-8 เท่า ดังนั้นการควบคุมระดับโลหิตให้อยู่ในเป้าหมายของการรักษา จึงมีความจำเป็นเพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนดังกล่าว ซึ่งความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตนั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ แต่เนื่องจากโรคความดันโลหิตเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการ และต้องการรักษาต่อเนื่องยาวนาน ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเกิดปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา มีเพียง 1 ใน 3

ของผู้ป่วยเท่านั้น ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเป้าหมายของการรักษาได้ นอกจากโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นแล้ว ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตยังก่อให้เกิดผลเสียด้านอื่นๆ โดยเฉพาะในส่วนของค่าใช้จ่ายทั้งจากตัวผู้ป่วย และโรงพยาบาลที่ต้องรับภาระในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย จากผลการสำรวจโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และมารับบริการที่โรงพยาบาล พบว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตเป็นปัจจุบัน สำคัญที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมได้ และโรคความดันโลหิตสูงจัดเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับแรกๆ ของผู้ป่วยนอก ดังนั้นการส่งเสริมด้วยกลวิธีต่างๆ อันนำมาซึ่งการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยจัดว่าเป็นสิ่งจำเป็น

กลวิธีที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมีหลายวิธี แต่ยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าวิธีใดเป็นวิธีที่ดีที่สุด และอาจต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน ผลจากการศึกษาโดยให้ความรู้และติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยโดยเภสัชกร หรือการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ส่งผลให้ลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต การเตือนทางโทรศัพท์เป็นกลวิธีหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า การใช้โทรศัพท์หรือส่งข้อความสั้นๆ (short message service : SMS) ให้ผู้ป่วย ช่วยเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วย ทั้งในด้านการใช้ยา การกลับมาพบแพทย์ตามนัด หรือการไปรับยาตามนัด (นรรัตน์ สมเพชร และคณะ, 2550)

III: รายงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด

1. ผลของการใช้ข้าวกล้องในการลดระดับคอเลสเตอรอลในครูและอาจารย์ อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

โรคของหลอดเลือดและโรคหัวใจขาดเลือดเป็นปัญหาสาธารณสุขของคนไทย โดยมีภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุหลัก จากการศึกษาวิจัยหลายรายงานพบว่า เส้นใยที่ละลายน้ำได้ (soluble fiber) สามารถลดระดับคอเลสเตอรอลได้ แต่ยังไม่มียารายงานใดที่ศึกษาถึงผลการใช้ข้าวกล้องซึ่งมีเส้นใยทั้งที่ละลายน้ำได้และละลายน้ำไม่ได้สูงกว่าข้าวขาวกับการลดระดับคอเลสเตอรอลในคนไทย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลการใช้ข้าวกล้องในการลดระดับคอเลสเตอรอลในครูและอาจารย์เขตอำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ทำการศึกษาระหว่างเดือนมกราคมถึงตุลาคม 2547 เป็นการวิจัยกึ่งทดลองขนาดกลุ่มตัวอย่าง 116 คน โดยกลุ่มตัวอย่างกินข้าวกล้องเป็นเวลา 2 เดือน ตอบแบบสอบถาม ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อน-หลังการกินข้าวกล้อง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ 1 (กลุ่มระดับคอเลสเตอรอลรวมมากกว่า 240 มก./ดล.) ที่มีการกินข้าวกล้องอย่างน้อย 2 มื้อต่อวัน และ 5 วันต่อสัปดาห์ มีค่าระดับคอเลสเตอรอลรวม, แอลดีแอล และไตรกลีเซอไรด์ ลดลงแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ 2 (กลุ่มระดับคอเลสเตอรอลรวมน้อยกว่า 240 มก./ดล.) (40.48, 25.27 และ 42.85 มก./ดล. ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการบริโภคข้าวกล้องแทนข้าวขาวน่าจะเป็นแนวทางหนึ่งในการให้สุขศึกษาเพื่อลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือดในกลุ่มเสี่ยง และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเชิงลึกถึงกลไกการลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือดและปริมาณข้าวกล้องที่ควรบริโภค (วิวัฒน์ ศิตมโนชญ์ และคณะ, 2548)

2. ภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลที่มารับการรักษาที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟูโรงพยาบาลสงขลา ตั้งแต่ 1 กันยายน 2549 – 31 มีนาคม 2550 โดยใช้การสัมภาษณ์และประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพฉบับภาษาไทย (GHQ-28) และประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ Bathel Index of ADL พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 40 ราย เพศชาย 26 ราย เพศหญิง 14 ราย อายุเฉลี่ย 66.12 ± 8.64 ปี ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเฉลี่ย 72.0 ± 22.8 คะแนน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 40 ราย เพศชาย 9 ราย หญิง 31 ราย อายุเฉลี่ย 49.55 ± 13.25 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือ บุตร 22 ราย (55%) สามี/ภรรยา 15 ราย (37.5%) พี่สาว 1 ราย (2.5%) และพี่เลี้ยง 2 ราย (5%) ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจิต (GHQ score มากกว่าหรือเท่ากับ 4) 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 และพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) คือ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Barthel Index Score) เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และสถานะทางการเงิน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จิรวรรณ ชูทิพย์, 2550)

IV. รายงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

1. พฤติกรรมการสร้างสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนไทยมุสลิม ตำบลตำมะลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

สรุปสาระสำคัญจากงานวิจัยคือ การศึกษาพฤติกรรมการสร้างสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนไทยมุสลิม ตำบลตำมะลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล เพื่อศึกษาพฤติกรรม สร้างสุขภาพด้วยตนเอง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กัน พฤติกรรมการสร้างสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนมุสลิม อายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 224 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าการพักอาศัยกับบุตรหลานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

- เพศ มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001
- ระดับการศึกษาและอาชีพ มีผลกับพฤติกรรมการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001
- การพักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน อาชีพ และอายุ มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05
- อาชีพ และการพักอาศัยกับบุตรหลาน มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างสุขภาพในภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา ควรกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการรวมตัวกันดูแลตนเองซึ่งกันและกัน โดยให้มีชมรมสร้างสุขภาพของชุมชน และสนับสนุนให้ทุกภาคส่วน ได้แก่ ครอบครัว ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อบต. มีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรปรับรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและสังคมวัฒนธรรมของชาวไทยมุสลิม
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรสนับสนุนและพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพ เพื่อให้เกิดการรวมกลุ่ม และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการสร้างสุขภาพของชมรมสร้างสุขภาพต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อความยั่งยืนของกิจกรรมสร้างสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปปฏิบัติ

- สถานีนอมา้ยควรจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้ภาษามลายูท้องถิ่นเพื่อความเข้าใจและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อค้นหา รูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชาวไทยมุสลิม
- ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action research) ในเรื่อง การมีส่วนร่วมของบุตรหลาน และญาติที่มีต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ (ธนิต เสร้มแก้ว, 2550)

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลามในจังหวัดปัตตานี

สรุปสาระสำคัญจากงานวิจัย

- จังหวัดปัตตานีเป็นจังหวัดในชายแดนภาคใต้ที่มีประชาชนนับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 76.9 เป็นจังหวัดที่ตั้งของมัสยิดกลางซึ่งเป็นมัสยิดที่สำคัญของชาวมุสลิมทั่วประเทศ ประชาชนที่นับถือศาสนาอิสลามปฏิบัติศาสนกิจอย่างเคร่งครัดมากจังหวัดหนึ่ง ในด้านของปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ๆ ที่เป็นสาเหตุการตายของประชาชนในจังหวัดปัตตานี 10 อันดับแรก ประจำปี พ.ศ.2539 คือ มะเร็งทุกชนิด โรคหัวใจ อัมพาตทุกชนิด อุบัติเหตุอื่น ๆ ทั้งหมด ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง เบาหวาน อุบัติเหตุจากการตกน้ำและจมน้ำตาย โรคระบบย่อยอาหาร ตามลำดับ โรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญดังกล่าวนี้ เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสามารถจะลดได้ ด้วยการสนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ในการวางแผนเพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจะต้องทราบว่าแต่พฤติกรรมส่งเสริมที่ต้องการพัฒนามีปัจจัย

ที่มีอิทธิพลหรือเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลามในจังหวัดปัตตานี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางให้ผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องพิจารณาให้การสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้นำศาสนามีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ลดความเสี่ยงต่อโรคที่ป้องกันได้ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีพร้อมทั้งเป็นแบบอย่างในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของประชาชนชาวมุสลิมในชุมชน เพื่อบรรลุเป้าหมายตามเจตนารมณ์การพัฒนาคนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 และสอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิต พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมของประชาชนมากที่สุด

- พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำและสูงใกล้เคียงกัน ส่วนพฤติกรรมการบริหารจัดการความเครียดส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และจากการจำแนกพบพบว่า ตัวแปรกลุ่มปัจจัยร่วมสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัดปัตตานี ได้ร้อยละ 16.5 และพบว่า ระดับการศึกษาสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด ตัวแปรกลุ่มปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัดปัตตานี ได้ร้อยละ 10.2 และพบว่า การมีโครงการ/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด ส่วนตัวแปรกลุ่มปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัดปัตตานี ได้ร้อยละ 17.1 และพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ในการวางแผนงานโครงการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของจังหวัด ควรจัดโครงการที่มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของผู้นำศาสนาและบุคคลทั่วไปอย่างต่อเนื่องและจริงจัง โดยเน้นให้ผู้นำศาสนาอิสลาม ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการและมีการสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์อย่างเพียงพอ
2. ควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ผู้นำศาสนาในด้านการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ การบริหารจัดการความเครียดและการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างถูกต้องเหมาะสมกับวัย สภาพร่างกายและยังต้องสอดคล้องกับสภาพสังคม วัฒนธรรมและวิถีชีวิตของประชาชนเป็นสำคัญ
3. หน่วยงานสาธารณสุขควรเน้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสำคัญในการให้ข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนอย่างอย่างต่อเนื่องโดยใช้มัสยิด/โรงเรียนสอนศาสนาเป็นศูนย์กลางในการเผยแพร่ความรู้อย่างแท้จริง
4. หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีโครงการ/กิจกรรมการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพทางสถานีวิทยุ ในรูปแบบที่เหมาะสมและน่าสนใจ ตลอดจนใช้ภาษาท้องถิ่นที่ประชาชนเข้าใจ

5. การจัดโครงการ/กิจกรรมต่างๆ ในด้านการส่งเสริมสุขภาพต้องเน้นให้สอดคล้องกับแนวทางของศาสนา ซึ่งให้ความสำคัญและคุณค่าของศาสนาว่ามีเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพอยู่แล้ว ควรนำจากบทบัญญัติทางศาสนามาสู่การปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และควรจัดให้ผู้นำศาสนาอิสลามมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในทุกกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับวัย ครั้งนี้ได้ศึกษาในกลุ่มผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัดปัตตานี ซึ่งเป็นเพศชายทั้งหมด การศึกษาครั้งต่อไปเพื่อให้ครอบคลุมยิ่งขึ้นควรทำการศึกษาในกลุ่มสตรีมุสลิมซึ่งเป็นกลุ่มสตรีที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพแก่บุคคลในครอบครัวเป็นอย่างมาก

เอกสารอ้างอิง

- สุนีย์ วัชรทักษิณ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารักษาของผู้ป่วยเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากใบ จังหวัดนราธิวาส. วารสารวิชาการเขต 12. 2551 มกราคม-มีนาคม;19(1.3): 9-18.
- อนันต์ ชินดิออระ. ผลของการให้สุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานอำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี. วารสารวิชาการเขต 12. 2551 มกราคม-มีนาคม;19(1.4): 33-40.
- พิพัฒน์ กิตติไควล์. เฝ้าเบาหวานในโรงพยาบาลปากเกร็ด. วารสารวิชาการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เขต 4 .2550 กันยายน- ธันวาคม : 9(3) 214-220.
- ธเนศ จุนเจือจาน. การประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวกับคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเมืองชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี. 2551 กันยายน-ธันวาคม; 33(3): 377-380.
- พิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ. การศึกษาผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครนายก. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี 2548 มกราคม-เมษายน; 30(1) : 36-41.
- พรจิตร์ มีทวน. ผลการดำเนินงานการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านสวน โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการเขต 12. 2550 ตุลาคม-ธันวาคม;18(4.2): 39-44.
- มณฑา ธีระวุฒิ, ไพยม วงศ์ภูวรักษ์, วันทนา เจริญมงคล. ผลของการเฝ้าระวังโรค ความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรในศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเทพา. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2550 กรกฎาคม-สิงหาคม; 25(4) : 303-312.

