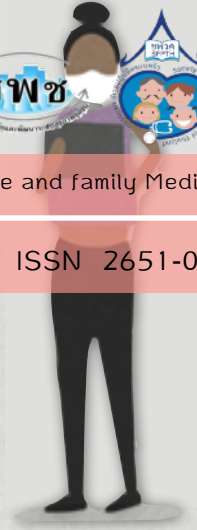




วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว | Journal of Primary care and family Medicine

Vol. 3 No. 3 September - December 2020

ISSN 2651-0553



THE NEW NORMAL



The Journal of Primary Care and Family Medicine

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะผู้จัดทำ ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.นพ.อภิรักษ์ อารัมรัตน์
ผศ.พญ.สายพิน หัตถ์รัตน์

บรรณาธิการ

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร
พญ.สายรัตน์ นกน้อย

รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.ชัยสิทธิ์ อังกระวานนท์
นพ. ปกรณ์ ทองวิไล
นพ.สตาจด์ คุกผล
นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ

สถานที่ติดต่อ

สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
เลขที่ 2 ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย แขวง
บางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310 โทรศัพท์ :
02-7166651-2 แฟกซ์ : 02-7166653

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน (มสพช.)

126/ 749 หมู่ 5 หมู่บ้านการเคหะนนทบุรี ตำบลปากเกร็ด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 โทรศัพท์:
02-5830719 แฟกซ์: 02-9641836

สำนักงานประสานงานวารสารระบบบริการปฐมภูมิและ
เวชศาสตร์ครอบครัว

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

110 ถ.อินทราโรส ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200
โทรศัพท์ 053-936362 แฟกซ์ 053-289306 email:
pcfmjournal@gmail.com

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี
รศ.นพ.อภิชัย วรรณะพิศิษฐ์
รศ.พญ.สรญา แก้วพิบูลย์
ผศ.นพ.กฤษณะ สุวรรณภูมิ
ผศ.พญ.กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์
ผศ.ดร.พญ.ศิรินาถ ตงศิริ
ผศ.นพ.กิตติพล นาควิโรจน์
ผศ.พญ.ปัทมา โภษะบุตร
ผศ.ดร.ภัทรเช แสงไชยสุริยา
พญ.สุกัญญา หังสพฤกษ์
นพ.กรภัทร มยุระสาคร
พญ.อรุณี ทิพย์วงศ์
พญ.สุดารัตน์ วิจิตรเศรษฐกุล
นพ.นนท์ ไสวันณะ
พญ.อรารอน ตะเวทิพงศ์
พญ.ศิริภา ศิริพร ณ ราชสิมา
ดร.นพ.วิน เตชะเคหะกิจ
ดร.พญ.จิรฐา บุตรแก้ว
ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม
ภก.อดุลพร ทองอิม
ภก.ธีรภัทร์ ฉันทพันธ์
ดร.สุรศักดิ์ อธิมานนท์
นส.สุริรัตน์ ธนากิจ
นส.ผการัตน์ ฤทธิ์ศรีบุญ

ดาวน์โหลดเนื้อหาของวารสารได้ที่

Website: www.pcfmjournal.com



บทบรรณาธิการ I 4

NEW NORMAL: IN EVERY CRISIS THERE IS ALWAYS AN OPPORTUNITY
ความปกติใหม่ : ในทุกวิกฤต.....ย่อมมีโอกาสนอยู่เสมอ....

จดหมายถึงกองบรรณาธิการ I 7

บทบาทของเภสัชกรหลังการระบาดของเชื้อโควิด-19

กิตติกรรมประกาศ I 10

บทความพิเศษ

สภาพแวดล้อมในบ้านที่เป็นมิตรสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม I 11

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของหน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอ่น อำเภอบราสาท จังหวัดสุรินทร์ I 21

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท I 35

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้การเตือน กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง I 46

สัดส่วนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหมอครอบครัวนครนนท์ 1 I 59

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชน I 73

บทบรรณาธิการ

New Normal: in every crisis there is always an opportunity

ความปกติใหม่ : ในทุกวิกฤต.....ย่อมมีโอกาสรออยู่เสมอ....



พญ.สายรัตน์ นกน้อย

บรรณาธิการวารสารระบบ
บริการปฐมภูมิและ
เวชศาสตร์ครอบครัว

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 (SARS-CoV2) เป็นวิกฤตสำคัญที่ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนนับล้านคน¹ นอกจากการเสียชีวิต ภาวะทุพพลภาพจากปัญหาแทรกซ้อนที่เพิ่มทวีแล้ว สถานการณ์การระบาดที่เกิดขึ้นยังส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสภาพจิตใจของประชาชนทั่วโลก เกิดความเครียด ความวิตกกังวล โดดเดี่ยว สิ้นหวัง ซึมเศร้า ไปจนถึงการฆ่าตัวตาย ซึ่งพบรายงานการฆ่าตัวตายที่เป็นผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดนี้ในหลาย ๆ ประเทศ² รวมทั้งประเทศไทย³ สถานการณ์การระบาดที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดมาตรการเข้มข้นเพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของโรคนี้ และมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมในวงกว้างที่สำคัญการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 ได้สะท้อนให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียม (Inequality) และความไม่เสมอภาคหรือการมีโอกาสนี้ไม่เท่ากัน (Inequity) ทางสังคมและสุขภาพที่มีอยู่เดิมมากได้ขึ้นไปอีก^{4,5}

ทั้งนี้เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 มาตรการต่าง ๆ ทางสาธารณสุข เช่น การใส่หน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) เป็นมาตรการที่ได้นำไปใช้อย่างกว้างขวาง การปรับตัวปรับวิถีชีวิตใหม่ได้แก่ การทำงานจากบ้านเพื่อลดโอกาสในการสัมผัสโรค การใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการทำงาน ทำงานทางไกล (Telework) การใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลสุขภาพทางไกล (Telehealth & Telemedicine) การเรียนรู้และการประชุมทางไกล (Digital learning & Tele conference) การปรับตัวใช้ธุรกรรมออนไลน์มากขึ้นเพื่อช่วยลดการสัมผัสโดยไม่จำเป็น ผ่านการใช้ mobile application ซึ่งเทคโนโลยีเหล่านี้ได้มีส่วนช่วยอย่างมากในการควบคุมป้องกันการระบาดของโรค

สำหรับการจัดบริการปฐมภูมิแล้ว สถานการณ์การระบาดนี้ทำให้เกิดการพัฒนาการจัดการบริการโดยใช้การสื่อสารทางไกลเข้ามามีบทบาทอย่างก้าวกระโดดหลาย ๆ หน่วยงานได้เปิดช่องทางในการให้ข้อมูลคนไข้ผ่านโทรศัพท์สายด่วนและแอปพลิเคชัน เพื่อช่วยเหลือให้คำปรึกษา บรรเทาความวิตกกังวล ความเครียด และมีการพัฒนาระบบโทรเวช (Telemedicine) เป็นช่องทางสำคัญในการให้บริการกับคนไข้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยรับคำแนะนำให้หลีกเลี่ยงการรับการรักษาที่โรงพยาบาลในช่วงที่มีการระบาดหนัก ถือได้ว่าการระบาดเป็นตัวเร่ง (catalyst) ให้เกิดการพัฒนาโทรเวช

การปรับวิถีชีวิตโดยการทำงานและจัดการผ่านเทคโนโลยีต่าง ๆ ถึงแม้จะมีประโยชน์อย่างมาก วิถีชีวิตที่ต้องปรับเข้าหาเทคโนโลยี นี้สะท้อนถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเทคโนโลยี (Disparity in Technology) มากขึ้น ประชากรแต่ละกลุ่มมีโอกาสในการเข้าถึงเทคโนโลยีแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรที่มีความเปราะบาง (vulnerable group) เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มชายขอบ (marginalized group) ผู้ที่อพยพมาตั้งถิ่นฐานในประเทศไทย กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มคนจน ผู้ไร้ที่อยู่อาศัย คนยากจน ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีนี้ ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ แต่มีผลต่อมิติอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต ไม่ว่าจะเป็นด้านการศึกษา การทำงาน และสาธารณสุขโรคที่เป็นความจำเป็นพื้นฐาน ดังนั้น ในการจัดการบริการสำหรับประชาชนในพื้นที่ ทีมสุขภาพปฐมภูมิจะต้องคำนึงถึงมิติต่าง ๆ ให้ครอบคลุม

สำหรับประเทศไทย ระบบบริการสาธารณสุขได้พัฒนาไปจนถึงฐานรากมาอย่างยาวนาน ผ่านการพัฒนาโครงสร้างของระบบปฐมภูมิที่มีสถานีนามัยในทุกตำบล มีการทำงานของทีมสุขภาพปฐมภูมิที่เชื่อมต่อกับชุมชนผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 มีระบบการทำงานสอบสวนโรค ควบคุมป้องกันโรคติดเชื่อมาอย่างยาวนาน ส่งผลให้การควบคุมป้องกันโรคในวิกฤตครั้งนี้เป็นไปอย่างเข้มแข็ง แต่มีการพัฒนาต่อยอดขึ้นไปอีก โดย อสม. ในระบบบริการปฐมภูมิได้เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเปราะบางได้เข้าถึงบริการ นอกจากนี้แล้ว ในหลาย ๆ ที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา เกิดนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการให้การดูแลผู้ป่วย นับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้งานปฐมภูมิในชุมชนได้เกิดการพัฒนาค่อย ๆ เติบโตอย่างยั่งยืน

บทความที่นำเสนอในวารสาร PCFM ฉบับนี้ ได้รวบรวมเนื้อหาหลาย ๆ เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวสู่ความปกติใหม่ หรือวิถีชีวิตใหม่ ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาารูปแบบบริการใหม่ ๆ ในการจัดการปฐมภูมิเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่างการทำงานในพื้นที่ของเภสัชกรครอบครัวและทีมปฐมภูมิจากการทำงานของทีมสุขภาพที่มีการพัฒนาระบบการจัดการทางไกล และการให้บริการเคลื่อนที่ รวมถึงการพัฒนาแนวทางการดูแลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ดังเช่นกลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เห็นได้ว่าสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นนี้ ได้สร้างโอกาสในการพัฒนางานของทีมสุขภาพปฐมภูมิอย่างมากมาย ดังคำกล่าวของอัลเบิร์ต ไอน์สไตน์ ที่ได้กล่าวไว้ว่า “In the midst of every crisis, lies great opportunity”

เอกสารอ้างอิง

1. John Hopkins University. Coronavirus Resource Centre [Internet]. [Cited on 2020m Oct 16]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

2. Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM*. 2020; 113(10): 707-712. doi: 10.1093/qjmed/hcaa202
3. Bangkok Post. Jump in suicide cases linked to COVID—19 stress [Internet]. Published on 2020, Sep 10. [Cited on 2020 Oct 16]. Available from: <https://www.bangkokpost.com/thailand/general/1983195/jump-in-suicide-cases-linked-to-covid-19-stress>
4. Ku L, Brantley E. Widening Social and Health Inequalities During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Health Forum*. Published online June 10, 2020. doi:10.1001/jamahealthforum.2020.0721
5. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2020; 74: 964–968. doi:10.1136/jech-2020-214401

จดหมายถึงกองบรรณาธิการ

“บทบาทของเภสัชกรหลังการระบาดของเชื้อโควิด-19”



เรียน กองบรรณาธิการวารสาร PCFM

ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 เภสัชกรเป็นหนึ่งในทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่แม้จะไม่ได้มีหน้าที่บทบาทโดยตรงต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่บทบาทในการจัดหาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ให้มีพร้อมใช้และเพียงพอ คือสิ่งที่เภสัชกรทุกคนพร้อมใจกันดำเนินงาน เพื่อให้แพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ มียาและเวชภัณฑ์ใช้อย่างเพียงพอในการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาสูตรตำรับแอลกอฮอล์ชนิดต่าง ๆ การเตรียมน้ำยาฆ่าเชื้อชนิดต่าง ๆ รวมถึงการสำรองยาให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะโรคเรื้อรังให้มียาเพียงพอ ไม่ขาดยา คือหัวใจของงานบริหารเวชภัณฑ์และงานบริการของเภสัชกรทุกหน่วยงานในช่วงเกิดการแพร่ระบาดของโรค

“... ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัยกรุงเทพมหานครที่มีอยู่กระจายทั่วกรุงเทพมหานครประมาณ 69 แห่ง ถือเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมืองที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชนที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประชาชนที่ไม่อยากไปรับบริการในโรงพยาบาลเพราะกลัวความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ....

...เภสัชกรของศูนย์บริการสาธารณสุขในช่วงนั้น จึงมีการปรับตัวในการดูแลด้านยาแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์...”

ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่มีอยู่กระจายทั่วกรุงเทพมหานคร ประมาณ 69 แห่ง ถือเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมืองที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประชาชนที่ไม่อยากไปรับบริการในโรงพยาบาลเพราะกลัวความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ มีจำนวนไม่น้อยในช่วงนั้นเลือกที่จะมารับยารักษาโรคเรื้อรังในศูนย์บริการสาธารณสุข เพราะอยู่ใกล้ เดินทางสะดวก บทบาทเภสัชกรของศูนย์บริการสาธารณสุขในช่วงนั้น จึงมีการปรับตัวในการดูแลด้านยาแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ อาทิเช่น

1. การดำเนินงานด้านการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร แล้วไม่สามารถกลับไปรับยาเดิมที่ต่างจังหวัดได้ เนื่องจากมีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินและปิดเมือง ผู้ป่วยบางรายขาดทั้งซองยาไปแล้ว หรือเมื่อพูดคุยซักถามวิธีการใช้ยา ก็เกิดความสับสนซึ่งในช่วงนั้นเอง เป็นเวลาที่ผู้เขียนได้มีโอกาสโทรศัพท์เพื่อติดต่อและประสานรายการยากับเภสัชกรโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเคยรับยาอยู่เดิม ร่วมกับสอบถามผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่เดินทางมาติดต่อรับยาถึงรูปแบบวิธีการใช้ยาจริงของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความครบถ้วนสมบูรณ์และถูกต้อง เพื่อให้แพทย์ใช้เป็นข้อมูลประกอบการสั่งจ่ายยา หากรายการยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับไม่มีอยู่ในรายการยาของศูนย์บริการสาธารณสุข ก็มีการดำเนินการประสานแจ้งแพทย์ถึงรายการยาที่สามารถใช้ทดแทนได้ หากแพทย์พิจารณาเปลี่ยนแปลงรายการยา เภสัชกรจึงดำเนินการส่งต่อข้อมูลดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในรายการยาที่เปลี่ยนแปลงไปและไม่เกิดความสับสน รวมถึงมั่นใจในประสิทธิภาพยาที่ได้รับทดแทนและสามารถใช้ได้อย่างถูกต้อง

2. เป็นแหล่งให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร รวมถึงสมุนไพรที่มีการใช้หรือกล่าวอ้างถึงสรรพคุณในการรักษาหรือป้องกันการติดเชื้อแก่ประชาชนผู้มารับบริการหรือสอบถาม เพื่อป้องกันการซื้อหาและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เหล่านั้นไปใช้เองในทางที่ผิด รวมถึงป้องกันการเกิดปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรือเกิดเชื้อดื้อยาในอนาคต เช่น Azithromycin , hydroxychloroquin และ ฟาโพลายโอร

3. การออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมเยี่ยมบ้าน ในบทบาท “เภสัชกรครอบครัว” เพื่อให้การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยติดตามว่าผู้ป่วยมียาพร้อมใช้เพียงพอหรือไม่ เกิดปัญหาจากการใช้ยาหรือไม่ ติดตามทั้งประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยา หากพบปัญหาจากการใช้ยาจะได้มีการประสานส่งต่อข้อมูลดังกล่าวไปยังโรงพยาบาลต้นทาง กลุ่มผู้ป่วยที่ออกเยี่ยมเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง หรือเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดปัญหาจากการใช้ยาได้ง่าย เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น ซึ่งการออกเยี่ยมบ้านนั้น เภสัชกรครอบครัวไม่ได้ดูแลด้านยาเฉพาะตัวผู้ป่วย แต่ยังรวมไปถึงสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแล ซึ่งหลายครั้งพบว่า เกิดปัญหาด้านยามากกว่าผู้ป่วยที่เป็นเป้าหมายในการลงไปดูแล การใช้องค์ความรู้ด้านยาแขนงต่าง ๆ โดยเฉพาะเภสัชบำบัด ร่วมกับทักษะในการดำเนินงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เช่น การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เภสัชกรครอบครัว “เข้าถึง เข้าใจ และสามารถแก้ปัญหาด้านยาได้อย่างถูกต้อง” เป็นการดูแล “ด้านยาบนความเจ็บป่วย” ไม่ใช่แค่ “ยากับโรค” เพราะหลายครั้งเราสามารถประเมินได้ว่าการใช้ยาทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเจ็บป่วยหรือเกิดความทุกข์ ที่เรียกว่า “ทุกข์จากยา” การทำงานด้านนี้ทำให้เภสัชกรครอบครัวต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการค้นหา ป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย เป็นงานที่ “ใช้ใจมอง สมองคิด”

4. การบริหารจัดการยาในสถานกักตัวของรัฐ (Local Quarantine) ในช่วงเดือนเมษายน 2563 เป็นการเริ่มดำเนินการทำ Local Quarantine ในกรุงเทพมหานคร นอกจากการจัดการให้มียาในการรักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นแล้ว การบริหารจัดการยาในโรคเรื้อรังของผู้ป่วยที่ต้องกักตัวก็มีความสำคัญไม่น้อย เพราะผู้ที่ถูกกักตัวบางราย อาจมียาไม่เพียงพอใช้ตลอดระยะเวลาในการกักตัว เภสัชกรจึงต้องดำเนินการประสานเพื่อจัดหาดังกล่าวให้ผู้กักตัวใช้อย่างเพียงพอจนครบระยะการกักตัว หรือมีอยู่ช่วงหนึ่งที่มีการกักตัวของกลุ่มผู้ที่ติดการสูบบุหรี่ จำเป็นต้องมีการใช้หมากฝรั่งนิโคตินเคี้ยวเพื่อทดแทน นอกจากการจัดการให้มีหมากฝรั่งนิโคตินใช้แล้ว การให้คำแนะนำการเคี้ยวหมากฝรั่งนิโคตินอย่างถูกต้องเพื่อลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดก็เป็นสิ่งที่จำเป็น

แม้ปัจจุบันสถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19 จะเบาบางลง แต่เหตุการณ์ดังกล่าวก็ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการให้บริการในอนาคต เช่น การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ส่งผลให้เกิดรูปแบบการส่งยาทางไปรษณีย์ การรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน รวมถึง telepharmacy สิ่งเหล่านี้กลับทำให้เกิดความชัดเจนต่อบทบาทที่สำคัญของเภสัชกรในการลงไปดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้านแบบองค์รวมในบทบาท “เภสัชกรครอบครัว (Family pharmacist)” เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า ยาที่ผู้ป่วยได้รับไม่ว่าจากทางใด ผู้ป่วยและผู้ดูแล “มีความเข้าใจและใช้ยาได้อย่างถูกต้อง” มีการติดตามทั้งประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยา รวมถึงส่งต่อข้อมูลที่ไปยังโรงพยาบาลและแพทย์ผู้ทำการรักษา เพื่อให้เกิดการดูแลด้านยาอย่าง “ต่อเนื่องและเชื่อมโยง”

ก่อนเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 งานเยี่ยมบ้านในบทบาทของเภสัชกรครอบครัวเพื่อดูแลและติดตามการใช้ยา ก็ได้มีการดำเนินการอย่างแพร่หลายทั้งในระดับโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน หรือแม้แต่ร้านยา เชื่อว่าหลังจากนี้ การดำเนินงานของเภสัชกรครอบครัว จะไม่ได้ถูกตีกรอบแค่การดำเนินงานเฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพราะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลรามารินทร์ก็เริ่มมีเภสัชกรออกไปในทีมเยี่ยมบ้าน หรือโรงพยาบาลศิริราชก็ส่งเภสัชกรมาร่วมเรียนรู้และเตรียมเภสัชกรในการทำงานเยี่ยมบ้านเช่นกัน เพราะแก่นสำคัญของการเยี่ยมบ้านในบทบาทเภสัชกรครอบครัว คือการดูแลด้านยาแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยง

เภสัชกร จตุพร ทองอัม

เภสัชกรชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข 51 วัดไผ่ตัน

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ประธานกลุ่มเภสัชกรครอบครัว สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)

ในการดำเนินการวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวฉบับนี้ ทางกองบรรณาธิการ ได้รับความกรุณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจากหลายสถาบัน ดังรายนามต่อไปนี้

นพ. ภรเอก มั่นสวานิช	ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์
ผศ.พญ. แสงสุลี ธรรมไกรสร	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
พญ.ญานี โชคโสมงาม	ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พญ.วาลิกา รัตนจันทร์	โรงพยาบาลน่าน
อ.ดร.อรรณณ ขวัญศรี	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.สิริชัย นามทรงศนี	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูจินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
นพ.อัศวิน โรจนสุมาพงศ์	ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พญ.โสธยา วงศ์วิไล	กลุ่มเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี
พญ.กุลวรรณ ชัยเจริญพงศ์	หัวหน้างานเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลพระปกเกล้า สาขาเมือง

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้เกียรติและเสียสละเวลา ร่วม
ทบทวนพิจารณาบทความต้นฉบับ ให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขและพัฒนาบทความให้ได้บทความ
ที่มีคุณภาพและถูกต้องตามหลักวิชาการ

บทความพิเศษ

สภาพแวดล้อมในบ้านที่เป็นมิตรสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

Received: August 24, 2020; **Revised:** September 27, 2020; **Accepted:** October 14, 2020

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันโท
แพทย์หญิง พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ

ว.เวชศาสตร์ครอบครัว

กองตรวจโรคผู้ป่วยนอกและ
เวชศาสตร์ครอบครัว
รพ.พระมงกุฎเกล้า ประเทศไทย

อีเมล: patsri2004@yahoo.com

บทคัดย่อ

บทความนี้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านที่เป็นมิตรสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จากแนวทางที่ใช้ในเวชปฏิบัติปัจจุบัน เช่น จากแนวเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม และสมาคมโรคอัลไซเมอร์ วัตถุประสงค์หลักของบทความนี้เพื่อนำหลักการการจัดสภาพแวดล้อมมาประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ โดยหลักการการจัดบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มีดังนี้ (1) สภาพแวดล้อมควรเอื้อให้ผู้ป่วยยังคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (2) ลดการเกิดอาการทางพฤติกรรมและอารมณ์ (3) กระตุ้นให้มีกิจกรรมปริชาน (cognitive activities) (4) มีความสะดวกสบายและให้เกียรติผู้ป่วย (5) ส่งเสริมให้มีกิจกรรมและความสัมพันธ์ต่อกันในครอบครัว และ (6) ลดความเสี่ยงจากอันตรายที่ไม่คาดคิด โดยแนวทางการดำเนินการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม มี 3 ขั้นตอน คือ เริ่มจากการสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เช่น สภาพแวดล้อมในบ้านอะไรที่ผู้ดูแลกังวลมากที่สุดซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย หลังจากนั้น ทีมสหสาขาควรไปเยี่ยมบ้านเพื่อสำรวจอย่างละเอียดโดยใช้แบบประเมิน และหลังการเยี่ยมบ้านควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม ซึ่งควรประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน และมีการติดตามการปรับเปลี่ยนอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม, สภาพแวดล้อม, การประเมินสภาพบ้าน, ผู้สูงอายุ

SPECIAL ARTICLE

Dementia-friendly Environment at Home

Received: August 24, 2020; **Revised:** September 27, 2020; **Accepted:** October 14, 2020

Abstract

This article reviewed current practice approaches for dementia-friendly home environments from Dementia Clinical Practice Guidelines and recommendations from the Alzheimer's Association. The main objective of this review was to apply the concepts of a dementia-friendly home environment for use in primary care. The concepts of an appropriate home for people with dementia should be (1) increasing abilities to do activities of daily living (2) decreasing behavioral and psychological symptoms of dementia (3) enhancing cognitive activities (4) promoting comfortable care and dignity (5) enhancing families' activities and relationships and (6) decreasing unpredictable accidents. There are three steps of assessment. First, medical professionals should ask the caregivers about the home environment for initial information such as "What are your biggest concerns about your home environment right now?". Then, a multidisciplinary team conducts a home visit for a thorough assessment by using a dementia-friendly environment evaluation form. Moreover, after a home visit, the multidisciplinary team should advise the family regarding an appropriate environment by applying the concepts for the dementia patient and should regularly monitor the patient's home environment.

Keyword: dementia, environment, home assessment, older adults

Lt. Col. Asst. Prof.
Patsri Srisuwan, MD.

Diploma Thai Board of
Family Medicine

Outpatient and Family
Medicine Department,
Phramongkutklao
Hospital, Thailand

Email:
patsri2004@yahoo.com

บทนำ

จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563 ผู้สูงอายุมีประมาณ 12 ล้านคน¹ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2555 พบว่ากลุ่มประเทศอาเซียนมีอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 6.32 หากคำนวณตามจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย จะพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูงถึงประมาณ 756,000 คน ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ที่พบบ่อย ส่งผลให้มีการเสื่อมลงของปรีชาญาณ (cognition) และความสามารถเชิงปฏิบัติ (functional ability)³ ส่งผลกระทบหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย อุบัติการณ์การเกิดภาวะหกล้มเพิ่มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมถึง 8 เท่า⁴ ด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง⁵ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล โดยครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลมีความเครียดสูงเนื่องจากการดูแล⁶

สภาพแวดล้อมมีความสำคัญสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ โดยบ้านที่ไม่ปลอดภัยส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม 1.15 เท่า การจัดสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อนและกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม 1.46 และ 1.56 เท่า ตามลำดับ⁷ ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) เพื่อการควบคุมโรค จึงมีคำแนะนำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการเข้าสังคมหรือเดินทางไปต่าง ๆ ทำให้ถูกจำกัดอยู่ภายในบ้านมากขึ้น ส่งผลให้มีการเสื่อมถอยลงของร่างกายและปรีชาญาณมากขึ้น⁸

ดังนั้น การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อเอื้อให้ผู้ป่วยยังคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ให้ได้มากที่สุด ชะลอความเสื่อมถอยลงของร่างกายและกระตุ้นให้มีกิจกรรมปรีชาญาณ (cognitive activities) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบัน บทความนี้จะรวบรวมข้อมูลแนวทางการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านที่เป็นมิตรสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จากหลายสถาบันที่ใช้ในปัจจุบัน จากแนวเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม สมาคมโรคอัลไซเมอร์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ทราบหลักการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. เพื่อให้ทราบหัวข้อที่ควรประเมินเพื่อปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้าน
3. เพื่อให้ทราบแนวทางการดำเนินการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้าน

หลักการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (dementia-friendly environment) คือสภาพแวดล้อมทุกแห่ง ทั้งที่อยู่อาศัยและสถานที่อื่น เช่น สวนสาธารณะ วัด และโรงพยาบาล ที่เอื้อให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล ครอบครัว และบุคคลอื่นสามารถอาศัยอยู่ร่วมกันได้⁹ การปรับสภาพแวดล้อมมีประโยชน์หลายอย่าง เช่น เอื้อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความสามารถที่เหลืออยู่ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้^{10,11} การมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดความเสี่ยงต่อความปลอดภัย¹² โดยเฉพาะการหกล้ม¹³ กระตุ้นปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย¹⁴ การปรับสภาพแวดล้อมจึงสามารถลดความเครียดของผู้ดูแลได้^{15,16} ซึ่งมีหลักการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้¹⁷⁻¹⁹