- ทรงวุฒิ ทรัพย์ทวีสิน. การส่งเสริมพลังอำนาจเพื่อการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย
เบาหวานแบบองค์รวมโรงพยาบาลสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส. วารสารวิชาการเขต 12
2549; 17(3.1) : 9-21.
- วชิร รุจิโมระ. การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเปรียบเทียบกับ
แนวทางของ JNC7 Hypertensive Treatment in Phranangkloa Hospital Compare
to JNC 7 Guideline. วารสารโรงพยาบาลราชวิถี. 2548 ธันวาคม; 14(3) : 41-52.
- ประพิมพร สิ้นสุวรรณ. การพัฒนาเครือข่ายสร้างสุขภาพชุมชนในการควบคุมและป้องกัน
ภาวะความดันโลหิตสูงอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. วารสารวิชาการเขต 12. 2550
ตุลาคม-ธันวาคม; 18(4.2) : 31-36.
- นรรัตน์ สมเพชร, ชิดชนก เรือนก้อน, อัญชลี เพิ่มสุวรรณ. ผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือ
ในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก. สงขลานครินทร์เวชสาร.
2550 มีนาคม-เมษายน; 25(2) : 89-96.
- ธนิต เสริมแก้ว. พฤติกรรมการสร้างสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนไทยมุสลิม
ตำบลตำมะลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล. วารสารวิชาการเขต 12. 2550 กรกฎาคม-กันยายน;
18(3) : 63-68.
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลามในจังหวัดปัตตานี
สืบค้นจาก <http://www.thaiedresearch.org/result/result.php?id=4145> เมื่อ วันที่ 6
มีนาคม 2552
- วิวัฒน์ ศิตมโนชญ์, ลักษณะ ไทยเครือ, สุรางค์ศรี ศิตมโนชญ์, ธีราพร ไสดาบรรลุ. ผลของการใช้
ข่าวลือในการลดระดับคอเลสเตอรอลในครูและอาจารย์ อำเภอถลุง จังหวัดภูเก็ต.
ว.วิชาการสาธารณสุข 2548; 14(2) : 399-407.
- จิรวรรณ ชูทิพย์. ภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ว.วิชาการเขต 12 2550;
18(1) : 97-101.
- ศิริอร สินธุ, สุดานันท์ แสงภาศนีย์. ผลของการถือศีลอดต่อความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ
ในผู้ป่วยสูงอายุชาวไทยมุสลิม. วารสารพญามาติยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
2544; 2:25-33
- อนุชิต วังทอง, นิลนาถ เจ๊ะยอ. ผลการปรับเปลี่ยนการใช้ยาเบาหวานในเดือนรอมฎอน
ในผู้ป่วยเบาหวานที่ถือศีลอด อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.
2551; 21(1) : 130-35

บันทึก

บทที่ 6

การนำบทบัญญัติ อิสลามและงานวิจัยเพื่อ นำไปแก้ไขปัญหา

จากการศึกษาในบทที่ผ่านมา ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจหลอดเลือดตามวัย และแนวโน้ม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ภาวะความดันโลหิตสูง การบริโภคยาสูบ สถานการณ์การเปลี่ยนแปลง วิถีชีวิตสู่วิถีชีวิตนั่ง ๆ นอน ๆ บริโภคเกินไม่ได้สัดส่วน (เกลือโซเดียม, ไขมัน ฯลฯ) ภาวะอ้วน ภาวะเบาหวาน ภาวะไขมันผิดปกติ ความเครียด และบริโภคแอลกอฮอล์ปริมาณสูง

ปัญหาและ ปัจจัยเสี่ยง	มาตรการในแก้ไขปัญหา ตามบทบัญญัติอิสลามและงานวิจัย	ประเด็นที่ควรทำวิจัย
1) การขาด การเคลื่อนไหว และออกกำลังกาย ที่เพียงพอ	1. บทบัญญัติอิสลามส่งเสริมให้ออกกำลังกาย 1.1) จากหะดีษ “จงสอนลูกหลานของท่านให้ว่ายน้ำ การยิงธนู และการขี่ม้า” รายงานโดย อิบน์ญะอฺ 1.2) จากหะดีษ “ผู้ศรัทธาที่มีความเข้มแข็งย่อมประเสริฐและเป็นที่รักของพระเจ้ายิ่งกว่าผู้ศรัทธาที่อ่อนแอ” รายงานโดย มุสลิม 2. จากงานวิจัย 2.1 รูปแบบการออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง มีผู้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ร้อยละ 33.5 คือ รำมวยจีน เต้นแอโรบิกอย่างเบา เดินเร็ว วิ่งเหยาะะ ปั่นจักรยานอยู่กับที่ และการรำไม้พลอง ตามลำดับ จากข้อมูลพบว่า กลุ่มที่ออกกำลังกายเข้าเกณฑ์ มีระดับน้ำตาลหลังดอาหาร และไตรกลีเซอไรด์น้อยกว่ากลุ่มไม่ออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญ (สมนึก และคณะ, 2550) 2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มพฤติกรรมดูแลตนเองเมื่อยามเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 39.1 จึงเป็นปัญหาคือ เป็นห่วง สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ออกกำลังกายที่สำคัญคือ ไม่ทราบวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง ไม่ทราบความสำคัญของการออกกำลังกายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่มีสถานที่/วัสดุอุปกรณ์ ได้รับบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย เป็นต้น (สมนึก และคณะ, 2550) 2.3 กิจกรรมทางกายแบ่งเป็น 3 ลักษณะด้วยกัน คือ 1) กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวกับการทำงาน	ประเด็นที่ควรทำวิจัยใน ประชากรมุสลิม 1) รูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้หญิงมุสลิม ซึ่งตามหลักการอิสลามแล้วได้กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไข 3 ประการ คือ (1) สถานที่ที่ใช้ในการออกกำลังกายต้องเป็นสถานที่ที่มิดชิด หรือ สถานที่สาธารณะที่ไม่เปิดเผยเกินไป และ (2) ไม่ปะปนระหว่างหญิงชาย (3) ต้องไม่มีสิ่งที่ต้องห้ามในอิสลาม เช่น การเปิดเพลงที่ปลุกเร้าอารมณ์ เป็นต้น 2) ศึกษาวิถีชีวิตของมุสลิม เช่น การละหมาด เป็นต้น หรือการประกอบอาชีพ เช่น การกรีดยางพารา ว่ามีส่วนเกี่ยวข้องการออกกำลังกายในกรณีใดบ้าง

ปัญหาและ ปัจจัยเสี่ยง	มาตรการในแก้ไขปัญห ตามบทบัญญัติอิสลามและงานวิจัย	ประเด็นที่ควรทำวิจัย
2) การบริโภค อาหารที่ไม่ เหมาะสม (Inap- propriate diet)	2) กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวกับการเดินทางในชีวิตประจำวัน 3) กิจกรรมทางกายในเวลาว่างจากการทำงาน เนื่องจากผู้ชายมุสลิมในอิสลามได้กำหนดให้ไปละหมาดที่มัสยิด สำหรับผู้หญิงมุสลิมควรไปที่ละหมาดมัสยิด ในกรณีที่มีความเหมาะสม ดังนั้นควรส่งเสริมการเดินหรือขี่จักรยานไปละหมาดที่มัสยิด ซึ่งถือว่าเป็นการออกกำลังกายประเภทที่ 2 1. จากบทบัญญัติศาสนาอิสลามให้บริโภคอาหารที่เหมาะสม คือ อิสลามส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนการพฤติกรรมบริโภคอาหาร 1.1 ส่งเสริมให้มีการบริโภคจากสิ่งที่หะلالและดีอียิบ โดยเฉพาะการลดอาหารที่มีไขมันสูงและพลังงานสูง เพิ่มการกินผักและผลไม้ลดอาหารรสจัด โดยเฉพาะรสเค็มและรสหวาน “โอ้มนุษย์ทั้งหลาย พวกเจ้าจงบริโภคจากสิ่งที่อนุมัติ (หะلال) ที่เป็นประโยชน์ (ดีอียิบ : มีคุณค่าทางโภชนาการ) จากที่มีอยู่ในแผ่นดินเกิด...” (อัลบะกอเราะฮ์ : 168) 1.2 ควบคุมน้ำหนักตัวและไม่ให้บริโภคเกินพอดี เพราะการกินเกินพอดีจะนำมาซึ่งโรคและความอ้วน “จงกินและจงดื่มแต่จงอย่าให้อิ่มจนเกินไป แท้จริงอัลลอฮ์ไม่ทรงรักบุคคลซึ่งเกินความพอดี” (อะฮฺรอฟ : 31) และท่านศาสดาได้กล่าวไว้ว่า “เมื่อรับประทานอาหาร ให้แบ่งท้องออกเป็นสามส่วน หนึ่งเป็นของอาหาร ส่วนหนึ่งเป็นของน้ำและอีกส่วนหนึ่งปล่อยให้อว่าง”	ในการบริโภคของชาวมุสลิมในประเทศไทยนั้นอาหารที่มุสลิมส่วนใหญ่บริโภคเป็นอาหารรสหวานจัด ซึ่งทำให้คุณระดับน้ำตาลในเลือดได้ยากในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน บางส่วนชอบกินอาหารเค็มและมัน ซึ่งทำให้ยากต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและอัมพาต ผู้ชายมุสลิมส่วนใหญ่สูบบุหรี่ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ ดังนั้นควรทำวิจัยในประเด็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารของกลุ่มประชากรมุสลิมโดยไม่กระทบต่อการวิถีชีวิต เช่น ข้าวยา บูด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัญหาและ ปัจจัยเสี่ยง	มาตรการในแก้ไขปัญหา ตามบทบัญญัติอิสลามและงานวิจัย	ประเด็นที่ควรทำวิจัย
3) ภาวะความ ดันโลหิตสูง	1.3 ให้อาหารรับประทานเมื่อถึงเวลา หะดีษ “เมื่ออาหารค่ำได้ถูกยกมา พร้อมกับได้ยินเสียง อิกอมะฮ์ละหมาด ดังนั้นพวกเจ้าก็จงเริ่มด้วยอาหารค่ำ (ให้เสร็จเรียบร้อยก่อน แล้วจึงค่อยไปละหมาดทีหลัง)” 1.4 ไม่รับประทานสิ่งที่มีโทษ อันตรายและสิ่งที่ห้ามบริโภคที่ระบุชัดเจนในอัลกุรอานและหะดีษ 1. จากการศึกษานโยบายที่ผ่านมา พบว่า สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย พบว่า โรคที่มุสลิมไทยเป็นมากที่สุดเหมือนกันทุกภาค คือ โรคความดันโลหิตสูง ส่วนโรคเรื้อรังที่พบ อาทิ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หอบหืด กระดูกและข้อ วัณโรค ลมชัก มะเร็ง เอ็ดส์ เป็นต้น 2. ปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูง คือ ความอ้วน การออกกำลังกาย อาหาร การดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคเกลือ การสูบบุหรี่ ความเครียด ปัจจัยทางจิตใจ สังคมที่มีผลต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้น การป้องกันรักษาโรคความดันเลือดสูง คือ พฤติกรรมสุขภาพที่ควรปรับเปลี่ยน ได้แก่ 1.1) รับประทานอาหารประเภทพืช ผัก ธัญพืชมากขึ้น เนื้อสัตว์ในปริมาณน้อย ไขมันต่ำ น้ำตาลต่ำ ลดการรับประทานเกลือโซเดียมหรือเกลือแกง ทำอาหารเองที่บ้านแทนการซื้อหรือรับประทานอาหารนอกบ้าน 1.2) ลดน้ำหนักและควบคุมน้ำหนัก การมีกิจกรรมทางกายและออกกำลังกาย เป็นต้น	ศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรมุสลิม เพื่อป้องกันและรักษาโรคความดันเลือดสูง เช่น การส่งเสริมกินผักผลไม้ ลดเค็ม การลดน้ำหนัก และกิจกรรมทางกาย โดยร่วมมือกับองค์กรชุมชนที่มีอยู่แล้วในชุมชน เช่น มัสยิด กองทุน/สหกรณ์อิสลาม เป็นต้น