1. เอื้อให้ผู้ป่วยยังคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ให้ได้มากที่สุด เช่น การจัดเรียงของในตู้เสื้อผ้า ควรจัดเรียงเป็นระเบียบตามลำดับการใช้ก่อนหลัง ไม่มีสิ่งของที่มากเกินไปจนยากต่อการตัดสินใจเลือกใช้ จะเอื้อให้ผู้ป่วยเลือกเสื้อผ้าในการแต่งตัวได้เองมากที่สุด

2. ควบคุมสิ่งกระตุ้นได้เหมาะสม เพื่อลดการเกิดอาการทางพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น หลีกเลี่ยงการติดกระจกที่มากเกินไป ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดเมื่อส่องกระจกแล้วจำตนเองไม่ได้ พุดคุยกับกระจกคิดว่าเป็นผู้อื่น

3. มีการกระตุ้นให้มีกิจกรรมปริชาน (cognitive activities) เช่น มีนาฬิกาซึ่งมีตัวเลขขนาดใหญ่ ปฏิทินที่เห็นได้ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้วันและเวลาที่ถูกต้อง

4. มีความสะดวกสบายและให้เกียรติผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้อื่น เช่น แม้ญาติอาจต้องการมองเห็นผู้ป่วยตลอดเวลาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย แต่บางช่วงเวลาผู้ป่วยต้องการความเป็นส่วนตัว เช่น อาบน้ำ อาจใช้ม่านทึบกันแทนการเปิดประตูโล่ง เพื่อให้ผู้ป่วยยังคงความเป็นส่วนตัว และญาติสามารถเปิดเข้าไปโดยง่ายกรณีมีเหตุฉุกเฉิน

5. ส่งเสริมให้มีกิจกรรมและความสัมพันธ์กับผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว และผู้อื่น เช่น มีอัลบั้มรูปภาพ เกมส และหนังสือวางบนโต๊ะในห้องรับแขก เพื่อให้ผู้ดูแลหรือญาติได้อ่านหนังสือให้ผู้ป่วยฟังหรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย

6. มีความปลอดภัยจากการค้นหาและลดความเสี่ยงที่จะเกิดอันตราย เช่น เก็บสารเคมีให้มิดชิด เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยนำไปรับประทาน

แนวทางการดำเนินการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม

1. สอบถามผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในบ้าน:

เนื่องจากผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวยังมีความสงสัย หรือต้องการความช่วยเหลือในการอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย²⁰ เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมจะเอื้อให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่ร่วมกันในบ้านได้ ไม่ถูกส่งไปสถานบริบาลหรือถูกทอดทิ้ง²¹ โดยคำถามในการสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในบ้าน ได้แก่²²

- สภาพแวดล้อมในบ้านอะไรที่คุณกังวลมากที่สุดซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย
- ตามความคิดของคุณ สภาพแวดล้อมในบ้านที่เหมาะสมกับผู้ป่วยควรเป็นอย่างไร
- มีอะไรบ้างที่คุณอยากให้เราช่วยคุณและครอบครัวในเรื่องการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้าน

2. เยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาเพื่อประเมินสภาพแวดล้อมโดยละเอียด: อาจใช้

การสำรวจโดยแบบประเมินสภาพแวดล้อม บันทึกความเสี่ยง และสิ่งที่ควรดำเนินการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม ดังตารางที่ 1

3. หลังเยี่ยมบ้าน: ควรให้คำแนะนำแนวทางการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมโดย

ให้ความสำคัญกับความเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย²³ ซึ่งนอกจากการปรับเปลี่ยนตามหลักการแล้ว ควรประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนและแต่ละครอบครัว ซึ่งมีลักษณะรวมถึงข้อจำกัดที่แตกต่างกัน โดยควรตระหนักว่าการปรับเปลี่ยนสภาพบ้านหลายอย่างโดยฉับพลันโดยเฉพาะเพอร์นิเจอร์หลัก ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีระยะไม่รุนแรง (mild dementia) ถึงปานกลาง (moderate dementia) จะทำให้ผู้ป่วยมีการสับสนมากขึ้นได้^{21,23} อาจไม่ยอมอาศัยภายในบ้านเนื่องจากคิดว่าไม่ใช่บ้านตนเอง ควรปรับเปลี่ยนทีละน้อย โดยควรมีเพอร์นิเจอร์ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยอยู่บ้าง เช่น รูปติดผนัง และควรมีการติดตามประเมินสม่ำเสมอ

คำแนะนำเพื่อการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้าน

สิ่งที่ควรดำเนินการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้านของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่เหมือนการจัดบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุทั่วไป เช่น สภาพแวดล้อมที่จะมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม²⁴ แต่ควรมีการประเมินและปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมในด้านต่าง ๆ ตามหลักการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย โดยเฉพาะ อันตรายจากสิ่งหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด เช่น ผู้ป่วยรับประทานน้ำยาล้างจานเนื่องจากคิดว่าเป็นน้ำผลไม้ และสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมและ

อารมณ์ที่เพิ่มขึ้น เช่น การติดตั้งกระจกที่มากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดคิดว่า เป็นคนอื่นเข้ามาในบ้านตนเอง หรือเฝ้ามองผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา เป็นต้น

สภาพแวดล้อมในบ้านที่ควรประเมินและแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม ประกอบด้วยความปลอดภัยทั่วไปภายในบ้าน สภาพบริเวณบ้านทั่วไป เช่น แสงสว่างในห้องต่าง ๆ ภายในบ้านและบริเวณภายนอกบ้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้^{21,25-30}

ความปลอดภัยทั่วไปภายในบ้าน:

อันตรายทั่วไป: สิ่งของที่อาจเกิดอันตราย ควรนำมาเก็บไว้ในตู้ที่ปิดมิดชิดหรือเก็บให้พ้นสายตา เช่น ยา อุปกรณ์มีคม ปืน ไม้ขีดไฟ น้ำยาทำความสะอาดพื้น น้ำยาซักผ้า และสิ่งของชิ้นเล็ก เช่น ลูกบิดที่อาจนำไปรับประทาน ใส่จมูกหรือหู

อันตรายจากไฟ: ถอดปลั๊กเครื่องใช้ไฟฟ้าที่ไม่ได้ใช้ ใส่ที่ปิดรูปปลั๊กไฟ และควรติดตั้งเครื่องตรวจจับควันหรือความร้อนภายในบ้าน

อันตรายจากการหกล้ม: ติดตั้งราวจับบริเวณทางเดิน และบริเวณห้องน้ำ ในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีความจำเป็นต้องอยู่บ้านคนเดียว ควรมีช่องทางที่จะติดต่อผู้ป่วยหรือให้ผู้ป่วยติดต่อผู้ดูแลหรือญาติได้โดยสะดวก เช่น ควรมีปุ่มสัญญาณฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแจ้งเมื่อเกิดอันตราย และสามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด เช่น ติดตั้งกล้องวงจรปิด

แสงสว่าง: บริเวณหน้าต่างควรโล่ง ไม่มีสิ่งของตั้งบังแสง แสงสว่างเพียงพอ โดยที่ไม่มีบริเวณที่มืดเกินไป อาจติดตั้งหลอดไฟที่สว่างขึ้นเองโดยอัตโนมัติในบริเวณมุมมืดที่เดินผ่านบ่อย ๆ และไม่มีบริเวณไฟสว่างจ้ามากเกินไป

พื้น: ห้องพักทุกส่วนมีพื้นระดับเสมอกัน ไม่มีสิ่งกีดขวาง เช่น สิ่งของ สายไฟตามทางเดิน วัสดุปูพื้นไม่ลื่น ไม่ขัดมันวาว ลวดลายไม่มากไปและราบเสมอกัน หลีกเลี่ยงผ้าหรือพรมเช็ดเท้าที่ลื่น จะทำให้เกิดการหกล้มได้ กรณีที่ใช้รถเข็น โดยเฉพาะในห้องน้ำและห้องนอนควรมีพื้นที่เพื่อให้กลับรถเข็นได้ง่าย ความกว้างของพื้นที่ควรกว้างอย่างน้อย 150 เซนติเมตร ในกรณีมีทางลาด อัตราส่วนของทางลาดที่เหมาะสมควรมีความสูงต่อความยาวอยู่ระหว่าง 1:12 ถึง 1:20 ทางลาดเข้าบ้านควรยาวตั้งแต่ 12-20 เมตร เพื่อไม่ให้ชันมากเกินไปจนเกิดอันตรายโดยเฉพาะกรณีใช้รถเข็น

ประตู: ควรมีป้ายชื่อหรือสัญลักษณ์ของห้องต่าง ๆ ติดที่หน้าประตู โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยมักหลงทางภายในบ้าน เช่น ออกจากห้องนอนเพื่อมาเข้าห้องน้ำ แล้วกลับห้องนอนไม่ถูก กลอนหรือลูกบิดติดตั้งในตำแหน่งที่เหนือหรือใต้ระดับสายตา หรือควรพรางประตูในกรณีที่ผู้ป่วยมักออกนอกบ้านและพลัดหลง หลีกเลี่ยงประตูที่ลื่นจากด้านในห้องเพื่อ

ป้องกันผู้ป่วยลื่นล้มแล้วไม่สามารถเปิดออกได้ ในกรณีผู้ที่ไม่สามารถใช้ที่ลื่นคประตุมองเห็นช่องทางน้ำ หรือจากกันบริเวณห้องนอน หากมีประตูกระจกภายในบ้าน ควรติดสติ๊กเกอร์หรือทำสัญลักษณ์ให้เห็นชัด และกรณีใช้รถเข็น ประตูควรมีความกว้างอย่างน้อย 90 เซนติเมตร เพื่อให้รถเข็นเข้าออกได้โดยง่าย

บันได: ควรให้ผู้ป่วยพักอาศัยที่ชั้นล่างของบ้าน หรือไม่ควรปล่อยให้ขึ้นลงบันไดบ่อย ๆ เนื่องจากจะเพิ่มโอกาสในการหกล้ม โดยทางเดินและบันไดควรมีราวจับตลอด และบันไดส้วมสม่ำเสมอ ติดเส้นหรือแถบสีที่แตกต่างบริเวณขอบบันไดให้เห็นชัดเจน กรณีผู้ป่วยมักขึ้นลงบันไดบ่อย อาจติดตั้งประตูขวางบริเวณบันไดด้านบนและด้านล่าง และไม่ควรวางพรมหรือผ้าเช็ดเท้าบริเวณบันไดเพื่อป้องกันการหกล้ม

เฟอร์นิเจอร์: ควรใช้เฟอร์นิเจอร์ที่มั่นคง หลีกเลี่ยงแบบมีล้อหรือมีเท้าที่จำเป็น สูงจากพื้นมองเห็นง่าย สีควรสดใสและแตกต่างจากผนังห้องและพื้น หลีกเลี่ยงเฟอร์นิเจอร์ที่มีลวดลายมากเกินไปที่มักกระตุ้นให้เกิดอาการสับสน ควรติดอุปกรณ์กันกระแทกบริเวณมุมเฟอร์นิเจอร์ที่มีเหลี่ยมมุมแข็ง เขียนชื่อหรือทำสัญลักษณ์ในเฟอร์นิเจอร์ต่าง ๆ เช่น ตู้ ชั้นวางของ จะช่วยให้จำได้มากขึ้น และควรใช้เฟอร์นิเจอร์หรือของใช้ที่บ่งบอกตัวผู้ป่วยหรือความหลังหากเป็นไปได้ เช่น รูปที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ภาพบุคคลที่เป็นที่รัก คนในครอบครัว ภาพกิจกรรมที่มีความสุข

ห้องรับแขกหรือห้องที่ทำกิจกรรมกลางวัน: หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไป เช่น การเปิดโทรทัศน์หรือวิทยุจนกระตุ้นให้มีอาการทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนไป แก้วควรมีความมั่นคงและมีที่วางแขนเพื่อช่วยในการลุกนั่ง ในกรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถขับรถได้อย่างปลอดภัย ให้เก็บกุญแจรถให้พ้นสายตาและมิดชิด และโทรศัพท์ควรใช้งานง่าย ควรมีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน เบอร์โทรศัพท์ของผู้ดูแล ครอบครัว และเพื่อน ติดให้เห็นชัดเจน อาจใช้รูปแทนชื่อในกรณีที่ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการอ่าน

ห้องครัวหรือห้องรับประทานอาหาร: ควรติดเครื่องตัดแก๊สอัตโนมัติ และปิดผาครอบ ปุ่มเตาไฟฟ้าหรือเตาอบ กรณีเก็บของใส่กล่อง ควรใส่ในกล่องพลาสติกใส เขียนวันที่ซื้อ วันหมดอายุติดไว้บริเวณกล่องให้เห็นชัดเจน วางสิ่งของที่ใช้อยู่ในตำแหน่งที่หยิบใช้งานง่าย เก็บสิ่งของมีคมหรือสิ่งที่แตกง่ายให้มิดชิด เลือกใช้เป็นภาชนะพลาสติกแทนภาชนะแก้ว และหลีกเลี่ยงการตกแต่งด้วยวัสดุเหมือน เช่น ผนังปูนเปลือย ที่อาจทำให้เข้าใจผิดนำไปรับประทานได้