ปัญหาและ ปัจจัยเสี่ยง	มาตรการในแก้ไขปัญห ตามบทบัญญัติอิสลามและงานวิจัย	ประเด็นที่ควรทำวิจัย
4) การบริโภค ยาสูบ	3. บทบัญญัติอิสลามส่งเสริมรับประทานอาหารที่ดี ซึ่งจากความหมายของอาหารที่ดี คือ อาหารที่ดี (ดีอยยิบัน) ซึ่งมีความหมายรวมถึง อาหารที่มีประโยชน์ สะอาด ปลอดภัยจากสารเคมีเจือปน ร้อยละ เหมาะสมกับวัยและสภาพของแต่ละคน มีผลต่อการพัฒนาการทางด้านร่างกายจิตใจและจิตวิญญาณจากอัลกุรอาน (2:168) “โอ้มนุษย์ทั้งหลาย จงกินสิ่งที่ได้รับอนุมัติ(หะลาล) และสิ่งที่ดี (ดีอยยิบัน) จากที่มีอยู่ในแผ่นดิน และจงอย่าปฏิบัติตามแนวทางของชัยตอนมารร้าย เพราะมันเป็นศัตรูอันชัดแจ้งของพวกเขา” 1. จากการศึกษ พฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า ครอบครัวมุสลิมภาคใต้มีสมาชิกอย่างน้อย 1-2 คน สูบบุหรี่ ซึ่งมากกว่าภาคอื่นๆ จากงานวิจัย พบว่า ชาวมุสลิมในสามจังหวัดชายแดนใต้ ยอมรับว่าใช้สิ่งเสพติด ร้อยละ 26.5 ใช้กัญชา อันดับแรก สาเหตุอันดับแรก คือ อยากลอง (อุไรวรรณ และคณะ, 2550) การศึกษาในพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่จะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 2.2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้สูบ จากข้อมูลมีความชัดเจนที่ปัจจัยเสี่ยงของยาสูบต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ 2. หลักฐานจากคัมภีร์อัลกุรอานที่ว่า “และท่านทั้งหลายอย่านำตนเองสู่ความหายนะ” ซูเราะฮ์อัลบะกะรอเราะฮ์ โองการที่ 195 และความว่า “และท่านทั้งหลายอย่าทำลายชีวิตตนเอง เพราะอัลลอฮ์ทรงปรานีพวกท่าน” ซูเราะฮ์ อันนิซาอฺ โองการที่ 29 และหลักฐานจาก	1. ศึกษาแนวทางการเปลี่ยนแปลงทัศนคติว่าการบริโภคยาสูบเป็นมักรูห์ ไม่ใช่หะรอม (สิ่งที่ต้องห้าม) 2. ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของยาสูบ / บุหรี่ / สิ่งเสพติดต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรมุสลิม

ปัญหาและ ปัจจัยเสี่ยง	มาตรการในแก้ไขปัญห ตามบทบัญญัติอิสลามและงานวิจัย	ประเด็นที่ควรทำวิจัย
5. ภาวะเบาหวาน	อัลหะดีษ ที่ว่า “จะต้องไม่ทำความเสียหายต่อตนเองและผู้อื่น” รายงานโดย อะหมัด และการวินิจฉัยของนักวิชาการร่วมสมัย ถือว่าบุหรีเป็นสิ่งที่ต้องห้าม (หะรอม) ดังนั้นจึงต้องทำการรณรงค์ในมุสลิมให้ลดการบริโภคยาสูบ 1. จากงานวิจัยในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองสูงถึงร้อยละ 46 การศึกษาในประชากรการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย พบว่า ผู้เป็นเบาหวานมีอัตราเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดมากกว่าผู้ไม่เป็นเบาหวาน 3.3 เท่า ความเสี่ยงจะเพิ่มสูงขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของดัชนีมวลกาย ภาวะมีน้ำตาลในเลือดสูงและโรคอ้วน ขาดการออกกำลังกาย บริโภคอาหารไม่เหมาะสม สูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การปรับเปลี่ยนแผนชีวิตสามารถลดโอกาสเกิดโรคเบาหวานลงได้ถึงร้อยละ 58 โดยมาตรการที่ใช้ คือ การลดน้ำหนัก ลดบริโภคอาหารประเภทไขมันชนิดอิ่มตัว ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีทุกวัน สำหรับอาหารที่คนเป็นเบาหวานควรหลีกเลี่ยง คือ อาหารไขมันสูงจากไขมันจากสัตว์ ลดอาหารเค็ม หลีกเลี่ยงการกินขนมหวาน และหลีกเลี่ยงการใช้น้ำตาลในการปรุงอาหารโดยไม่จำเป็น (วันทนีย์, 2548) 2. จากการนำเสนอบทบัญญัติอิสลามมีความชัดเจนในการส่งเสริมให้บริโภคสิ่งที่มีประโยชน์เหมาะสมกับภาวะของร่างกายแต่ละคน และส่งเสริมการออกกำลังกาย	ประเด็นการวิจัยที่ควรค้นหาคำตอบต่อไป คือ นำร่องรูปแบบการบูรณาการบทบัญญัติอิสลามกับรูปแบบการดูแลสุขภาพใหม่ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ปัญหาและ ปัจจัยเสี่ยง	มาตรการในแก้ไขปัญหา ตามบทบัญญัติอิสลามและงานวิจัย	ประเด็นที่ควรทำวิจัย
6) ภาวะไขมัน ในเลือดผิดปกติ	จากรายงานวิจัย การที่คอเลสเตอรอลในเลือดลดลงร้อยละ 1 สามารถลดอัตราการตายที่เกิดจากโรคหัวใจขาดเลือดได้ ร้อยละ การศึกษาในประเทศไทย พบว่าระดับ TC ที่สูงขึ้น ไม่ได้เพิ่มอัตราเสี่ยงของการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่ทุก ๆ ระดับ HDL-C ที่สูงขึ้น 0.2 mmol/l จะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลงประมาณ 30 ส่วน LDL-C และ TG ยังไม่มีข้อมูลที่สรุปได้ในคนไทย การบริโภคข้าวกล้องแทนข้าวขาวน่าจะเป็นแนวทางหนึ่งในการให้ศึกษาเพื่อลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือดในกลุ่มเสี่ยง ชนิดของอาหารที่มีผลต่อการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือด พบว่า 1) ไขมันจากปลาลดอัตราตายได้ประมาณร้อยละ 20 2) อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต มีส่วนทำให้น้ำหนักเกินและเกิดภาวะอ้วนได้ 3) อาหารประเภทกากใย ผัก ผลไม้ สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ 4) อาหารประเภทถั่วเหลืองช่วยลดคอเลสเตอรอล ส่วนถั่วช่วยป้องกันได้ แต่มีพลังงานสูง (อาหารการกินกับโรคหัวใจและหลอดเลือด : จดหมายข่าว สมช.)	ประเด็นที่ควรศึกษาเพิ่มเติม เช่น การบริโภคที่เป็นวัฒนธรรมการกินของมุสลิม มีผลทำให้ลดอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือไม่
7) ภาวะ น้ำหนักเกินและ อ้วน	จากการศึกษาในบทที่ผ่านมา พบว่า สาเหตุและปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคอ้วน คือ พันธุกรรม เพศ หญิงมีแนวโน้มอ้วนและน้ำหนักเกินในสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย ปัจจัยทางด้วยสิ่งแวดล้อม เช่น การรับประทานอาหาร (กินอาหารบุฟเฟต์ ปริมาณมากขึ้น กินขนมขบเคี้ยว อาหารขยะ อาหารจานด่วน และผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลมีภาวะอ้วน	ประเด็นที่น่าสนใจในการทำวิจัยต่อ คือ การแทนที่อาหารที่ไม่มีประโยชน์ (อาหารบุฟเฟต์ ขนมขบเคี้ยว อาหารขยะ อาหารจานด่วน) มาเป็นอาหารพื้นเมือง หรือ