ห้องน้ำ: ชักโครกหรือฝาชักโครก อ่างล้างมือ อ่างอาบน้ำ ควรมีสื่อที่แตกต่างจากพื้นหรือผนัง เพื่อให้เห็นโดยง่าย ควรตั้งอุณหภูมิเครื่องทำน้ำอุ่นไม่ให้ร้อนเกินไป อุปกรณ์อาบน้ำควรอยู่ในระดับสายตา จัดเรียงลำดับการใช้เพื่อให้ใช้สะดวก และไม่มีอุปกรณ์หรือสิ่งของ

ที่มากเกินไป เพื่อลดความสับสนในการใช้ ควรแยกส่วนแห้งส่วนเปียก ไม่มีขั้นหรือส่วนที่สูงขึ้นมากจนผู้ป่วยมีโอกาสสะดุด พื้นควรใช้วัสดุที่ป้องกันการลื่นและควรกว้างพอสำหรับการมีผู้ดูแลช่วยเหลือ

ห้องนอน: ในกรณีสวิตช์ไฟฟ้าไกลจากเตียงนอน ควรมีโคมไฟบริเวณหัวเตียงเพื่อป้องกันการหกล้มเมื่อปิดไฟ บรรยากาศในห้องนอนควรเงียบสงบและมีด กรณีที่ผู้ป่วยมักตื่นเข้าห้องน้ำในเวลากลางคืน ควรเปิดไฟในมุมที่สว่างพอมองเห็น เช่น แสงไฟสีเหลือง (amber-colored LED lighting) หลีกเลี่ยงการเปิดไฟจากหลอดฟลูออเรสเซนต์ ซึ่งรบกวนวงจรการนอนหลับ ควรมีห้องน้ำหรืออุปกรณ์การขับถ่ายใกล้เตียงนอน เตียงนอนมีความสูงพอเหมาะ คือเมื่อนั่งริมเตียงความสูงประมาณข้อพับเข่าของผู้สูงอายุ โดยที่เท้าวางราบกับพื้นได้ จัดห้องด้วยสิ่งของที่คุ้นเคย สีห้องควรเป็นสีโทนเดือยสบายตา ไม่มีลวดลาย และสีผนังควรเป็นสีทึบบังแสงได้ดี กรณีผู้ป่วยนอนคนเดียวและมักตื่นขึ้นเดินในเวลากลางคืน ควรมีระบบตรวจจับการเคลื่อนไหวหรือเสียงไปยังห้องผู้ดูแล หรือแขวนกระดิ่งไว้ที่ลูกบิดประตูให้ผู้ดูแลได้ยิน

ภายนอกบ้าน: ควรจัดให้มีบริเวณทำกิจกรรม เช่น ปลูกต้นไม้ และมีเก้าอี้นั่งพัก หลีกเลี่ยงการปลูกต้นไม้ที่มีพิษหรือหนามแหลมคม ทางเดินเรียบ ไม่มีก้อนหินหรือต้นไม้กีดขวางหากมีโรงรถที่ปิดล็อกได้ ควรปิดล็อก พรางประตูและล็อกประตูรั้วบ้าน โดยเฉพาะเวลากลางคืนเพื่อป้องกันผู้ป่วยเดินออกนอกบ้าน

สรุป

การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสำคัญ เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมจะเอื้อให้ผู้ป่วยยังคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ ลดการเกิดอาการทางพฤติกรรมและอารมณ์ กระตุ้นให้มีกิจกรรมปรีชาและลดความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ดังนั้น ควรประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เช่น จากการสอบถามผู้ดูแลหรือใช้แบบประเมิน เพื่อให้การแนะนำและติดตามการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในแต่ละบุคคล

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 22 ส.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/Contents/Documents/Gazette/Gazette2020TH.pdf>
2. World Health Organization. Dementia: a public health priority [Internet]. 2012 [cite 2020 Aug 22]. Available from: https://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/

3. Thompson GN, Roger K. Understanding the needs of family caregivers of older adults dying with dementia. *Palliat Support Care* 2014; 12(3):223-231.
4. Allan LM, Ballard CG, Rowan EN, Kenny RA. Incidence and prediction of falls in dementia: a prospective study in older people. *PloS One* 2009;4(5):e5521. doi: 10.1371/journal.pone.0005521.
5. Savva GM, Zaccai J, Matthews FE, Davidson JE, McKeith I, Brayne C. Prevalence, correlates and course of behavioural and psychological symptoms of dementia in the population. *Br J Psychiatry* 2009; 194(3):212-219.
6. De Fazio P, Ciabrone P, Cerminara G, Barbuto E, Bruni A, Gentile P, Talarico A, Lacava R, Gareri P, Segura-García C. Depressive symptoms in caregivers of patients with dementia: demographic variables and burden. *Clin Interv* 2015;10:1085-1090. doi: 10.2147/CIA.S74439. eCollection 2015.
7. Ganz DA, Latham NK. Prevention of falls in community-dwelling older adults. *N Engl J Med* 2020; 382(8):734-743.
8. Lim W, Liang C, Assantachai P, Auyeung TW, Kang L, Lee W, et al. COVID-19 and older people in Asia: Asian Working Group for Sarcopenia calls to actions. *Geriatr Gerontol Int* 2020; 20(6):547-558.
9. Lin Shih-Yin, Lewis FM. Dementia friendly, dementia capable, and dementia positive: Concepts to prepare for the future. *Gerontologist* 2015;55(2):237-244.
10. Trahan MA, Kuo J, Carlson MC, Gitlin LN. A systematic review of strategies to foster activity engagement in persons with dementia. *Health Educ Behav* 2014; 41(Suppl 1):S70-S83.
11. Woodbridge R, Sullivan MP, Harding E, Crutch S, Gilhooly KJ, Gilhooly M, et al. Use of the physical environment to support everyday activities for people with dementia: A systematic review. *Dementia (London)* 2018; 17(5):533-572.
12. Amjad H, Roth DL, Samus QM, Yasar S, Wolff JL. Potentially unsafe activities and living conditions in older adults with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2016; 64(6):1223-1232.
13. Lyons RA, John A, Brophy S, Jones SJ, Johansen A, Kemp A, et al. Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 4: CD003600.
14. Marquardt G, Johnston D, Black BS, Morrison A, Rosenblatt A, Lyketsos CG, et al. A descriptive study of home modifications for people with dementia and barriers to implementation. *J Hous Elderly* 2011; 25(3):258-273.
15. Horvath KJ, Trudeau SA, Rudolph JL, Trudeau PA, Duffy MA, Berlowitz D. Clinical trial of a home safety toolkit for Alzheimer' Disease. *Int J Alzheimers Dis* 2013; 2013: 913606. doi: 10.1155/2013/913606.
16. Struckmeyer LR, Pickens ND. Home modifications for people with Alzheimer's Disease: A scoping review. *Am J Occup Ther* 2016; 70(1):700127002Op1-9. doi:10.5014/ajot.2015.016089. PMID: 26709430.
17. Alzheimer's Association. Alzheimer's Association Dementia Care Practice Recommendations [Internet]. 2018 [cite 2020 Mar 22]. Available from: https://www.alz.org/professionals/professional-providers/dementia_care_practice_recommendations
18. Guideline Adaptation Committee, Sydney. Clinical Practice Guidelines and Principles of Care for People with Dementia [Internet]. 2016 [cite 2020 Mar 22]. Available from: https://www.sydney.edu.au/medicine/cdpc/documents/resources/LAVER_Dementia_Guidelines_recommendations_PRVW5.pdf
19. Calkins MP. From research to application: Supportive and therapeutic environments for people living with dementia. *Gerontologist* 2018; 58(suppl 1):S114-S128.

20. Bronner K, Perneczky R, McCabe R, Kurz A, Hamann J. Which medical and social decision topics are important after early diagnosis of Alzheimer's Disease from the perspectives of people with Alzheimer's Disease, spouses and professionals? *BMC Res Notes* 2016;9:149. doi:10.1186/s13104-016-1960-3.
21. Callahan CM. Alzheimer's Disease: Individuals, dyads, communities, and costs. *J Am Geriatr Soc* 2017;65(5):892-895.
22. Unwin BK, Andrews CM, Andrews PM, Hanson JL. Therapeutic home adaptations for older adults with disabilities. *Am Fam Physician* 2009;80(9):963-968.
23. Sanders AE, Nininger J, Absher J, Bennett A, Shugarman S, Roca R. Quality improvement in neurology: Dementia management quality measurement set update. *Am J Psychiatry* 2017;174(5):493-498.
24. สุกัญญา หังสพฤกษ์. สภาพบ้าน. ใน: สุกัญญา หังสพฤกษ์, สุดารัตน์ วิจิตรเศรษฐกุล, บรรณาธิการ. คู่มือเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ. นครปฐม: เอส พี กราฟฟิกส์; 2561. หน้า 20-4.
25. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สู่สังคมไม่ทอดทิ้งกันบนเส้นทางสร้างสรรค์สภาพแวดล้อม ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2552.
26. Wesson J, Clemson L, Brodaty, Lord S, Taylor M, Gitlin L, Close J. A feasibility study and pilot randomised trial of a tailored prevention program to reduce falls in older people with mild dementia. *BMC Geriatr* 2013;13:89. doi: 10.1186/1471-2318-13-89.
27. Davis R, Weisbeck C. Creating a supportive environment using cues for wayfinding in dementia. *J Gerontol Nurs* 2016;42(3):36-44.
28. Zucchella C, Sinforiani E, Tamburin S, Federico A, Mantovani E, Bernini S, et al. The multidisciplinary approach to Alzheimer's Disease and dementia. A narrative review of non-pharmacological treatment. *Front Neurol* 2018;9:1058. doi: 10.3389/fneur.2018.01058.
29. Alzheimer's Society. Making your home dementia friendly [Internet]. 2015 [cite 2020 Mar 22]. Available from: https://dementia.ripfa.org.uk/wp-content/uploads/Alzheimer_s_Society_Dementia_Friendly_Home_booklet_web.pdf
30. Alzheimer's Association. Dementia Care Practice Recommendations for Professionals Working in a Home Setting [Internet]. 2009 [cite 2020 Mar 22]. Available from: https://www.alz.org/national/documents/phase_4_home_care_recs.pdf

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของหน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอ่น อำเภอบราสาท จังหวัดสุรินทร์

Received: October 8, 2020; Revised: December 7, 2020; Accepted: December 7, 2020

บทคัดย่อ

นายแพทย์กิตติภพ แจ่มโสภณ

ว.เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

และกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม

รพ.บราสาท จ.สุรินทร์

อีเมล: dayshock@live.com

ที่มา: การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอ่น อำเภอบราสาท จังหวัดสุรินทร์ ได้จัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ให้บริการผู้ป่วยใกล้บ้านเพื่อความต่อเนื่องในการรักษา ทั้งนี้ยังไม่พบหลักฐานเรื่องประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เปรียบเทียบการให้บริการในสถานบริการและการให้บริการโดยหน่วยบริการแบบเคลื่อนที่ ในขณะที่สถานการณ์การระบาดมาก่อน

วิธีการศึกษา: วิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อยู่ในการดูแลของคลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอ่น 105 คน แบ่งเป็นที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัว จำนวน 69 คน และรับบริการที่หน่วยบริการแบบเคลื่อนที่ จำนวน 36 คน เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดและความพึงพอใจในการรับบริการ ด้วยสถิติ paired และ unpaired t-test

ผลการศึกษา: ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่มารับบริการสุขภาพที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่กับคลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอ่น ไม่มีความแตกต่างกัน (p-value = 0.197) ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มารับบริการสุขภาพที่คลินิกหมอครอบครัวกับหน่วยบริการแบบเคลื่อนที่ ไม่มีความแตกต่างกัน (p-value = 0.098)

สรุป: ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ว่าผู้ป่วยจะรับบริการจากหน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่หรือรับบริการที่คลินิกหมอครอบครัว ประสิทธิภาพในการดูแลรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่

ORIGINAL ARTICLE

Effectiveness of the Mobile Health Care Service for Type 2 Diabetes Patients During COVID-19 Pandemic of Primary Care Cluster in Kang-an Community, Prasat District, Surin Province

Received: October 8, 2020; **Revised:** December 7, 2020; **Accepted:** December 7, 2020

Abstract

Background: The COVID-19 pandemic has affected the delivery of health care services among diabetes type-2 patients. One particular health care facility—the Kang-an Primary Care Cluster located in Prasat District, Surin Province prepared to care for type-2 diabetic patients by establishing a mobile health care service. This portable unit services patients directly at home, providing continuity of diabetes monitoring and care. Then the COVID-19 pandemic occurred. No evidence compares the mobile health care service's effectiveness to the conventional health care unit in diabetes type-2 patients in treatment outcomes.

Methods: We conducted a Quasi-experimental design involving 105 diabetes type-2 patients based in the Kang-an community. Sixty-nine patients were treated at the Kang-an Primary Care Cluster, and thirty-six patients were treated by the mobile health care service. This study used the paired and unpaired t-test to analyze the differences, using the criteria of fasting plasma glucose and health services satisfaction.

Result: There were no differences in the fasting plasma glucose means between the mobile health care service and conventional groups (P -value = 0.197). Regarding health services satisfaction, there was also no difference (P -value = 0.098).

Conclusion: This study found in the COVID-19 pandemic era, the effectiveness of controlling the fasting plasma glucose and health services satisfaction were not different between the mobile health care service, and the conventional health care service.

Keywords: Type 2 Diabetes, COVID-19, The mobile health care service.

Kittipop Jamsopon
MD.