ปัญหาและ ปัจจัยเสี่ยง	มาตรการในแก้ไขปัญหา ตามบทบัญญัติอิสลามและงานวิจัย	ประเด็นที่ควรทำวิจัย
8) การบริโภค แอลกอฮอล์ ปริมาณกลาง และสูง 9) ภาวะเครียด	มากกว่าผู้ที่อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาล และสูงขึ้นตามอายุด้วย 1. จากอัลกุรอาน อัลลอฮ์ทรงประทานซูเราะฮ์อัลมาอิดะฮ์ [5:90-91] ซึ่งเป็นโองการที่ห้ามการดื่มสุรายาเสพติดหรือของมีเมาพร้อมกับสิ่งที่ต้องห้ามอื่นๆ ในลักษณะของการห้ามที่เด็ดขาด 2. จากรายงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ในด้านการเป็นสาเหตุกับโรคเรื้อรัง ปัญหาการบาดเจ็บ ปัญหาทางสังคมทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง 1. จากงานวิจัยระบุว่า 2 ใน 3 โรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดจากปัจจัยเสี่ยงโดยทั่วไป อีก 1 ใน 3 ไม่พบปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยที่น่าสนใจ คือ ปัจจัยทางจิตใจและสังคม ได้มีการศึกษาภาวะต่างๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า การขาดการสนับสนุนจากสังคม ภาวะโกรธฉุนเฉียว ไม่เป็นมิตร ภาวะตึงเครียดเรื้อรัง ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียดเฉียบพลัน ภาวะตึงเครียดเรื้อรังที่ได้รับการศึกษามากที่สุดคือ ความเครียดที่ไม่สัมพันธ์กับการทำงาน พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน การเสียชีวิตจากโรคหัวใจ (ข่าวสาร มสช., 2547) 2. อิสลามนอกจากให้ความสนใจสุขภาพทางกายแล้ว สุขภาพทางจิตใจอิสลามให้ความสำคัญอย่างยิ่ง ดังอัลกุรอาน ซูเราะฮ์ฮุนะบาอฺ โองการที่ 9 (78:9) “และเราได้ทำให้การนอนของพวกเขาเป็นการพักผ่อน” ชีวิตจะสมบูรณ์ได้ก็ต่อเมื่อ	อาหารไทยที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ประเด็นที่น่าสนใจในการทำวิจัยต่อ คือ แนวโน้มการบริโภคสุราในประชากรมุสลิม โดยเฉพาะในวัยรุ่น ประเด็นที่น่าสนใจคือ การนำบทบัญญัติอิสลามในด้านสุขภาพจิตมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างเป็นรูปธรรม

ปัญหาและ ปัจจัยเสี่ยง	มาตรการในแก้ไขปัญห ตามบทบัญญัติอิสลามและงานวิจัย	ประเด็นที่ควรทำวิจัย
	ร่างกายและวิญญาณได้รับการตอบสนองอย่าง สมดุล ในคัมภีร์กุรอ่านกล่าวว่า “...ขอสาบาน ด้วยตัวตนของมนุษย์ที่พระองค์ได้ทรงทำให้ มันสมดุล แล้วได้ทรงดลใจให้มันได้รู้ถึงความผิด และความถูกต้อง แท้จริงผู้ประสบความสำเร็จ คือผู้ขัดเกลادنเองให้บริสุทธิ์ และผู้ทำให้มัน เสียหาย (ด้วยการทำชั่ว) ย่อมได้รับความ ล้มเหลว”(ซูเราะฮ์อัลซัมซ) [91:7-10]	

การปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดประโยชน์อย่างยิ่ง โครงการ Reversal Heart Disease หรือ Ornish Program ของนายแพทย์ Dean Ornish ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแบบองค์รวมในระยะยาวได้ยั่งยืนนานกว่า 5 ปี โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สำคัญด้าน การรับประทานอาหาร หยุดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความตึงเครียด การสร้างจินตภาพ และที่สำคัญที่สุดคือ การรวมกลุ่มผู้ป่วยหรือครอบครัว เพื่อให้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) โครงการนี้ได้รับการพิสูจน์แล้วว่า สามารถลดการตีบของหลอดเลือดหัวใจ เพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ขาดและลดอาการของผู้ป่วยได้จากโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของนายแพทย์ Ornish เรียกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้ว่า “5 อ”

อ. ที่ 1 อาหาร กินอาหารที่ไม่มีเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ ทำจากของสดตามธรรมชาติ เช่น ผักสด ผลไม้สด ซึ่งมีไขมันและน้ำตาลต่ำ ปลอดภัยเค็ม สิ่งปรุงแต่งที่เป็นอันตราย อาหารเหล่านี้จะเป็นอาหารรักษาอาการตีบของหลอดเลือด ส่วนอาหารทั่วไปจะเพิ่มความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มากนัก อาหารที่เพิ่มความเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น อาหารฝรั่งประเภทฟาสฟูดส์ ไต๋เซ่จีน ขาหมู ข้าวมันไก่ ฯลฯ ปริมาณอาหารที่รับประทานมากเกินไป จนเกิดภาวะอ้วนก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ

อ. ที่ 2 ออกกำลังกายและอิริยาบถ แนะนำให้ออกกำลังกายโดยการเดินอย่างน้อยวันละครึ่งชั่วโมง ไม่แนะนำให้นั่งๆ นอนๆ

อ. ที่ 3 อารมณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดและเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ความซึมเศร้า การผ่อนคลายความเครียด การออกกำลังกายแบบตะวันออก การทำสมาธิ การละหมาด น่าจะสามารถนำมาใช้ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ แม้ไม่มีหลักฐานโดยตรงในการพิสูจน์ แต่จากการฝึกฝนจะได้ผลทางอ้อม คือ ทำให้หายใจช้าลง หัวใจเต้นช้าลง เป็นต้น

อ. ที่ 4 อากาศ หมายถึง บุหรี่ การดมควันบุหรี่ และอัตราการหายใจ มลพิษในอากาศมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

อ. ที่ 5 อาหาร อารมณ์ซึมเศร้า การแยกตัว และขาดการช่วยเหลือหรือสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้น ความเครียด อาหาร ช่วยเหลือเกื้อกูล หรือแม้แต่การให้กำลังใจจากสามี ภรรยา หรือบุคคลใกล้ชิด ต่อผู้ป่วยหรือผู้มีปัจจัยเสี่ยง จึงควรนำมาช่วยในการส่งเสริมต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและสามารถทำต่อเนื่องยั่งยืนได้

การแก้ไขและป้องกันปัญหาโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นที่ยอมรับกันว่ามีสองระดับ คือ การดำเนินการในระดับประชาชนทั่วไป และการดำเนินการเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งการควบคุมป้องกันโรคต้องดำเนินการทั้งในระดับประชากรและกลุ่มเสี่ยง

ระดับประชากร เป็นการดำเนินการที่มุ่งลดความเสี่ยงต่อประชากรทั้งหมด ต้องใช้งบประมาณค่อนข้างสูง งานวิจัยทางระบาดวิทยาพบว่า **ผลดีที่ได้จากมาตรการระดับประชากรมีมากกว่าที่ได้จากระดับกลุ่มเสี่ยง** เช่น การลดบริโภคเกลือของประชากรทำให้ค่าเฉลี่ยของความดันเลือดในประชากรลดลง การดำเนินการทางกฎหมายทำให้มีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง และให้ผลดีกว่าการรักษาเป็นรายบุคคล

ระดับกลุ่มเสี่ยงหรือปัจเจกหรือรายบุคคลที่มีความเสี่ยง เป็นการค้นหาและรักษาในคนที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น เบาหวาน ความดันเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ฯลฯ

ปัญหาและอุปสรรคการควบคุมป้องกัน

แม้ว่าเรารู้ปัจจัยหลักของโรค แต่ก็ยังมีปัญหาและอุปสรรค การหากลยุทธ์ในการดำเนินการว่าจะบรรลุผลในทางปฏิบัติอย่างไร จะมีมาตรการอย่างไร แม้ว่าการศึกษาวิจัยได้พิสูจน์แล้วว่ามาตรการที่มีประสิทธิผลในการลดการเจ็บป่วยและตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่ว่าจะเป็นการปรับวิถีชีวิต การควบคุมความดันเลือดสูงและระดับไขมัน ไม่สูบบุหรี่ และการออกกำลังกาย รวมทั้งการรักษาโรคด้วยยา แต่การนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติยังทำได้น้อย รวมถึงบทบาทของสถานพยาบาลในการควบคุมโรคนี้ยังมีอยู่น้อย ดังนั้น การดำเนินการต้องปรับระบบบริการสุขภาพ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ ให้น้ำหนักในเรื่องการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ มากกว่าการตั้งรับซ่อมสุขภาพ รักษาโรค

ปัญหา การควบคุมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

ด้าน	ปัญหา
1. นโยบาย	ขาดการวิเคราะห์และสร้างนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยเฉพาะโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดที่สอดคล้องและทันต่อปัญหา เนื่องจาก - ขาดข้อมูลพื้นฐานด้านระบาดวิทยา - ขาดทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ - ขาดความรู้ งานวิจัยในมาตรการที่มีประสิทธิผลในการป้องกัน
2. ระบบบริการสุขภาพ	- ขาดรูปแบบและแนวทางการให้บริการที่ชัดเจนในด้านการควบคุมป้องกัน - ขาดการเชื่อมโยงและการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลในทุกกระดับ - ขาดความตระหนักถึงประโยชน์ของการสร้างเสริมเหนือการป้องกัน
3. บุคลากรทางการแพทย์	แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ มีภาระงานมาก ขาดความรู้ความชำนาญในการให้คำแนะนำและสอนวิธีปฏิบัติ วิธีการดำเนินชีวิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อีกทั้งยังขาดนักวิชาชีพสาขาต่างๆ ร่วมในการให้บริการรักษาผู้ป่วย
4. ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน	- ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันเลือดสูง เบาหวาน โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง รวมทั้งความตระหนักในเรื่องปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ - การมีส่วนร่วมของแต่ละบุคคลและชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังมีอยู่น้อย - ความเข้าใจของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ยังอยู่ในระดับต่ำ - ข้อเสนอแนะและแนวทางการปฏิบัติควรสอดคล้องกับวัฒนธรรมในแต่ละท้องถิ่น และมีกระบวนการเป็นแบบชุมชน ที่มีความเป็นเจ้าของ เพื่อให้การดำเนินการมีความยั่งยืน

แนวทางในการแก้ไขปัญหาในระดับต่างๆ

การดำเนินการเพื่อป้องกันและแก้ไขมีส่วนเน้นอยู่ 2 ประเด็น คือ เป้าหมายและกลยุทธ์ ในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้เกิดชีวิตที่ดี และมาตรการ วิธี และอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการ

ด้าน	ปัญหา
1. นโยบาย	- นโยบายจำกัดการบริโภคบุหรี่ เช่น เพิ่มภาษีบุหรี่ ห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายบุหรี่ เงินที่ได้จากข้อตกลงยาสูบนำมาใช้ในการควบคุมยาสูบและการรักษาผู้ป่วยจากบุหรี่ - นโยบายอาหารเพื่อสุขภาพ ในสถานที่ทำงาน โรงเรียน - นโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมการเคลื่อนไหวออกแรงกาย - นโยบายแทรกแซงการขยายตัวของสินค้าอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ - การประกันสุขภาพครอบคลุมค่าใช้จ่ายการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายและอาหารสุขภาพ - การบริการสุขภาพครอบคลุมการบริการทั้งทางป้องกันและฟื้นฟู
2. ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม	➢ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเคลื่อนไหวออกแรงกาย ที่ทุกคนสามารถเข้าถึง ไม่มีการกีดกัน - จัดทางเดิน ทางจักรยานที่ปลอดภัยสำหรับการเดินทางและสถานที่พักผ่อน - อาคารส่งเสริมการขึ้นลงบันได มีป้ายแสดงชัดเจน - มีการจัดสถานที่ออกกำลังกายในที่ทำงาน และจัดให้มีโครงการออกกำลังกาย ➢ ประชาชนมีอาหารการกินที่เหมาะสม เช่น - ร้านอาหารเพิ่มการเสนอบริการอาหารสุขภาพ และมีฉลากระบุคุณค่าอาหาร - สถานประกอบการ โรงเรียน มีบริการอาหารสุขภาพ - ชุมชนสนับสนุนตลาดอาหารแบบตลาดสด ➢ ปราศจากควันบุหรี่ โดย - สถานที่ทำงานมีนโยบายห้ามสูบบุหรี่ - กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ
3. ชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน	- ระบุองค์กรและสถาบันในชุมชนที่สามารถให้บริการและเป็นแหล่งความรู้เรื่องการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด - สร้างโอกาสให้ชาวบ้านทุกคน ทุกกลุ่มอายุ เข้าร่วมในกิจกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้านทำอาหารเพื่อสุขภาพกลุ่มออกกำลังกาย - ให้องค์ความรู้ในท้องถิ่นกับสื่อและการบริการที่มีประสิทธิภาพ
4. โรงเรียน	- มีหลักสูตรการเรียนการสอนที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และปัญหาในชุมชน หลักสูตรเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย มีชั่วโมงพลศึกษาอย่างน้อย 3 ครั้งสำหรับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โดยเน้นให้มีการเล่นกีฬาออกกำลังกายตลอดชีวิต - โรงเรียนมีอาหารทางเลือกที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพหัวใจ

ด้าน	ปัญหา
	- หลักสูตรการสอน มีประสิทธิผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน - การสอนวิธีการกู้ชีพ ตามหลักสูตรที่เหมาะสมกับอายุนักเรียน
5. สถานประกอบการ	- ควรมีการส่งเสริมการออกกำลังกาย เช่น การใช้บันไดแทนการใช้ลิฟต์ - มีการบริการให้เอกสารหรือข้อมูล ที่ช่วยให้มีพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพหัวใจ - จัดการสอนเพื่อให้ลูกจ้างรู้ถึงอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและเบาหวาน และวิธีการช่วยเหลือเบื้องต้นในยามฉุกเฉิน
6. ระดับบุคคล	กลุ่มเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้โดย - ประชาชนทุกคนสามารถได้รับความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและโรคหัวใจและหลอดเลือด - ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองและส่งต่อเพื่อรับบริการ - ประชาชนมีความรู้ ตระหนัก และมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการกินอาหารและการออกกำลังกาย - วิธีดำเนินการและสื่อที่ให้คำแนะนำมีความเหมาะสมกับภาษา วัฒนธรรมท้องถิ่น - จัดให้บริการฟื้นฟูให้แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด - จัดหลักสูตรให้บุคลากรทางการแพทย์ ที่เน้นเรื่องทักษะการเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่อง สูบบุหรี่ อาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย

หลักการของมาตรการในการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวาน

รูปแบบการส่งเสริมดูแลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สอดคล้องกับหลักการทางศาสนาอิสลาม และเน้นความเป็นหุ้นส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ญาติ และทีมสหวิชาชีพ ผู้ให้การรักษา ภายใต้บรรยากาศการดูแลแบบองค์รวมนี้ได้ใช้และดัดแปลงจากผลการศึกษาวิจัยของ วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ เป็นพื้นฐาน โดยในการศึกษาดังกล่าวนั้นได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยมาจากทั่ว 14 จังหวัดภาคใต้ โดยเชื่อว่าจะเป็นการสะท้อนความเป็นบริบทของผู้ป่วยเบาหวานในภาคใต้ได้ชัดเจนขึ้น และสามารถใช้เป็นแนวทางในการนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น

จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่

1. พฤติกรรมการควบคุมอาหาร

ปัญหาที่พบ ได้แก่ งดอาหารหวานไม่ได้ ควบคุมอาหารได้ไม่ต่อเนื่อง รับประทานอาหารไขมันสูง และมีกากใยน้อย รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา รับประทานอาหารมึนเมา รับประทานอาหารจุบจิบ

โดยมีปัจจัยอุปสรรค ได้แก่ ติดในรสชาติ ติดหวาน บังคับใจตัวเองไม่ได้ ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ได้รับการสนับสนุนไปในทางที่เป็นลบจากครอบครัว สังคมวัฒนธรรมไม่สนับสนุน เนื่องจากการเข้าถึงสังคม และงานเทศกาลทำบุญ ทำให้มีการรับประทานขนมหวานมากขึ้น

2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย

ปัญหาที่พบ ได้แก่ ขาดการออกกำลังกาย โดยมีอุปสรรคเนื่องจาก ลักษณะอุปนิสัยไม่ชอบ ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง รู้สึกแปลกแยกกับจากคนอื่น ขาดการสนับสนุนจากสังคมและชุมชน มีข้อจำกัดด้านสุขภาพทางกาย เช่น ปวดเข่า การจัดการเวลาไม่เหมาะสม

3. พฤติกรรมการรับประทานยา

ปัญหาที่พบได้แก่ รับประทานยาไม่ตรงเวลา ลืมรับประทาน ซื่อยามรับประทานเอง หยุดยาเอง โดยมีปัจจัยอุปสรรค ได้แก่ อาชีพไม่หนุนเสริม มีความรู้ความเข้าใจเรื่องยาไม่ถูกต้อง

4. การเผชิญกับภาวะเครียด การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยมีความเครียดสูง มีความรู้สึกกลัวใจ ทุกข์ใจ เครียด หงุดหงิด ท้อแท้ หดหู่กำลังใจ กลางคืนนอนไม่หลับ และไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม

โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มีภาวะบีบคั้นจากภาระรับผิดชอบทางครอบครัว มีความขัดแย้ง ในครอบครัว บทบาทครอบครัวเปลี่ยนแปลง การปรับตัวกับความสูญเสียไม่มีประสิทธิภาพ

รูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เน้นการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ร่วมกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยคำนึงถึงความเป็น องค์กรรวม (holistic) ของบุคคลทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณ และให้ความสำคัญ ในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง สามารถสรุปองค์ ประกอบในการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ฝ่าย คือ ฝ่ายทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลรักษา ฝ่ายตัวผู้ป่วยเอง และญาติผู้ป่วย

ทีมสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน แท้จริงจะไม่ดูแลเฉพาะระดับน้ำตาลอย่างเดียว แต่หากต้องดูแลครบหลายประเด็น ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ไขมันในเลือด น้ำหนักตัว โรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ทางตา ทางไต ทางหัวใจ มองหาโรคแทรกซ้อนทุกอย่างเพื่อให้การรักษา และให้ความรู้ในการดูแลตนเอง และการรักษาเบาหวานต้องมองลึกไปทั้งตัว และในการควบคุม ระดับน้ำตาลต้องควบคุมให้ได้ใกล้เคียงคนปกติ ปัจจุบัน มีข้อมูลวิจัยพบว่า ถ้าระดับน้ำตาลใกล้เคียง ปกติมากเท่าไรได้ยิ่งดี ถึงแม้ว่าจะต้องใช้เวลาหลายชนิดร่วมกันเพื่อดึงระดับน้ำตาลให้ลงมา แต่ทั้งนี้ก็ต้องระมัดระวังเรื่องน้ำตาลในเลือดต่ำ และต้องสอนวิธีป้องกันการเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ ให้ผู้ป่วยด้วย

การเลือกใช้อาหารจะยากขึ้นในผู้ป่วยที่กินยาหลายชนิด หรืออาจต้องฉีดอินซูลิน แพทย์หลายคนประวิงเวลาการฉีดอินซูลิน เพราะมีความรู้สึกยุ่งยากที่ต้องสอนผู้ป่วย ผู้ป่วยก็ไม่ค่อยยอมรับ ต้องพยายามอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า ถ้าปล่อยให้น้ำตาลสูงโดยไม่ฉีดอินซูลิน ผลเสียจะตามมามากกว่า

รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน มีดังนี้
องค์ประกอบ 5 ส. จากทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลรักษา ประกอบด้วย

1. สัมพันธภาพ

เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมสหวิชาชีพ กับผู้ป่วยและญาติ ยอมรับความเป็นปัจเจกบุคคล และเป็นกันเอง รับฟังปัญหา การดูแลตนเอง และความรู้สึกไม่สบายใจของผู้ป่วยด้วยความจริงใจ และมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยกล้าพูด และขอคำปรึกษา ปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากขึ้น

2. สื่อสารความรู้และทักษะ

เป็นการสนับสนุนข้อมูล และให้ความรู้เกี่ยวกับอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย จัดทำคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ผลิตภัณฑ์ วิดีทัศน์ เรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การฝึกสมาธิการผ่อนคลาย และการบริหารเท้า

3. สิ่งแวดล้อม

เป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ด้วยการจัดหาห้องให้คำปรึกษา และจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มโดยให้ผู้ป่วยเบาหวาน และญาติของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเกิดบรรยากาศเรียนรู้

4. สมดุลด้านจิตอารมณ์

เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำจิตใจผ่อนคลาย มีจิตใจสงบ สบายใจไม่เครียด

5. สนับสนุนและสืบสาน

เป็นการปฏิบัติดูแลระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง โดยการอธิบายผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการแสดงกราฟเส้น ให้ดูสมุดบันทึกเพื่อสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่อง กล่าวให้กำลังใจ เมื่อผลการตรวจพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เป็นการติดตามผลและการมาพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบ 5 ต. จากตัวผู้ป่วย ประกอบด้วย

1. ตระหนัก

เป็นการใส่ใจให้ความสำคัญของผู้ป่วยเบาหวานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้ความสำคัญกับทัศนคติ มุมมอง บังคับจิตใจ นำไปสู่การกินยา การคุมอาหาร การเลิกพฤติกรรมที่ต้องห้ามได้

ผู้ป่วยต้องจัดเวลาสำหรับการอยู่ตามลำพัง เพื่อทบทวน ตรวจสอบ พิจารณาเรื่องราวต่างๆ ที่เขาได้ทำไป และสิ่งใดบ้างที่จะมีผลต่ออนาคต

การตรวจสอบตนเอง ถือว่าเป็นเรื่องสำคัญในการฟื้นฟูการศรัทธา (อีมาน) อัลลอฮ์ ชูบหานะฮฺวะตะอาลา ได้ตรัสไว้ในอัลกุรอานซูเราะฮ์อัลหัจญ์ โองการที่ 18 [59:18] ว่า

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا اتَّقُوا اللَّهَ وَلْتَنْظُرْ نَفْسٌ مَّا قَدَّمَتْ لِغَدٍ وَاتَّقُوا اللَّهَ إِنَّ اللَّهَ خَبِيرٌ
بِمَا تَعْمَلُونَ ﴿١٨﴾

ความว่า “โอ้บรรดาผู้ศรัทธาเอ๋ย พวกเจ้าจงยำเกรงอัลลอฮ์เถิด และทุกชีวิตจงพิจารณา ดูว่า อะไรบ้างที่ตนได้เตรียมไว้สำหรับวันพรุ่งนี้ (วันกิยามะฮ์) และจงยำเกรงอัลลอฮ์เถิด แท้จริง อัลลอฮ์นั้นทรงรู้ดียิ่งในสิ่งที่พวกเจ้ากระทำ”

อัลลามะฮฺ อิบน์ กิอัยยิม ได้กล่าวว่า “ความวิบัติของคนหนึ่งมาจากการเพิกเฉย ในการตรวจสอบตนเอง และมาจากการเห็นด้วยกับนัฟซฺ (อารมณ์ปรารถนาต่างๆ) ของเขา และด้วยการตามอารมณ์ใฝ่ต่ำ”

ท่านฮาซัน รอฎียัลลอฮุอันฮฺ กล่าวว่า “ท่านจะไม่พบผู้มีศรัทธา (อีมาน) เว้นแต่ว่าเขา จะเป็นผู้ตรวจสอบตนเอง”

2. ตั้งใจ (เนียต)

เป็นความมุ่งมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง

คำกล่าวของท่านรอซูล คือลัทธิลัทธิอะลียะฮ์วะซัลลัม

عَنْ أَمِيرِ الْمُؤْمِنِينَ أَبِي حَفْصٍ عُمَرَ بْنِ الْخَطَّابِ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُ قَالَ: سَمِعْتُ رَسُولَ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ يَقُولُ: إِنَّمَا الْأَعْمَالُ بِالنِّيَّاتِ وَإِنَّمَا لِكُلِّ امْرِئٍ مَا نَوَى. فَمَنْ كَانَتْ هِجْرَتُهُ إِلَى اللَّهِ وَرَسُولِهِ فَهِجْرَتُهُ إِلَى اللَّهِ وَرَسُولِهِ، وَمَنْ كَانَتْ هِجْرَتُهُ لِدُنْيَا يُصِيبُهَا أَوْ امْرَأَةٍ يَنْكِحُهَا فَهِجْرَتُهُ إِلَى مَا هَاجَرَ إِلَيْهِ.

[رواه إماما المحدثين أبو عبد الله محمد بن إسماعيل بن إبراهيم بن المغيرة بن بردزبة البخاري وأبو الحسين مسلم بن الحجاج بن مسلم القشيري النيسابوري في صحيحيهما اللذين هما أصح الكتب المصنفة]

ความว่า “การงานต่างๆ นั้นขึ้นอยู่กับความตั้งใจ และทุกคน (จะได้รับการตอบแทน) ตามที่เขาได้ตั้งใจเอาไว้ หากผู้ใดที่การอพยพของเขาเป็นไปเพื่ออัลลอฮ์ และรอซูลของพระองค์ การอพยพของเขาก็จะเป็นไปเพื่ออัลลอฮ์ และรอซูลของพระองค์ และหากผู้ใดการอพยพของเขาเป็นไปเพื่อ (ความประสงค์) ทางโลกที่เขาจะประสบกับมัน หรือเพื่อหญิงอื่นที่เขาจะแต่งงานด้วยการอพยพของเขาก็จะเป็นไปตาม (ความประสงค์) ที่เขาอพยพไป” (หะดีษ บันทึกโดย บุคอรี)

การตั้งใจ “เนียต” หรือการเจตนานั้น นั่นคือ การมุ่งหมายและการตั้งใจกระทำสิ่งหนึ่ง และที่มาของการตั้งใจ คือ หัวใจ

การดูแลสุขภาพตนเองจากโรคเบาหวานนั้นถือเป็นอิบาดะฮ์ หากผู้ป่วยตั้งใจ (เจตนา) การดูแลสุขภาพตนเองนั้น เพื่อแสวงหาความโปรดปรานจากอัลลอฮ์ โดยการอดทนต่อสิ่งที่เป็นบททดสอบจากพระเจ้า และพยายามอย่างเต็มที่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง รวมทั้งใช้ประสบการณ์ความรู้ในการถ่ายทอดแก่ผู้ป่วยคนอื่นๆ ด้วย

ดังคำตรัสของอัลลอฮ์ ซุบฮานะฮ์วะตะอาลา บทอัลบัยยีนะฮ์ โองการที่ 5 (98:5) ความว่า

وَمَا أُمِرُوا إِلَّا لِيَعْبُدُوا اللَّهَ مُخْلِصِينَ لَهُ الدِّينَ

ความว่า “และพวกเขามีได้ถูกให้ (ในสิ่งอื่นใด) นอกจากจากเพื่อให้อิบาดะฮ์ (เคารพภักดี) ต่ออัลลอฮ์ ด้วยความบริสุทธิ์ใจต่อศาสนาของพระองค์เท่านั้น”

รายงานจากมุอาซ อิบนิ ญะบัล ว่า วันหนึ่งท่านนบี คือลัทธิลัทธิอะลียะฮ์วะซัลลัม ได้จับมือฉันแล้วกล่าวว่า “โอ้มุอาซ ฉันรักท่านจริงๆ” มุอาซตอบว่า “โอ้ท่านรอซูล ขอเอาคุณพ่อคุณแม่เป็นประกัน แท้จริงฉันรักท่าน” ท่านนบีจึงกล่าวว่า “มุอาซ ฉันขอสิ่งเสียแก่ท่านว่า เมื่อเสร็จจากการละหมาดทุกครั้ง อย่าทิ้งที่จะกล่าวดูอาอ์ต่อไป”

اللَّهُمَّ اَعِنِّي عَلَى ذِكْرِكَ وَشُكْرِكَ وَحُسْنِ عِبَادَتِكَ

คำอ่าน “อัลลอฮุมมะ อะอีนี อะลาซิกริกะ วะซุกริกะ วะฮุสนิ อิบาตะติกะ”

ความหมาย “โอ้อัลลอฮฺ ขอทรงโปรดช่วยให้ฉันได้รำลึกถึงพระองค์ ขอขอบคุณพระองค์ ประกอบอิบาตะสุดต่อพระองค์ด้วยดี”

3. ตั้งต้น

เป็นการเริ่มต้นลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองทันที ภายหลังที่ได้ตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติ และวางแผนการดูแลตนเองกับทีมสหวิชาชีพ และญาติ

เป้าหมายสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้หลักการกลับตัว (เตาบัต) ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ตั้งต้นการดำเนินชีวิตใหม่ เพื่อต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ขัดกับหลักการทางศาสนาอิสลามอย่างถาวร (Permanent lifestyle changes) เช่น นิสัยการบริโภคที่เกินพอดีและฟุ่มเฟือย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น

การเตาบัต หมายถึง การที่ผู้กระทำความผิดสำนึกตนและกลับไปหาอัลลอฮฺด้วยการขอภัยโทษจากพระองค์

มนุษย์ทุกคนนั้นล้วนหนีไม่พ้นจากการทำความผิดไม่ว่าจะมากหรือน้อย ยกเว้นผู้ที่อัลลอฮฺได้ปกป้อง เช่น ท่านรอซูล ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลิม เมื่อมนุษย์ทำผิดสิ่งที่สำคัญที่สุดคือการลบล้างความผิดนั้นด้วยการเตาบัตต่อพระองค์อัลลอฮฺ

การเตาบัตนั้นมีความสำคัญต่อมนุษย์เป็นอย่างยิ่ง เพราะบาปทั้งหลายจะยังคงอยู่กับผู้ทำผิดถ้าหากเขาไม่สำนึกตน ไม่ขอภัยโทษ ไม่ทำความดีลบล้างความผิด และเมื่อความผิดบาปยังอยู่กับตัว เขาก็จะต้องได้รับโทษจากบาปที่เขาทำไว้

ดังนั้นอัลลอฮฺจึงได้กำชับให้มนุษย์มุ่งมั่นในการเตาบัตต่อพระองค์เมื่อรู้ว่าตัวเองทำผิด และพระองค์ก็สัญญาว่าจะทรงอภัยโทษให้กับผู้ที่เตาบัต และจะทรงเตรียมผลตอบแทนที่ดีในสวนสวรรค์แก่เขา พระองค์ได้ตรัสไว้ในซูเราะฮฺอัล-อะอ์ซะฮฺ [66:8] ว่า

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا تَوْبُوا إِلَى اللَّهِ تَوْبَةً نَّصُوحًا عَسَىٰ رَبُّكُمْ أَن يُكَفِّرَ عَنْكُمْ سَيِّئَاتِكُمْ
وَيُدْخِلَكُم جَنَّاتٍ تَجْرَىٰ مِنْ تَحْتِهَا الْأَنْهَارُ

ความว่า “โอ้บรรดาผู้ศรัทธาทั้งหลาย จงเตาบัตต่ออัลลอฮฺด้วยการเตาบัตที่จริงจัง เพื่อว่าอัลลอฮฺจะทรงลบล้างความผิดของพวกเจ้า และนำพวกเจ้าเข้าสู่สวรรค์ซึ่งมีสายน้ำไหลผ่านอยู่เบื้องล่างของมัน”

การเตาบัตอย่างจริงจังจึงเรียกว่า “เตาบัต นาสุฮา” คือการเตาบัตด้วยความสำนึกอย่างจริงจังและตั้งใจว่าจะไม่กระทำความผิดอีก และถ้าหากว่าพลั้งเผลอทำผิดอีกครั้ง ก็จะรีบเตาบัตอย่างจริงจังอีกเช่นเดิม ถึงแม้ว่าจะพลั้งเผลอทำอีกจนนับครั้งไม่ถ้วน