Department of Social
Medicine and
Department of
Occupational Medicine
Prasat Hospital,
Surin, Thailand

E-mail:
dayshock@live.com

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการระบาดไปทั่วโลก ในเวลาต่อมาองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ โดยเตือนว่า “ทุกประเทศควรเตรียมพร้อมสำหรับการกักกันโรค รวมถึงการเฝ้าระวังอย่างเข้มข้น การตรวจหาเชื้อ การแยกผู้ป่วยและการจัดการรายกรณี การติดตามการติดต่อของผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย และการป้องกันการเพิ่มการแพร่กระจายโรค”¹

จากสถานการณ์ดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อตรงในด้านสาธารณสุขที่จะต้องมีการควบคุมการระบาด คัดกรองผู้ป่วย รักษาผู้ป่วยติดเชื้อ เตรียมพร้อมรับมือกับจำนวนผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อที่จะมีเพิ่มมากขึ้นและคิดค้นวิธีการป้องกันต่าง ๆ เช่น นวัตกรรมการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อในขณะดูแลรักษาผู้ป่วย การคิดค้นวัคซีน²⁻³ เป็นต้น สำหรับการป้องกันและเฝ้าระวังในกลุ่มอ่อนไหวที่เมื่อติดเชื้อไวรัสแล้วจะมีความรุนแรง มีโอกาสเสียชีวิตได้มากกว่าคนในกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก หญิงตั้งครรภ์และผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการ โดยในระยะแรกนั้น ได้มีมาตรการให้ประชาชนอยู่บ้าน ออกจากบ้านเท่าที่จำเป็นและรักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) ส่งผลกระทบต่อการมาติดตามการรักษาและการรับยาต่อเนื่องของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กล่าวคือไม่สามารถทำได้ในรูปแบบเดิม

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางให้ผู้ป่วยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขเพื่อลดการติดเชื้อและการแพร่ระบาด โดยสนับสนุนให้แต่ละโรงพยาบาลมีโครงการรับยาใกล้บ้านหรือมีการจัดส่งยาผ่านทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือมีการส่งยาทางไปรษณีย์ อย่างใดอย่างหนึ่ง⁴ ตามความเหมาะสมของพื้นที่ และเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คลินิกหมอครอบครัว ชุมชนกึ่งแอมป์ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ จึงได้ดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ ออกให้บริการผู้ป่วยใกล้บ้านเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว โดยทั้งนี้ยังไม่พบหลักฐานการศึกษาเปรียบเทียบในเรื่องประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างการให้บริการในสถานบริการแบบเดิมและการให้บริการโดยหน่วยบริการสุขภาพโรคติดต่อไม่เรื้อรังแบบเคลื่อนที่ในช่วงเวลาการเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาก่อน จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด หลังจากปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่รับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพโรค

ไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่และกลุ่มที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนก้งแอน

2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการรับบริการ หลังจากปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่รับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่และกลุ่มที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนก้งแอน

สมมติฐานงานวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ระดับน้ำตาลในเลือด หลังจากปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่รับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่และกลุ่มที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนก้งแอนในช่วงมีการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 2 ความพึงพอใจต่อการรับบริการ หลังจากปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่รับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่และกลุ่มที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนก้งแอนไม่แตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

ศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research design) ที่มีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบ 2 กลุ่มวัดผลหลังทำการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา (Population) ในงานวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในขอบเขตการดูแลของคลินิกหมอครอบครัวชุมชนก้งแอน อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ จำนวนประชากรทั้งหมด 394 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีนัดรับยาที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนก้งแอน ในช่วงเดือนมกราคม - พฤษภาคม 2563

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- มีโรคร่วมที่เป็นอุปสรรคในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย เช่น โรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหอบหืด
- มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคกล้ามเนื้อหัวใจ โรคเส้นหัวใจ โรคติดเชื้อบริเวณหัวใจ โรคหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน ภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา ไต และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่เส้นประสาท เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกผู้ป่วยมากลุ่มละ 36 คน จากประชากรที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและออกทั้งหมดจำนวน 105 คน ศึกษาสำรวจ (Pilot study) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุดของผู้ป่วยกลุ่มที่มารับบริการสุขภาพที่หน่วยบริการ

สุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ และกลุ่มที่มารับบริการสุขภาพที่คลินิก หมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอน โดยนำ Mean และ SD มาวิเคราะห์หากกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนประชากร ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 8 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 9 คน

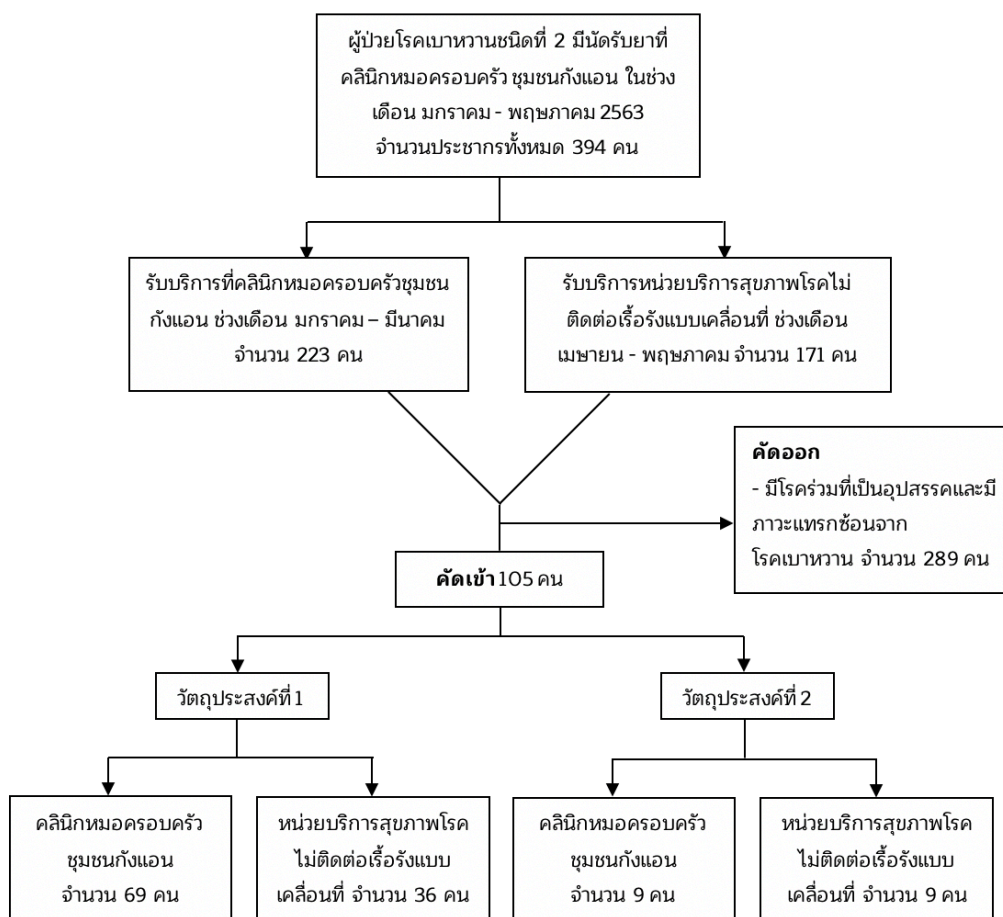
และเพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด ผู้วิจัยจึงเลือกใช้จำนวนประชากรที่ผ่านการคัดเลือกทั้งหมด 105 คน มาศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบสมมติฐานที่

1 และเลือกใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คน จากการคำนวณผ่านโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ มาทดสอบสมมติฐานที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่
- แบบสอบถามความพึงพอใจการรับบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 2 ข้อ



แผนผังที่ 1 แสดงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2: ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการเข้ารับบริการ โดยมี 5 ด้านคุณภาพ คือ

- 1) คุณภาพการให้บริการด้านสิ่งสัมผัสได้ 4 ข้อ
- 2) คุณภาพการให้บริการด้านการเอาใจใส่ 4 ข้อ
- 3) คุณภาพการให้บริการด้านความเชื่อถือและไว้วางใจ 4 ข้อ
- 4) คุณภาพการให้บริการด้านการตอบสนอง 4 ข้อ
- 5) คุณภาพด้านการให้ความมั่นใจ 4 ข้อ

โดยในส่วนที่ 2 เป็นส่วนที่อ้างอิงจากงานวิจัยของศิริพร เจริญศรีวิริยะกุล⁵ เกี่ยวกับข้อมูลคุณภาพการให้บริการ ได้แก่ ด้านสิ่งสัมผัสได้ ด้านความเชื่อถือและไว้วางใจ ด้านการตอบสนอง และด้านการเอาใจใส่ ชุดคำถามจากงานวิจัยดังกล่าว มีความสอดคล้องกับการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข สะท้อนถึงคุณภาพการให้บริการของผู้ให้บริการในบริบทของงานวิจัยนี้ได้ โดยแบบสอบถามดังกล่าวมีค่า IOC เท่ากับ 0.74 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.9347

งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอันดับ (interval scale) หรือมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นปลายปิดแบบสเกลการให้คะแนน (Rating scale) โดยกำหนดค่าน้ำหนักของการประเมินเป็น 5 ระดับ ตามแนวคิดของ Likert⁶ ระดับคะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ระดับคะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก ระดับคะแนน 3 หมายถึง

ปานกลาง ระดับคะแนน 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย และระดับคะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

แปลค่าเฉลี่ยความคิดเห็นที่มีต่อคุณภาพการให้บริการ จะใช้ค่าเฉลี่ยเป็นตัวสถิติวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บมาได้จากจำนวนตัวอย่างทั้งหมด⁷ โดยจัดระดับค่าเฉลี่ยออกเป็นช่วง ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มีคุณภาพสูงสุด ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีคุณภาพสูง ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีคุณภาพปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีคุณภาพต่ำ และค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง มีคุณภาพต่ำสุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จากนโยบายให้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 มีการประชุมทีมงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อเตรียมการจัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ พร้อมกำหนดพื้นที่และวันเวลาการให้บริการในแต่ละหมู่บ้าน

- รวบรวมรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีนัดในช่วงที่มีการประกาศภาวะฉุกเฉินเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (เมษายน – พฤษภาคม 2563) จำนวน 36 คน พร้อมแจ้งให้ทราบถึงวันนัดรับยาที่ศาลาประชาคมล่วงหน้าในแต่ละหมู่บ้าน
- เก็บรวบรวมข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดจากเวชระเบียนในระบบ HosXP ในช่วงเดือน มกราคม – มีนาคม 2563 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เลือกจากเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 105 คน

- ออกให้บริการหน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ ณ ศาลาประชาคมหมู่บ้าน โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ออกตรวจในแต่ละวันเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตามวันที่นัดในแต่ละหมู่บ้าน พร้อมนัดติดตามระดับน้ำตาลในเลือดครั้งถัดไปในช่วงเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2563
- ออกให้บริการผู้ป่วยเบาหวานตามนัดที่คลินิกหมอครอบครัวโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานภายหลังการประกาศผ่อนคลายภาวะฉุกเฉินการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งกลุ่มที่รับยาที่ศาลาประชาคมหมู่บ้านและกลุ่มที่รับยาที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนก้งแวน (มิถุนายน - กรกฎาคม 2563)
- นำข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดหลังการประกาศผ่อนคลายภาวะฉุกเฉินการแพร่ระบาด กลับมาบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนระบบ HosXP
- เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 18 คน จากจำนวนประชากรเบาหวาน 105 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่รับบริการที่ศาลาประชาคมหมู่บ้านและกลุ่มที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนก้งแวน จำนวน 9 คน เท่ากันทั้งสองกลุ่ม เพื่อติดต่อให้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจการรับบริการสุขภาพทั้งสองกลุ่มผ่านทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัยได้กล่าวแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยขอความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม และชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง

หรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

- บันทึกข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามความพึงพอใจการรับบริการสุขภาพในกระดาชแบบสอบถาม

ผู้วิจัยนำข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดจากกลุ่มประชากร 105 คน และข้อมูลการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจการรับบริการสุขภาพจากกลุ่มตัวอย่าง 18 คน มาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาจัดระเบียบด้วยการแยกประเภทของข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังนี้

- อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- หลังทดสอบการกระจายของข้อมูลพบว่ามีการกระจายแบบ Normal distribution จึงเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย โดยใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบภายในกลุ่มด้วยสถิติ paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ unpaired t-test

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะ	MHC service*		PCC**		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	11	30.6	21	30.4	0.580
หญิง	25	69.4	48	69.6	
อายุ (ปี)					
< 60	14	38.9	28	40.6	0.518
≥ 60	22	61.1	41	59.4	
Mean ±SD	60.1 ± 10.20		60.8 ± 10.92		
ดัชนีมวลกาย (kg/m²)					
น้อยกว่าปกติ (<18.5)	3	8.3	1	1.5	0.389
ปกติ (18.5-29.9)	10	27.8	14	20.3	
น้ำหนักเกิน (23.0-24.9)	8	22.2	17	24.6	
อ้วนระดับ 1 (25.0-29.9)	10	27.8	26	37.7	
อ้วนระดับ 2 (>30)	5	13.9	11	15.9	

*MHC Service (Mobile health care service) **PCC (Primary care cluster)

ตารางที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่เข้ารับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอ่น ก่อนสถานการณ์ และหลังการประกาศผ่อนคลายภาวะฉุกเฉิน

ลักษณะที่ศึกษา	Mean	SD	SE	95%CI	p-value
ระดับน้ำตาลก่อนสถานการณ์	135.16	39.99	4.81	125.55 - 144.77	0.793
ระดับน้ำตาลหลังการประกาศผ่อนคลายภาวะฉุกเฉิน	136.17	44.99	5.42	125.37 - 146.98	
Different	-1.01	31.92	3.84	-8.68 - 6.65	

ตารางที่ 3 ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่เข้ารับบริการหน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ ก่อนสถานการณ์ และหลังการประกาศผ่อนคลายภาวะฉุกเฉิน