มีหะดีษที่ระบุถึงความสำคัญของการเตาบัต เป็นเรื่องราวของชายคนหนึ่งซึ่งฆ่าคนถึงหนึ่งร้อยคนและต้องการเตาบัตอยู่ว่า “ครั้งหนึ่งก่อนหน้ายุคสมัยของพวกท่าน ยังมีชายผู้หนึ่งได้ฆ่าคนถึงเก้าสิบเก้าคน (และเขาต้องการกลับเนื้อกลับตัว) จึงได้ถามถึงผู้ที่มีความรู้ที่สุดในแผ่นดินเพื่อจะได้ไปขอคำแนะนำจากเขาผู้นั้น ดังนั้นจึงมีคนแนะนำให้เขาไปถามนักบวชผู้หนึ่ง เขาก็ได้ไปหาและถามนักบวชนั้นว่า เขาได้ฆ่าคนถึงเก้าสิบเก้าคน มีทางที่เขาสามารถเตาบัตได้ไหม? นักบวชตอบเขาว่า ไม่มี เมื่อฟังเช่นนั้นเขาจึงฆ่านักบวชนั้นเสีย และกลายเป็นคนที่ได้ฆ่าคนทั้งหมดหนึ่งร้อยคนถ้วน จากนั้นก็มีคนแนะนำให้เขาไปหานักปราชญ์ผู้หนึ่ง เขาก็ได้ไปหาและถามนักปราชญ์ผู้นั้นว่า เขาได้ฆ่าคนครบหนึ่งร้อยคนแล้วมีทางที่เขาจะเตาบัตได้ไหม นักปราชญ์ตอบเขาว่า ย่อมมีทางสำหรับเขาแน่นอน เพราะไม่มีสิ่งใดเลยที่จะขัดขวางเขาจากการเตาบัต นักปราชญ์แนะนำให้เขาอพยพไปยังเมืองหนึ่งซึ่งมีแต่คนที่ชอบทำความดีและให้ทั้งเมืองเดิมของเขาเสียเพราะเป็นเมืองที่มีแต่คนชั่ว เขาก็ออกเดินทางไปยังเมืองที่นักปราชญ์ผู้นั้นแนะนำ แต่เขาก็เสียชีวิตลงกลางทางก่อนที่จะไปถึง เมื่อนั้นก็ได้มีมลาอิกะฮ์สองตนคือมลาอิกะฮ์แห่งความเมตตาและมลาอิกะฮ์แห่งการลงโทษมาเพื่อรับวิญญาณเขา มลาอิกะฮ์แห่งความเมตตาต้องการนำวิญญาณเขาไป โดยกล่าวว่าเขาผู้นี้ได้เตาบัตแล้วและมุ่งมั่นไปหาอัลลอฮ์ด้วยใจจริง ขณะที่มลาอิกะฮ์แห่งการลงโทษก็ต้องการนำตัวเขาไปและกล่าวว่าเขาผู้นี้ไม่เคยทำดีเลยแม้แต่หน่อย เมื่อนั้นอัลลอฮ์จึงส่งมลาอิกะฮ์อีกตนหนึ่งเพื่อเป็นผู้ตัดสิน โดยบอกให้มลาอิกะฮ์ทั้งสองวัดระยะทางจากจุดที่เขาเสียชีวิตไปยังทั้งสองเมือง เมืองไหนที่มีระยะทางใกล้กว่าก็ให้ถือว่าเขาเป็นพวกในเมืองนั้น ทั้งสองมลาอิกะฮ์จึงช่วยกันวัดและพบว่าเมืองที่เขาจะอพยพไปมีระยะทางใกล้กว่า (ด้วยการบันดาลและความช่วยเหลือของอัลลอฮ์) เมื่อเป็นดังนั้นมลาอิกะฮ์แห่งความเมตตาจึงได้นำเอาวิญญาณของชายผู้นั้นไป” (รายงานโดย มุสลิม)

ในคำสอนของศาสนาอิสลามนั้น คนที่หลงผิด กระทำในสิ่งที่ไม่ดี พระเจ้าเปิดโอกาสให้เขากลับตัว ขออภัยโทษต่อพระเจ้าโดยกลับเนื้อกลับตัวเป็นคนดี พระองค์จะทรงเมตตาเขา เพื่อว่าบ่าวของพระองค์จะได้รับความสำเร็จในโลกนี้และโลกหน้า โดยการกลับตัว (เตาบะฮ์) ในอิสลามนั้นมีเงื่อนไข 3 ประการ คือ

1. จะต้องถอนตัวจากพฤติกรรมที่ไม่ดีนั้นโดยสิ้นเชิง
2. จะต้องเสียใจในความผิดที่ได้กระทำความ
3. จะต้องตั้งใจอย่างแน่วแน่ว่าจะไม่กลับไปทำความผิดนั้น หรือพฤติกรรมที่ไม่ดีนั้นอีก

4. ตั้งสติ

เป็นการใช้จิตเตือนตนเองให้ตัดสินใจละ เล็ด เลิกสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ผู้ป่วยตั้งสติ เชื่อและยอมรับว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นกำหนดของอัลลอฮ์ ชุบหนะฮฺ วะตะอาลา ผู้ศรัทธาเชื่อว่าตนถูกทดสอบจากพระองค์ หากมีความอดทนก็จะได้รับผลตอบแทนที่ดีจากพระองค์ พระองค์จะทรงยกระดับการศรัทธาของผู้ที่อดทนให้สูงขึ้นหนึ่ง

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานนั้นอาจมีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่มีกำลังใจในการรักษา เนื่องจากโรคเบาหวานนั้นเป็นโรคเรื้อรัง และต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการนำหลักศาสนามาใช้ คือ การมีสติ การที่รู้ตัวว่าเริ่มจะคิดเรื่องที่เป็นปัญหา ให้เปลี่ยนมาคิดถึงอัลลอฮ์ โดยกล่าวว่า “**ลาเฮาละวะลาญะวะตะ อิลลา บิลลาฮ์**” พร้อมนึกความหมายว่า “ไม่มีพลังและอำนาจใด ๆ นอกจากพลังของอัลลอฮ์” ให้พิจารณาใคร่ครวญความหมายที่แท้จริงว่า ผู้ที่มีพลังและอำนาจในการเปลี่ยนแปลงทำให้ผู้กล่าวจิตใจสงบ มีสติ ความสงบจะทำให้รู้สึกผ่อนคลาย สมองปลอดโปร่ง มองลู่ทางแก้ปัญหาได้

5. ต่อเนื่อง (อิสติกอมะฮ์)

เป็นการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอในการดูแลตนเองจนเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตทำบ่อย ๆ จนเคยชิน อัลอิสติกอมะฮ์ (الاستقامة) หมายถึง 1) การยืนหยัดบนความถูกต้อง 2) การมีจุดยืนที่มั่นคงในสิ่งที่ศรัทธา และอิสติกอมะฮ์ คือ ความแน่วแน่ มั่นคงตลอดไป และยืนหยัดต่อการภักดีดังอัลกุรอานซูเราะฮ์อะอ์อิมรอน โองการที่ 8 [3:8] ระบุว่า

رَبَّنَا لَا تُرِغْ قُلُوبَنَا بَعْدَ إِذْ هَدَيْتَنَا وَهَبْ لَنَا مِنْ لَدُنْكَ رَحْمَةً إِنَّكَ أَنْتَ الْوَهَّابُ ﴿٨﴾

ความว่า “โอ้พระผู้เป็นเจ้าของพวกเรา โปรดอย่าให้หัวใจของพวกเราเอนเอียงออกจากความจริงเลย หลังจากที่พระองค์ได้ทรงแนะนำแก่พวกเราแล้ว และโปรดได้ประทานความเอ็นดูเมตตาจากที่ที่พระองค์ให้แก่พวกเราด้วยเถิด แท้จริงพระองค์นั้นคือผู้ทรงประทานให้อย่างมากมาย”

عَنْ أَبِي عَمْرٍو، وَقِيلَ : أَبِي عَمْرَةَ سُفْيَانُ بْنُ عَبْدِ اللَّهِ التَّيْفِيُّ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُ قَالَ : قُلْتُ : يَا رَسُولَ اللَّهِ قُلْ لِي فِي الْإِسْلَامِ قَوْلًا لَا أَسْأَلُ عَنْهُ أَحَدًا غَيْرَكَ . قَالَ : قُلْ آمَنْتُ بِاللَّهِ ثُمَّ اسْتَقِمْ

[رواه مسلم]

จากอบูอัมรฺ บางท่านกล่าวว่า จาก อบู อัมเราะฮฺ (คือ) ซุฟยาน บิน อัब्ดุลลอฮ์ รอฎียัลลอฮุอันฮฺ กล่าวว่า ฉันถามว่า “โอ้..ท่านรอซูล ขอได้กล่าวแก่ฉัน (สอนฉัน) เกี่ยวกับอิสลามเป็นคำกล่าว (คำสอน) ที่ฉันไม่สามารถถามคนอื่น นอกจากถามท่านเท่านั้น” ท่านนบีคือลัลลอฮ์อะลัยฮิอะซัลลัม กล่าวว่า “จงกล่าวว่า ฉันศรัทธาต่ออัลลอฮ์ แล้วท่านจงปฏิบัติด้วยความเที่ยงตรง (อิสติกอมะฮ์)” (หะดีษ บันทึกโดย มุสลิม)

ผู้ป่วยได้รับการแนะนำ และวางเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มการออกกำลังกาย ควบคุมการบริโภคอาหาร ลดการรับประทานอาหารไขมันสูง และอาหารเค็ม หยุคสูบบุหรี่ เพิ่มการบริโภคผัก หยุคการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

อิสลามได้บัญญัติให้มีการเอาใจใส่ต่อเครือญาติ เอาใจใส่ต่อการปฏิรูปครอบครัวในทุกด้าน ดังบทบัญญัติในคัมภีร์อัลกุรอาน ซูเราะฮ์อัต-ตะห์รีม โองการที่ 6 [66:6] ความว่า

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا قُوا أَنْفُسَكُمْ وَأَهْلِيكُمْ نَارًا

ความหมาย “จงปกป้องตัวของสุเจ้าและครอบครัวของสุเจ้าให้พ้นจากไฟนรก”

ปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน และการดูแลโรคเบาหวาน หลายประเด็น เป็นพฤติกรรมที่ขัดกับหลักการของศาสนาอิสลาม เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ดังนั้นมุสลิมต้องพยายามอย่างสุดความสามารถ พยายามฝ่าฟันเพื่อนำบุคคลใกล้ชิด หรือผู้ที่เป็นที่รักไปสู่เส้นทางแห่งสันติ และความรอดพ้น สนใจชีวิตของกันและกัน และต่อสู้ดิ้นรนเพื่อชีวิตที่ดีกว่า

องค์ประกอบ 5 อ. จากญาติผู้ป่วย ประกอบด้วย

1. เอื้ออาทร

เป็นความห่วงใยของญาติในการเอาใจใส่ดูแล และสนใจผู้ป่วยด้วยการพูดคุย การพาไปพบแพทย์ การดักเตือนผู้ป่วยในการควบคุมอาหาร ร่วมเรียนรู้ และฝึกทักษะร่วมกับผู้ป่วย เช่น เป็นเพื่อนมาพบแพทย์ เตือนในการทานยาตามที่แพทย์สั่ง ไม่ซื้ออาหารที่ต้องห้ามมาให้

2. อาหาร

เป็นการรับประทานอาหารของญาติเหมือนผู้ป่วย เช่น ใช้วิธีทำกับข้าวแบบอ่อนหวานอ่อนเค็ม ไม่ใส่น้ำตาลจะได้ทานเหมือนกันทุกคน

3. ออกกำลังกาย

เป็นการออกกำลังกายของญาติพร้อมกับผู้ป่วยเป็นกิจวัตร

4. ออกความเห็น

เป็นการแสดงข้อคิดเห็นของญาติในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น ญาติพูดคุย แสดงความเห็นกับผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ให้สอดคล้องกับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจะเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานของญาติด้วย

5. อุดทน

เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องได้รับการดูแลไปตลอดชีวิต ดังนั้นการใช้ความอดทน วางใจ เป็นกลาง ไม่ใช้อารมณ์ของญาติในการตัดสินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการตำหนิ ไม่ใช้อารมณ์โต้ตอบ