ลักษณะที่ศึกษา	Mean	SD	SE	95%CI	p-value
ระดับน้ำตาลก่อนสถานการณ์	143.61	40.03	6.67	130.07 - 157.16	0.444
ระดับน้ำตาลหลังการประกาศผ่อนคลายภาวะฉุกเฉิน	152.53	67.72	11.29	129.61 - 175.44	
Different	-8.92	69.04	11.51	-32.28 - 14.44	

ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยในกลุ่มที่รับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ และกลุ่มที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.4 และ 69.6 ตามลำดับ โดยอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยใกล้เคียงกันทั้ง 2 กลุ่มคือ 60.1 ปี และ 60.8 ปี ตามลำดับ ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี สำหรับดัชนีมวลกายของผู้ป่วยในกลุ่ม มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ น้ำหนักเกินและอ้วนระดับ 1 เป็นส่วนใหญ่

ส่วนผู้ป่วยที่มารับบริการสุขภาพที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอม มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1 มากที่สุด ร้อยละ 37.7 รองลงมาคือน้ำหนักเกิน ร้อยละ 24.6 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะเพศ อายุและดัชนีมวลกายของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

จากตารางที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิก

หมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอม มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 135.16 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 39.99 และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการประกาศผ่อนคลายภาวะฉุกเฉินเท่ากับ 136.17 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 44.99 จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าความแตกต่างของระดับน้ำตาลเฉลี่ยก่อนและหลังสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอม เป็นไปในทิศทางสูงขึ้นเล็กน้อยเพียง 1.01 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ โดยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 31.92 ความแตกต่างนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.793$)

จากตารางที่ 3 ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนช่วงสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 143.61 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ส่วนเบี่ยงเบน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มที่มารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่กับที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอม ทั้งก่อนสถานการณ์ฯและหลังการประกาศผ่อนคลายภาวะฉุกเฉิน

ลักษณะที่ศึกษา	Mean($\pm$ SD)		95% CI for mean		Mean different	95%CI	p-value
	MHC service	PCC	MHC service	PCC			
ระดับน้ำตาลก่อนสถานการณ์	143.61 (40.03)	135.16 (39.99)	125.55- 144.77	130.0- 157.16	-8.45	-24.76-7.86	0.307
ระดับน้ำตาลหลังการประกาศผ่อนคลายภาวะฉุกเฉิน	152.53 (67.72)	136.17 (44.99)	125.37- 175.44	129.6- 146.98	-16.35	-41.48-8.77	0.197

มาตรฐานเท่ากับ 40.03 ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด หลังรับบริการเท่ากับ 152.53 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 67.72 จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าความแตกต่างของระดับน้ำตาลเฉลี่ยก่อนและหลังสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่รับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่เป็นไปในทิศทางสูงขึ้น 8.92 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ โดยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เท่ากับ 69.04 ความแตกต่างนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.444$)

จากตารางที่ 4 พบว่า การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดช่วงก่อนสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอ่นและกลุ่มที่รับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ไม่มีความแตกต่างกัน ($P\text{-value}$

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ จำแนกตามเพศและอายุ

ลักษณะ	MHC service		PCC		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	2	22.2	2	22.2	0.712
หญิง	7	77.8	7	77.8	
อายุ (ปี)					
< 60	5	55.6	4	44.4	0.500
≥ 60	4	44.4	5	55.6	
Mean $\pm$ SD	55.8 $\pm$ 7.21		59.4 $\pm$ 3.68		

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นความพึงพอใจคุณภาพการให้บริการในแต่ละด้าน ระหว่างกลุ่มที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่กับที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอ่น

คุณภาพการให้บริการ	MHC service			PCC			p-value
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล	
คุณภาพการให้บริการด้านสิ่งที่สัมผัสได้	4.67	0.45	มีคุณภาพสูงสุด	4.56	0.54	มีคุณภาพสูงสุด	0.643
คุณภาพการให้บริการด้านการเอาใจใส่	4.89	0.18	มีคุณภาพสูงสุด	4.67	0.43	มีคุณภาพสูงสุด	0.175
คุณภาพการให้บริการด้านความเชื่อถือและไว้วางใจ	4.92	0.25	มีคุณภาพสูงสุด	4.72	0.38	มีคุณภาพสูงสุด	0.221
คุณภาพการให้บริการด้านการตอบสนอง	5	0	มีคุณภาพสูงสุด	4.69	0.39	มีคุณภาพสูงสุด	0.032
คุณภาพการให้บริการด้านการให้ความมั่นใจ	4.44	0.30	มีคุณภาพสูง	4.36	0.22	มีคุณภาพสูง	0.512

= 0.307) โดยที่ผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 2 กลุ่มเท่ากับ 8.45 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดช่วงหลังการประกาศผ่อนคลายภาวะฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแวนและกลุ่มที่รับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ที่ไม่มีความแตกต่างกัน (P-value = 0.197) โดยที่ผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 2 กลุ่มเท่ากับ 16.35 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแวน และรับบริการสุขภาพที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78% กลุ่มตัวอย่างที่รับบริการสุขภาพที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแวนส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 56 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้อยกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 56 โดยที่ทั้งเพศและอายุไม่มีความแตกต่างกัน (P-value = 0.712 และ 0.500 ตามลำดับ)

จากตารางที่ 6 สรุปความพึงพอใจการรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ความคิดเห็นที่มีต่อคุณภาพการให้บริการด้านสิ่งที่สัมผัสได้ ด้านการเอาใจใส่ ด้านความเชื่อถือและไว้วางใจ และด้านการตอบสนองนั้นมีคุณภาพสูงที่สุด ยกเว้นด้านการให้ความมั่นใจที่มีคุณภาพสูง เหมือนกันทั้ง 2 กลุ่ม แต่เมื่อพิจารณาโดยแยกสรุปเป็น 5 ด้านคุณภาพการให้บริการ พบว่า ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นที่มีต่อคุณภาพการให้บริการด้านสิ่งที่สัมผัสได้ในกลุ่มที่รับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ ($\bar{x}$ = 4.67, S.D. = 0.45) สูงกว่ากลุ่มที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแวน ($\bar{x}$ = 4.56, S.D. = 0.54) เพียงเล็กน้อย และไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.643) ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นที่มีต่อคุณภาพการให้บริการด้านการเอาใจใส่ในกลุ่มที่รับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ ($\bar{x}$ = 4.89, S.D. = 0.18) สูงกว่ากลุ่มที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแวน ($\bar{x}$ = 4.67, S.D. = 0.43) และไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.175) ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นที่มีต่อ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความพึงพอใจภาพรวม ระหว่างกลุ่มที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่กับที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแวน

ลักษณะที่ศึกษา	Mean	SD	SE	95%CI	p-value
หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่	4.78	0.28	0.05	4.67 – 4.90	0.098
คลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแวน	4.60	0.15	0.09	4.39 – 4.91	

คุณภาพการให้บริการด้านความเชื่อถือและไว้วางใจในกลุ่มที่รับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ ($\bar{x} = 4.92$, S.D. = 0.25) สูงกว่ากลุ่มที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอ่น ($\bar{x} = 4.72$, S.D. = 0.38) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.221) ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นที่มีต่อคุณภาพการให้บริการด้านการตอบสนองในกลุ่มที่รับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ ($\bar{x} = 5$, S.D. = 0) สูงกว่ากลุ่มที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอ่น ($\bar{x} = 4.69$, S.D. = 0.39) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.032) ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นที่มีต่อคุณภาพการให้บริการให้ความมั่นใจในกลุ่มที่รับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ ($\bar{x} = 4.44$, S.D. = 0.30) สูงกว่ากลุ่มที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอ่น ($\bar{x} = 4.36$, S.D. = 0.22) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.512)

จากตารางที่ 7 เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจการรับบริการสุขภาพในภาพรวมของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของกลุ่มที่รับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่สูงกว่ากลุ่มที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอ่น ($\bar{x} = 4.78$ และ 4.60 ตามลำดับ) แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.098)

อภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของหน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอ่น พบว่า หลังการประกาศผ่อนคลายภาวะฉุกเฉิน ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยทั้งกลุ่มที่รับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่และกลุ่มที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอ่นนั้นเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงก่อนสถานการณ์ระบาดฯ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในทั้ง 2 กลุ่ม อธิบายได้ว่า สถานการณ์การระบาดฯ ในภาพรวมแล้วไม่ได้ส่งผลต่อควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานมากนัก สอดคล้องกับงานวิจัย⁸ ที่กล่าวว่า การรับรู้ข่าวสารสถานการณ์การแพร่ระบาดผ่านทางโซเชียลมีเดียที่เกิดขึ้นในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยจนเกิดความกลัวการออกมาพบปะผู้คน พฤติกรรมการกินก็เปลี่ยนไป สอดคล้องจากผลสำรวจของกรมควบคุมโรคที่พบว่า รูปแบบการบริโภคของประชาชนเปลี่ยนไป ทำอาหารปรุงเองบ่อยขึ้น⁹ และเมื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างผู้ป่วย 2 กลุ่ม ภายหลังการประกาศผ่อนคลายภาวะฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มที่รับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่ากลุ่มที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอ่น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1 โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกันนั้น อาจเป็นเพราะรูปแบบการให้บริการที่ไม่ต่างจากคลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอ่น คือมีแพทย์และทีมสุขภาพออกให้บริการจ่ายยาในทุกครั้ง แต่สิ่งที่เหนือกว่าคลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอ่นคือ รูปแบบแนวคิดที่คล้ายกับโครงการรับยาใกล้บ้าน¹⁰ ที่นอกจากจะ

ช่วยลดความแออัดได้แล้ว ยังสามารถช่วยลดความเสี่ยงของผู้ป่วยในการรับเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคได้¹¹

สำหรับความพึงพอใจต่อการรับบริการสุขภาพของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการให้บริการทั้ง 2 รูปแบบมีคุณภาพอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มโดยพิจารณาคุณภาพการให้บริการแต่ละด้านพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่รับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ ให้คะแนนสูงกว่ากลุ่มที่รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแออัดในทุก ๆ ด้าน แต่มีเพียงคุณภาพการให้บริการด้านการตอบสนองเท่านั้นที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัย¹² ที่กล่าวถึงความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการให้บริการของโรงพยาบาล ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับการใกล้บ้านที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ สามารถตอบโต้ความคาดหวังดังกล่าวได้ และจากผลที่พบยังแสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่รับยาใกล้บ้านรู้สึกพึงพอใจมากต่อการออกให้บริการใกล้บ้าน โดยเฉพาะคะแนนความคิดเห็นด้านการตอบสนองที่ได้คะแนนเฉลี่ยเต็ม 5 ซึ่งเกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการรับบริการที่สะดวกและรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับโครงการรับยาใกล้บ้านที่สามารถลดระยะเวลาารับยาและเวลาเดินทางได้ถึง 37.5 นาที¹⁰

ข้อจำกัดในการวิจัย

หลังจากที่มีการประกาศผ่อนคลายนโยบายกำหนดฉุกเฉินฯ เพื่อสกัดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ระยะเวลาในการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบ

เคลื่อนที่มีเพียง 2 เดือน อาจทำให้งานวิจัยนี้สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการดำเนินงานที่ไม่ครอบคลุมในประเด็นอื่น ๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาหลังเข้ารับบริการ เป็นต้น

การเก็บข้อมูลในส่วนแบบสอบถามที่ได้จากการติดต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์ อาจมีความคลาดเคลื่อนของความเข้าใจในชุดคำถามจากผู้สัมภาษณ์ ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจมี Bias เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

จากประสิทธิภาพของงานวิจัยนี้ ที่นอกจากการให้บริการที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่จะช่วยป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 แล้ว ยังมีประโยชน์ในแง่ของการลดความแออัดและอาจลดระยะเวลาารอคอยในการรับยาในโรงพยาบาลได้ ซึ่งงานวิจัยนี้ไม่ได้ตอบถึงระยะเวลาารอคอยว่าใช้เวลาลดลงเท่าใด จึงควรเก็บข้อมูลในส่วนนี้เพิ่มเติมและวิเคราะห์ความคุ้มค่าในการออกให้บริการที่หน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ หากมีสถานการณ์การระบาดระลอก 2

ควรเพิ่มความน่าเชื่อถือของงานวิจัยด้วยการวัด HbA1C แทนระดับน้ำตาลในเลือดของแต่ละครั้ง

หากมีการทำวิจัยครั้งถัดไป ควรมีการออกแบบและจัดทำแบบสอบถามขึ้นมาใหม่เพื่อจะได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงไปได้ด้วยดี ต้องขอขอบคุณ นพ.สมภพ สารวานิชกร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปราสาท ที่อนุญาตให้ดำเนินงานวิจัยในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลปราสาท

ขอขอบคุณ นศพ. วิภาวี เชื้อมัน นศพ. ศศิชา บัวเงิน นศพ. อิงอร ปอศรีและนศพ.ภัทรนันท์ สัตตรา (นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ระหว่างที่มาฝึกวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน ที่ช่วยกันเก็บข้อมูลในส่วนของระดับน้ำตาลและความพึงพอใจ

ขอขอบคุณ พญ. กนกกาญจน์ สว่างศรีสุทธิกุล ที่ช่วยตรวจสอบความถูกต้องของทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษในส่วนของบทคัดย่อ