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คาดหวัง ดังนี้

1. ควบคุมอาหารได้ถูกต้องและต่อเนื่อง ประกอบด้วย ควบคุมชนิดและปริมาณของอาหารได้ หลีกเลี่ยงอาหารหวาน ไขมันสูง ลดการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ขนุน ให้น้อยลง รับประทานผักเพิ่มขึ้น ใช้วิธีการนึ่งและต้มมากกว่าทอด หลีกเลี่ยงอาหารมีอ้วน เพิ่มกากใยอาหาร เช่น รับประทานข้าวกล้องแทนข้าวขัดขาว รับประทานปลา มากกว่าเนื้อสัตว์

2. หมั่นออกกำลังกายสม่ำเสมอ สนับสนุนการออกกำลังกายจากคู่สมรส หรือบุตร มีความรู้ ในการออกกำลังกาย และเห็นประโยชน์ของการออกกำลังกาย เน้นการออกกำลังกายเป็นกลุ่ม (ญาติมาช่วย) กิจกรรมที่ทำเป็นกลุ่มจะรู้สึกดีกว่าทำคนเดียว

3. รับประทานยาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด

4. รักษาความสมดุลด้านจิตใจและอารมณ์ แสวงหากิจกรรมผ่อนคลาย การฟื้นฟูการศรัทธา (อิมาน) การกลับเนื้อกลับตัว (เตาบัต) การละหมาดอย่างมีสมาธิ (คุชอุ) ทั้งละหมาดภาคบังคับ (ละหมาดวันละ 5 เวลา) และสมัครใจ (สุนัต) การปฏิบัติศาสนกิจในเวลากลางคืน (กียามุลลัยล์) การถือศีลอด ทั้งภาคบังคับ (ศีลอดเดือนรอมฎอน) และสมัครใจ (สุนัต) การฟังธรรมบรรยายทางศาสนา การมอบหมายต่อพระเจ้า และทำใจยอมรับสภาพที่เกิดขึ้น (ตะวักกัล) การระลึกถึงพระเจ้า (ซิกิร) และการขอพร (ดุอาอ) การพูดคุยระบายกับเพื่อน

โดยมีปัจจัยสนับสนุนการดูแลตนเองดังนี้

1. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น
2. มีทักษะการเลือกซื้ออาหารและปรุงอาหารดีขึ้น
3. ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว
4. ได้เรียนรู้จากเพื่อนเบาหวาน
5. มีทัศนคติในทางบวก
6. ได้รับแรงจูงใจจากสังคม
7. มีความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง
8. ใช้คำสอนทางศาสนาและหลักธรรมเป็นที่พึ่งทางใจ
9. ได้รับการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพที่ดูแลรักษา
10. ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนเบาหวาน
11. ได้รับกำลังใจจากญาติ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อไปในโอกาสต่อไป

1. การจัดระบบการบริการในคลินิกเบาหวานให้ครอบคลุมสภาพปัญหา และความต้องการให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้เกิดการรักษาอย่างต่อเนื่อง
2. การดูแลแบบองค์รวม ยังต้องคำนึงถึงมิติอื่นๆ กล่าวคือ กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ (Bio psycho social spiritual) บุคคล ครอบครัว สังคม (Individual family community) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ (Health promotion disease)
3. การดูแลผู้ป่วยควรดูแลแบบภาคีเครือข่ายสร้างสุขภาพชุมชน ในการควบคุมและป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงมีส่วนร่วมในการเข้ากระบวนการต่างๆ เพื่อลดงานซ้ำซ้อน ใช้ทรัพยากรร่วมกัน และเพื่อความต่อเนื่องยั่งยืน หากประชาชนมีส่วนร่วมเต็มที่
4. นำรูปแบบการควบคุม และป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง ไปทดลองใช้จริงในพื้นที่ และประเมินผลว่าสามารถใช้ได้ดีหรือไม่ และเสนอแนะข้อบกพร่อง เพื่อจะได้ใช้ปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ต่อไป
5. การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อค้นหารูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชาวไทยมุสลิม
6. การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action research) ในเรื่องการมีส่วนร่วมของบุตรหลาน และญาติที่มีต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ
7. การส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ผู้นำศาสนาในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ การบริหารจัดการความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างถูกต้องเหมาะสมกับวัย สภาพร่างกายและยังต้องสอดคล้องกับสภาพสังคมวัฒนธรรม และวิถีชีวิตของประชาชนเป็นสำคัญ
8. ศึกษาแบบการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับวัฒนธรรม กับกลุ่มสตรีมุสลิมซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพแก่บุคคลในครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

- ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. **เน้นปรับ Lifestyle ในการลดอ้วนลงพุง และเบาหวาน**. Medical progress .2008;7(1) : หน้า 40-42.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ, วันดี คหะวงศ์, อังศุมา อภิชาติ, อรนิช แสงจันทร์, ประภาพร ชูกำเนิด, กัลยาณี บุญสิน และคณะ. **รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2**. สงขลานครินทร์เวชสาร 2551;26: 71-84.
- ชัยคุ มุฮัมมัด ศอลิหุ อัล มุนัจญิด เขียน, อบดุล ลัยษ แพลและเรียบเรียง. **อิมานอ่อน อาการ สาเหตุ และวิธีการบำบัด**. พิมพ์ครั้งที่ 3 .กรุงเทพฯ:ศูนย์บริการวิชาการอิสลาม; 2545.หน้าที่ 126.
- สมาคมนักเรียนเก่าอาหรับ. **ฟิกฮฺซุนนะฮฺ เล่มที่ 1**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : หจก.จิรัชการพิมพ์ ; 2544. หน้า 204-205, 279.
- สุพล(ชากีริน) บุญมาเลิศ. **วิถีชีวิตมุสลิม**. ฉะเชิงเทรา : บริษัทสำนักพิมพ์ประสานมิตร (ปสม.) จำกัด;2549. หน้าที่ 132-133.
- อามีนะ ดำรงผล. **สาระน่ารู้เกี่ยวกับชีวิตมุสลิม**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:บริษัทเอดิชั่นเพรส โปรดักส์ จำกัด;2549. หน้า54-55.
- สัยยิด อบดุล อะฮฺลา เมาดูดีเย์ เขียน, อุมัร อับดุลอซีซ, มุฮัมมัด ศิรอญุดดีน นวนมี แพล. **เคล็ดลับแห่งความสำเร็จ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา : โรงพิมพ์خانเมือง; 2547. หน้า 125-126.
- สมนึก กุลสถิตพร และคณะ (2550). **พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 การศึกษาชุมชนเมืองบางคอกแหลม**. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 กค.-กย.2550 หน้า 409-418.
- สมนึก กุลสถิตพร และคณะ (2550). **การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายภายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2**. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 กค.-กย. 2550 (ฉบับเสริม 6) หน้า 1447-1454
- วันทนีเย์ เกรียงสินยศ (2548). **กินอย่างไรเมื่อเป็นโรคเบาหวาน**. หมอชาวบ้าน ปีที่ 27 ฉบับที่ 316 สิงหาคม 2548 หน้า 48-50
- ดิลก ภิกขุโยทัย (2547). **6 โศกภาวะสู่การเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด**. จดหมายข่าว มสช. ฉบับที่ 6 พย.-ธค. 2547
- Hanele Yki-Jarvinen . **Lifestyle education in type 2 diabetes**. In : The duodecim editorial team, editor.
- Evidence Base Medicine Guidelines. Helzinki:John Wiley & son ; 2005.p.730-31

บทที่ 7

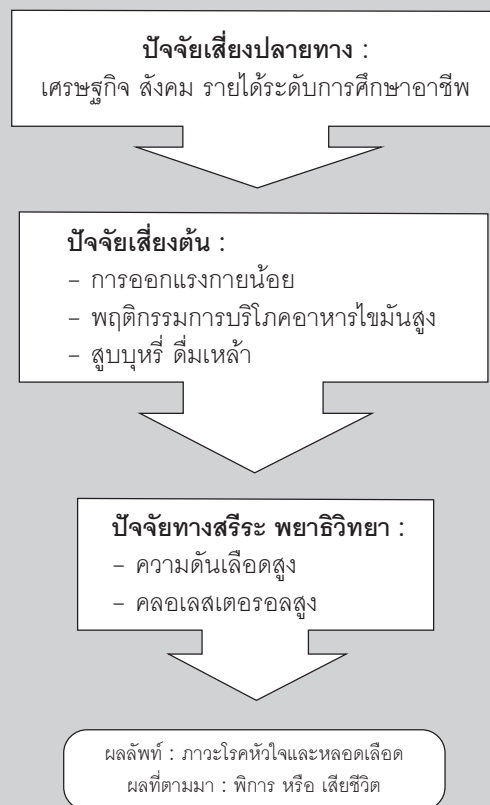
อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

จากการนำเสนอผลการศึกษาและทบทวนตั้งแต่สถานการณ์ ปัญหาของโรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน สอดคล้องกับอิสลาม ซึ่งเป็นศาสนาที่เป็นระบอบแห่งการดำเนินชีวิต (The way of life) ดังอัลกุรอาน ได้กล่าวไว้ในซูเราะฮ์อัลมาอิดะฮ์ ให้องการที่ 3 [5:3] ว่า

الْيَوْمَ أَكْمَلْتُ لَكُمْ دِينَكُمْ وَأَتِمَمْتُ عَلَيْكُمْ نِعْمَتِي وَرَضِيتُ لَكُمُ الْإِسْلَامَ دِينًا

ความว่า “...วันนี้ข้า (อัลลอฮ์) ได้ให้สมบูรณ์แก่พวกเจ้าแล้วซึ่งศาสนาของพวกเจ้า และข้าได้ให้ครบถ้วนแก่พวกเจ้าแล้ว ซึ่งความกรุณา ความเมตตาของข้า และข้าได้เลือกอิสลามให้เป็นศาสนาแก่พวกเจ้าแล้ว...”

การแก้ไขปัญหาสุภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต สังคม และชุมชนแบบองค์รวม ทั้งในเรื่องกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจพอเพียง รวมทั้งด้านปัญญา และจิตวิญญาณ นำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับความเข้าใจต่อชีวิตของประชาชนในชุมชน เพราะว่าจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้น กรอบแนวคิดความเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วยปัจจัยปลายทาง ปัจจัยเสี่ยงต้น ปัจจัยทางสรีระ ซึ่งจะมีผลลัพธ์ตามมา ดังภาพข้างล่าง



เพื่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น จึงได้สรุปเป็นแผนภูมิแสดงถึงอิสลามให้สำคัญกับการดูแลสุขภาพ ทั้งมิติด้านร่างกาย ด้านจิต ด้านจิตวิญญาณ และด้านสังคม ดังแผนภูมิต่อไปนี้



เอกสารอ้างอิง

- มุหัมมัดดาโอ๊ะ เจ๊ะเลาะ (มปป.). งานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคกับการบูรณาการ
ตามหลักการอิสลาม. เอกสารอัดสำเนา
- มุหัมมัดดาโอ๊ะ เจ๊ะเลาะ (2549). มุสลิมกับการดูแลสุขภาพในยุคปัจจุบัน. เอกสารอัดสำเนา