และสุดท้าย ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปราสาททุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือดูแลและอำนวยความสะดวกการเก็บข้อมูลงานวิจัย โดยเฉพาะทีมหมอครอบครัว คลินิกหมอครอบครัว ชุมชนกึ่งแอ่นทุกท่าน ผู้ทำวิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก (WHO) ประเทศไทย. โรคติดเชื้อโคโรนา2019(โควิด 19): รายงานสถานการณ์โดยองค์การอนามัยโลก ประเทศไทย 27 มีนาคม 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2020 [เข้าถึงเมื่อ 4 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/2020-03-27-tha-sitrep-34-covid19-th.pdf?sfvrsn=bc5e7876_0
2. รัฐบาลไทย-ข่าวทำเนียบรัฐบาล-รัฐบาล ยืนยันคนไทยเดินทางผ่านงานสร้างการเข้าถึงวัคซีนโควิด 19 สำหรับคนไทย [Internet]. [cited 2020 Nov 23]. Available from: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/34588>
3. วิธีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อช่วงโควิด 19 [Internet]. [cited 2020 Nov 23]. Available from: <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/innovative-ways-to-care-for-ncd-patients-in-thailand-in-covid-19-time-th>
4. บริตตา หวังเกียรติ. “4 wave” ระบบสาธารณสุขไทย กับผลกระทบระยะยาวจาก “โควิด-19”. hfocus.org [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2020/04/19160>
5. ศิริพร เจริญศรีวิริยะกุล. คุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐจังหวัดปทุมธานี [การค้นคว้าอิสระ] บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการทั่วไป [บัณฑิตวิทยาลัย] ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2554.
6. Likert, R. The Method of Constructing and Attitude Scale. In Reading in Fishbein, M (Ed.), Attitude Theory and Measurement. New York: Wiley & Son: 1967. p. 90-95.
7. รานินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: บิสซิเนสอาร์แอนด์ดี. 2553.
8. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental Health Problems and Social Media Exposure During COVID-19 Outbreak [Internet]. Rochester, NY: Social Science Research Network; 2020 Feb [cited 2020 Sep 16]. Report No.: ID 3541120. Available from: <https://papers.ssrn.com/abstract=3541120>
9. hfocus.org [อินเทอร์เน็ต].สำรวจโควิด19 ทำคนไทยกินอาหารปรุงเองมากขึ้นกว่า 57.48% ซื้อมือถือสำเร็จน้อยลง. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2020/06/19588>
10. สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สปสช.เผยโครงการรับยาใกล้บ้านทะลุเป้า ลดความแออัดใน รพ. 10-20%. gnews.apps.go.th [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://gnews.apps.go.th/news?news=67601>
11. สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รพ.ขยายกลุ่มโรคเรื้อรัง “รับยาใกล้บ้าน” เพิ่ม ลดความเสี่ยงผู้ป่วยจากวิกฤติ “โควิด-19”. gnews.apps.go.th [อินเทอร์เน็ต]. 2563[เข้าถึงเมื่อ 16 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://gnews.apps.go.th/news?news=58713>
12. โสริยา พูลเกษ. ความคาดหวังของผู้ป่วยนอกต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์] สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2552.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลชลบุรี

Received: October 22, 2020; Revised: December 2, 2020; Accepted: December 23, 2020

แพทย์หญิงอัมรา บุญสาหร่าย

แพทย์ประจำบ้าน
สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลชลบุรี

อีเมล: janmdcu65@hotmail.com

บทคัดย่อ

ที่มา: ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลอย่างมาก ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นประเด็นที่ควรให้ความสนใจและได้รับการช่วยเหลือ

วัตถุประสงค์: ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 290 ราย ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2563 ที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยแบบสอบถามได้รับการตรวจสอบในด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = 0.707 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงสถิติด้วยสมการถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (multiple logistic regression)

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 56.2 จากการวิเคราะห์ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ได้แก่ สถานภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($p = 0.007$), รายได้ ($p < 0.001$) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ($p < 0.001$) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ($p = 0.016$) การกำเริบของโรคจิตเภทในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ($p = 0.007$) และความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย ($p < 0.001$)

สรุป: คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีปัจจัยทำนายหลายประการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น ให้ความสำคัญกับการรับประทานยาของผู้ป่วยเพื่อควบคุมไม่ให้อาการกำเริบ ส่งเสริมการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เสริม

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้ดูแลหลัก, ผู้ป่วยจิตเภท

ORIGINAL ARTICLE

Factors Related to the Quality of Life among Caregivers of Schizophrenia Patients in Chonburi Hospital

Received: October 22, 2020; **Revised:** December 2, 2020; **Accepted:** December 23, 2020

Abstract

Background: Schizophrenia is one of the most serious mental health illnesses in Thailand. These patients cannot take care of themselves thus requiring a caregiver. The quality of life among caregivers of these patients is of interest and calls for more support.

Objectives: To study the factors related to the quality of life among caregivers of patients diagnosed with schizophrenia.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted using a questionnaire among primary caregivers, in a total of 290 samples. The study was conducted from March to August 2020 at the Psychiatric Outpatient Department, Chonburi Hospital. The questionnaire contains demographic data of caregivers and patients' sickness data. The content validity and reliability (Cronbach's alpha coefficient = 7.07) of the questionnaire was approved utilizing the WHOQOL-BREF-THAI. Factors related to the quality of life among caregivers of patients diagnosed with schizophrenia were analyzed by multiple logistic regression.

Results: The results revealed that most caregivers (56.2%) had a moderate level of quality of life. The factors related to the quality of life among caregivers of schizophrenia patients ($p < 0.05$) were caregiver status ($p = 0.007$), income ($p < 0.001$), relationships between caregivers and patients ($p < 0.001$), years of caring for patients ($p = 0.016$), flare-up symptoms in a month ($p = 0.007$), and patient's communication skills ($p < 0.001$).

Conclusions: From this study, the quality of life of caregivers depended on multiple factors; therefore, the related organizations should give priority to the quality of life among caregivers of schizophrenia patients with attention to patient's compliance and occupational support.

Keywords: Quality of life, Caregiver, Schizophrenia

Ammara Bunsarai M.D.

Family Medicine Resident

Social Medicine Unit
Chonburi Hospital

Email:

janmdcu65@hotmail.com

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

องค์การอนามัยโลกกล่าวถึงโรคจิตเภทว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง มีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ สูญเสียความสามารถส่วนบุคคลทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทมากถึง 21 ล้านคน โดยครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม¹ โรคจิตเภทมีความชุกชั่วชีวิตประมาณร้อยละ 0.5-1 ของประชากรทั่วไป² สาเหตุของโรคประกอบด้วยหลายปัจจัย ทั้งทางกาย จิตใจและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากหลายด้าน ไม่สามารถดูแลตัวเองหรือประกอบอาชีพได้อย่างคนปกติทั่วไป³ เกิดการตีตราทางสังคม ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเองรวมทั้งอันตรายต่อญาติหรือผู้ดูแล⁴ จะเห็นว่าอาการของโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ซึ่งส่วนมากมักเป็นบุคคลในครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องรับภาระในการดูแล จึงต้องใช้ความอดทน อาจเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่าย และต้องปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน^{3,4} ดังนั้น การให้ความสำคัญกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นเรื่องที่ควรตระหนักถึง โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล คุณภาพชีวิตตามนิยามขององค์การอนามัยโลกคือ การรับรู้ของตนเองในเรื่องของคุณค่าชีวิต เป้าหมาย ความคาดหวังประกอบไปด้วย สุขภาพกาย สุขภาพจิต ความเชื่อ ความสัมพันธ์กับบุคคลต่าง ๆ ในสังคมและสิ่งแวดล้อม⁵

จากข้อมูลทางสถิติพบว่าปี พ.ศ. 2561 จังหวัดชลบุรีมีผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 4,964 ราย โดยในจำนวนนี้มี

จำนวนผู้ป่วยของเขตเมืองชลบุรี 2,359 ราย⁶ จากการสืบค้นของมูลเหตุการมารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลชลบุรี พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทมารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช ตามรายงานสรุปวินิจฉัยโรคตามหลัก ICD10 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560-27 กันยายน พ.ศ. 2562 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,950 ราย โดยเฉลี่ยแล้วประมาณ 975 รายต่อปี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยยังมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างน้อย ทำให้ผู้ทำวิจัยซึ่งเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยไม่เพียงดูแลเฉพาะตัวโรคของผู้ป่วยแต่ยังต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคนในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย โดยงานวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบไปด้วยปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ ปัจจัยของผู้ดูแล ปัจจัยของผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยด้านตัวโรค

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

กรอบแนวคิดคือ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ ปัจจัยของผู้ดูแล ปัจจัยของผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยด้านตัวโรค โดยในแต่ละปัจจัยหลักแยกเป็นหลายปัจจัยย่อย ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังแผนภูมิที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ขอบเขตประชากร

ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี

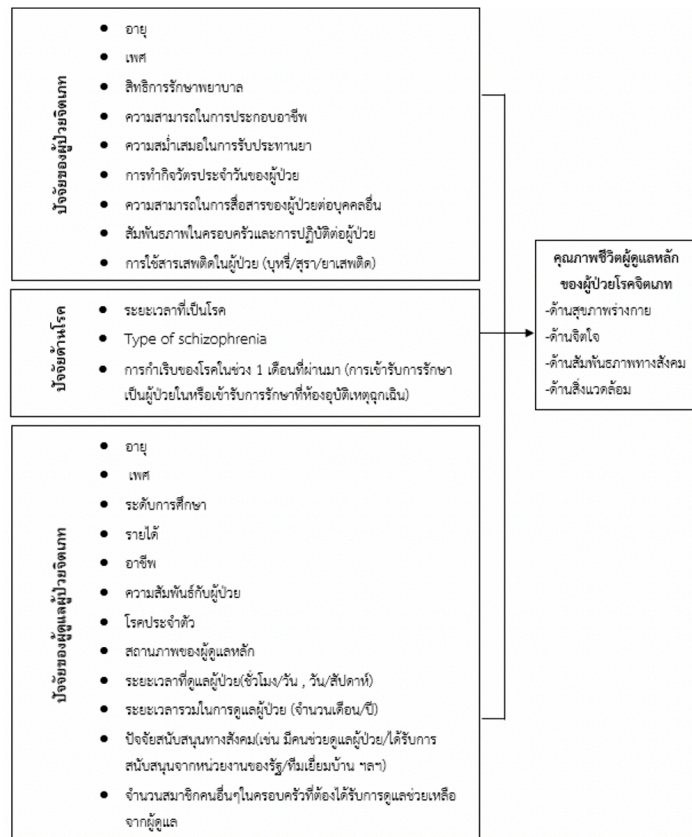
การคำนวณกลุ่มประชากรตัวอย่าง จากสูตรของ Thorndike⁷ โดย $N = 10k + 50$ (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และ k = จำนวนตัวแปรอิสระที่ศึกษา) โดยในการวิจัยนี้มีตัวแปรอิสระที่ศึกษา 24 ตัว เมื่อแทนค่า $k = 24$ จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 290 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ทำการเก็บข้อมูลโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามศึกษา (Inclusion Criteria)

- เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยจิตเภทได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทตามหลัก ICD10



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

- สามารถสื่อสารตอบคำถามได้ เข้าใจภาษาไทยได้ดี
- ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก
- ผู้ดูแลมีอายุ 20-60 ปี

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

- ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย
- ผู้ดูแลได้รับการวินิจฉัยหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย

การศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นการใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย (ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท) มีทั้งหมด 14 คำถาม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท มีทั้งหมด 11 คำถาม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF THAI)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามส่วนที่ 1 และ 2 ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ได้รับการตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือในด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item-objective Congruence หรือ IOC) หลังปรับแก้ตามคำแนะนำแต่ละข้อ มีคะแนน IOC มากกว่า 0.667 จากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับประชากรที่มีคุณลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายและหาค่าความเชื่อมั่นภายในโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = 0.707

แบบสอบถามส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF THAI) มีการศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) =

0.8406 ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.6515 (WHOQOL-BREF THAI) ทบทวนและปรับปรุงโดย สุวัฒน์ มัทนรินทร์กุลและคณะ⁸ จำนวน 26 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) = 0.8406

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องแสดงความยินยอมให้เก็บข้อมูล หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ ตลอดการตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะเป็นคนสัมภาษณ์และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาความเห็นชอบและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์ส่งเสริมวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี รหัสโครงการ 25/63/R/q

การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วย SPSS version 26

2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ จำนวนปีที่ดูแลผู้ป่วย จำนวนวันที่ดูแลผู้ป่วยต่อสัปดาห์ จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน จำนวนปัจจัยสนับสนุนทางสังคม จำนวนสมาชิกคนอื่นในครอบครัวที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ทำการคำนวณข้อมูลเชิงปริมาณและนำ

เสนอข้อมูลในรูปของตาราง ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย (Standard error of Mean) ความถี่ (Frequency)

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (multiple logistic regression) จำนวน 24 ปัจจัย ดังแผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ผลการวิจัย

จากผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 290 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ

56.2 (163 คน) มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และร้อยละ 43.8 (127 คน) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี

ข้อมูลประชากรของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภท

คุณลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 74.2 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 46.35 ± 11.023 ปี สถานภาพแต่งงาน/คู่ร้อยละ 58.3 ระดับการศึกษาส่วนมาก คือ ระดับชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 30.7 โดยมากผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 290)

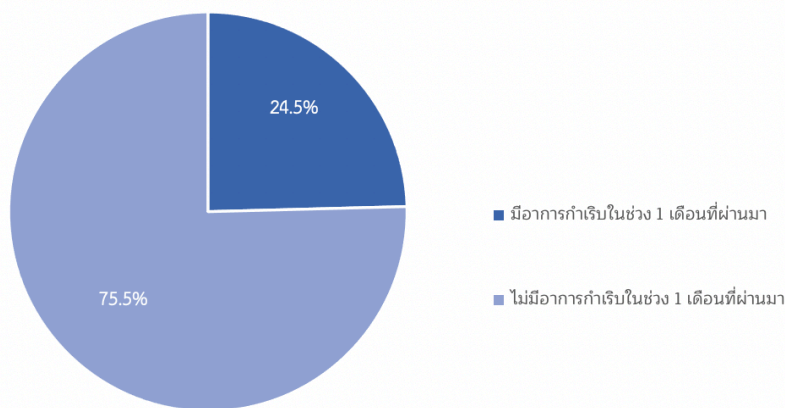
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ	$\bar{X} \pm 2SD$
เพศ			
หญิง	217	74.8	
ชาย	73	25.2	
อายุ(ปี)			46.35 ± 11.023
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าประถมศึกษา	32	11.0	
ประถมศึกษา	94	32.4	
มัธยมศึกษา	90	31.0	
ปวช./ปวส.	21	7.2	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	53	18.3	
รายได้(บาท)			$17,050 \pm 24,794.30$
อาชีพ			
รับจ้าง	67	23.1	
ค้าขาย/ธุรกิจ	89	30.7	
พนักงานบริษัทเอกชน	48	16.6	
แม่บ้าน	35	12.1	
บำนาญ/เกษียณ/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	32	11.0	
อื่น ๆ	19	6.6	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
สามี/ภรรยา/คู่ชีวิต	43	14.8	
บุตร	61	21.0	
บิดา/มารดา	90	31.0	
พี่/น้อง	67	23.1	
อื่น ๆ	29	10.0	
โรคประจำตัว			
มีโรคประจำตัว	119	41.0	
สถานภาพของผู้ดูแล			
โสด	52	17.9	
แต่งงาน/คู่	169	58.3	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย	69	27.8	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว(คน)			4.02 ± 2.122
จำนวนสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแล(คน)			0.25 ± 0.623

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (n = 290)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ	$\bar{X} \pm 2SD$
เพศ			
ชาย	161	55.5	
หญิง	129	44.5	
อายุ (ปี)			44.30±15.33
สิทธิการรักษาพยาบาล			
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	188	64.8	
เบิกจ่ายตรง	9	3.1	
ชำระเงินสด	36	12.4	
สิทธิผู้พิการ	31	10.7	
ประกันสังคม	26	9.0	
ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี)			9.97±8.282
Type of schizophrenia			
Paranoid Schizophrenia	269	92.8	
Catatonic Schizophrenia	1	0.3	
Undifferentiated Schizophrenia	18	6.2	
Simple Schizophrenia	2	0.7	
การกำเริบของโรคในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (มี/ไม่มีการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหรือรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน)			
มีการกำเริบ	71	24.5	
ความสามารถในการประกอบอาชีพ (ได้/ไม่ได้)			
ประกอบอาชีพได้	88	30.3	
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา			
รับประทานสม่ำเสมอ	244	84.1	
ลืมรับประทานบางครั้ง	30	10.3	
ลืมบ่อย	16	5.5	
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย			
ทำได้เองทั้งหมด	234	80.7	
ทำได้บ้าง ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน	45	15.5	
ทำไม่ได้เลย	11	3.8	
ความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่น			
สนทนาแลกเปลี่ยนความเห็นได้ดี	201	69.3	
สนทนาแลกเปลี่ยนความเห็นได้เป็นครั้งคราว	78	26.9	
สนทนาแลกเปลี่ยนไม่ได้/ไม่พูดเลย	11	3.8	
สัมพันธภาพในครอบครัวและการปฏิบัติต่อผู้ป่วย			
สัมพันธภาพดี มองผู้ป่วยด้านบวก	176	60.7	
สัมพันธภาพปานกลาง มีตำหนิบางครั้ง	103	35.5	
สัมพันธภาพไม่ดี มีการตำหนิผู้ป่วยบ่อยครั้ง	11	3.8	
การใช้สารเสพติดในผู้ป่วย (บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด)			
ไม่ใช้เลย	191	65.9	
ใช้บ้าง	39	13.4	
ใช้ประจำ	60	20.7	

คุณลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยเป็นเพศชายร้อยละ 55.5 อายุเฉลี่ย 44.30±15.33 ปี ผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 64.8 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทเฉลี่ย 9.97±8.282 ปี พบว่าเป็นชนิด Paranoid Schizophrenia ร้อยละ 92.8 ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 30.3 รับประทานยาสม่ำเสมอ ร้อยละ 84.1

สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ทั้งหมด ร้อยละ 80.7 สื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ดี ร้อยละ 69.3 มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ร้อยละ 60.7 ส่วนมากร้อยละ 65.9 ไม่ได้ใช้ยาเสพติด ดังตารางที่ 2 มีอาการกำเริบของโรคในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 24.5 ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงการกำเริบของโรคในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
(มี/ไม่มี การเข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในหรือรับการรักษานอกโรงพยาบาล)

ตารางที่ 3 ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและปัจจัยสนับสนุนทางสังคม (n = 290)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ	$\bar{X} \pm 2SD$
จำนวนชั่วโมงต่อวันที่ดูแลผู้ป่วย (ชั่วโมง)			12.25±8.391
จำนวนวันที่ดูแลผู้ป่วย (วัน)			6.43±1.295
จำนวนปีในการดูแลผู้ป่วย (ปี)			8±6.368
ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม(เช่น มีคนช่วยดูแลผู้ป่วย/ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ/ทีมเยี่ยมบ้าน ฯลฯ)			
ไม่มีปัจจัยสนับสนุนทางสังคม	149	51.4	
มี 1 ปัจจัย	133	45.9	
มี 2 ปัจจัยขึ้นไป	8	2.8	

ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและปัจจัยสนับสนุนทางสังคม พบว่า จำนวนชั่วโมงต่อวัน ในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย คือ 12.25 ± 8.391 ชั่วโมง จำนวนวันในหนึ่งสัปดาห์ที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 6.43 ± 1.295 วัน ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 8 ± 6.368 ปี และพบว่าส่วนมากร้อยละ 51.4 ไม่ได้รับปัจจัยสนับสนุนทางสังคมดังตารางที่ 3

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

วิเคราะห์โดยใช้สมการถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (multiple logistic regression) ที่ $p\text{-value} < 0.05$ โดยตัวแปรทั้งหมด 24 ตัวแปร พบว่า Goodness of fit (Hosmer-Lemeshow Goodness of Fit test) $p\text{-value} = 0.854$, Chi-square = 4.032 แสดงว่า

สมการมีความเหมาะสมกับข้อมูลดี Cox&Snell R Square = 0.406 แสดงว่า สมการโลจิสติกนี้อธิบายปัจจัยทำนายได้ร้อยละ 40.6, Omnibus Tests of Model Coefficients $P\text{-value} < 0.001$ แสดงว่าสมการถดถอยโลจิสติกมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ามี 5 ตัวแปรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนปีในการดูแลผู้ป่วย ($OR = 0.929$, $p = 0.030$) สถานภาพของผู้ดูแลแยกกันอยู่จะมีคุณภาพชีวิตที่แย่งร้อยละ 98.8 เมื่อเทียบกับสถานภาพโสด ($OR = 0.012$, $p = 0.003$) ผู้ที่มีรายได้ช่วง 10,001-20,000 บาท ($OR = 10.398$, $p < 0.001$) ผู้ที่มีรายได้ช่วง 20,001-30,000 บาท ($OR = 44.839$, $p < 0.001$) และผู้ที่มีรายมากกว่า 30,000 บาท ($OR = 10.417$, $p =$

ตารางที่ 4 แสดงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยแสดงเฉพาะปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (n = 290)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับดี			
	B	Odds ratio	95%CI	p
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	-0.073	0.929	0.876-0.986	0.030
การกำเริบในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	-1.132	0.322	0.142-0.730	0.007
สถานภาพ				
โสด	-	1 (reference)		
แยกกันอยู่	-4.449	0.012	0.001-0.231	0.003
รายได้ของผู้ดูแล				
น้อยกว่า 5,000 บาท	-	1 (reference)		
10,001 – 20,000 บาท	2.342	10.398	3.558-30.393	<0.001
20,001 – 30,000 บาท	3.803	44.839	9.085-221.295	<0.001
มากกว่า 30,000 บาท	2.343	10.417	2.644-41.032	0.001
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย				
สามี/ภรรยา/คู่ชีวิต	-	1 (reference)		
พี่/น้อง	1.478	4.385	1.431-13.438	0.010
อื่น ๆ	1.959	7.095	1.901-26.481	0.004
ความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่น				
สนทนาแลกเปลี่ยนความเห็นได้ดี	-	1 (reference)		
สนทนาแลกเปลี่ยนความเห็นได้บางครั้ง	-1.612	0.199	0.087-0.457	<0.001

0.001) ทั้ง 3 กลุ่มรายได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นพี่หรือน้องจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 4.385 เท่าเมื่อเทียบกับความสัมพันธ์แบบสามี/ภรรยา/คู่ (OR = 4.385, p = 0.010) ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง ร้อยละ 67.8 เมื่อเทียบกับผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีอาการกำเริบในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา (OR = 0.322, p = 0.007) ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการสื่อสารกับผู้อื่นได้บางครั้งจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลแย่งลงร้อยละ 80.1 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ดี (OR = 0.199, p < 0.001) ดังตารางที่ 4

อภิปราย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากจัดอยู่ในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁹⁻¹¹ ส่วนมากผู้ดูแลเป็นเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 50¹²

เนื่องจากผู้หญิงเป็นเพศที่ละเอียดอ่อนมีความใส่ใจในการดูแลและทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลได้ดี ผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 40-60 ปี ใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่อายุของผู้ดูแลเฉลี่ยอยู่ที่ 51.4 ปี¹² ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วยโดยมาก คือบิดาหรือมารดา สอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษา¹²⁻¹³ การศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลส่วนมากไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 59 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้¹² ลักษณะของผู้ป่วยเป็นเพศชายร้อยละ 55.5 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลและอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทที่พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง^{1,2} ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน 12.25±8.391 ชั่วโมงมากกว่าการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลต่อวันอยู่ที่ 4 ชั่วโมง¹² ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในการศึกษานี้ คือ 8±6.368 ปี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปีเป็นส่วนมาก¹²

จำนวนปีในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 ปี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้

ดูแลแย่งร้อยละ 7.1 (OR = 0.929, p = 0.030) ใกล้เคียงกับการศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในประเทศเกาหลีที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา¹⁴ สถานภาพของผู้ดูแลแยกกันอยู่จะมีคุณภาพชีวิตที่แย่งลง เมื่อเทียบกับสถานภาพโสด (OR = 0.012, p = 0.003) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าสถานภาพไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท¹¹ ในภาพรวมผู้ที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาท มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่ว่า รายได้ที่ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยในแง่ลบ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล^{12,14} ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาหนึ่งที่พบว่า รายได้ไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล¹¹ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นพี่หรือน้องจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 4.385 เท่า เมื่อเทียบกับความสัมพันธ์แบบสามี/ภรรยา/คู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประเทศโครเอเชียที่พบว่า คนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดผู้ป่วย เช่น พ่อ/แม่/บุตร จะมีคุณภาพชีวิตที่แย่งกว่าญาติลำดับอื่น ๆ¹⁵ ผู้ป่วยมีอาการกำเริบในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง และผู้ป่วยที่มีความสามารถในการสื่อสารกับผู้อื่นได้บางครั้งจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลแย่งลงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเกาหลีที่พบว่าระดับการพูดจาสับสนและอาการหลงผิดของผู้ป่วยส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล¹⁴

สรุป

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีทั้งปัจจัยที่แก้ไขได้และแก้ไขไม่ได้ โดยปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ เช่น ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยที่มากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตแย่งลง ในฐานะแพทย์อาจซักถามและให้กำลังใจ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกมีกำลังใจมากขึ้น ในส่วนของรายได้ อาจมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมการประกอบอาชีพหารายได้เสริม สอบถามอาการ และการรับประทานยาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคุมอาการได้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น และลดภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลได้^{15,16} ทีมแพทย์และพยาบาลควรให้ความสำคัญในประเด็น คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เนื่องจากคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ดีส่งผลต่ออาการเชิงบวกของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ¹⁷

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์หญิงปริญญ์ พรประเสริฐ แพทย์หญิงโสธยา วงศ์วิไล อาจารย์แพทย์สาขาจิตเวชศาสตร์ แพทย์หญิงอารียา สมบูรณ์เกื้อ และพยาบาลวิชาชีพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่องที่บ้าน กลุ่มการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชลบุรี พยาบาลวิชาชีพสุรินทร์ ตั้งแต่ง ที่ได้ให้ความกรุณาสละเวลาให้คำปรึกษาการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Schizophrenia [Internet]. WHO. World Health Organization; 2019 [cited 2019 Nov 24]. Available from: https://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/
2. เสาวลักษณ์ สุวรรณโมติ, อนงค์นุช ตาโคตร, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุริกรรณ์ เสี่ยงล้ำ, วีร์ เมฆวิสัย, บรรณารักษ์การ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยอิมเมจ; 2560.
3. ศิริยา นันสุนานนท์. โรคจิตเภท. J Health Res 2001; 15(2): 139-55.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรระดับปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 24 พ.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: [https://](https://www.nhso.go.th/)
5. World Health Organization. WHOQOL-100 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1995 Feb [cited 2019 Nov 28]. Available from: <https://www.who.int/healthinfo/survey/WHOQOL-100.pdf?ua=1>
6. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานตามตัวชี้วัดกระทรวง จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการจำแนกกลุ่มโรคและสิทธิ. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; [เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php?sele_kpiyear=2020&level=1&sele_kpi=d36f6c38999d128132513933e36a848a
7. Krause B. THORNDIKE, R. M.: Correlation Procedures for Research. Gardner Press. New York 1978. Biom J 1978; 21(4): 183-4.
8. สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย(WHOQOL-BREF-THAI). [อินเทอร์เน็ต]. จังหวัดเชียงใหม่; 2545 [เข้าถึงเมื่อ 24 พ.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
9. เสาวลักษณ์ ยาสารณ. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
10. Kolyanee A, Dangdomyouth P, Aumtanee A. Selected Factors Relating to Quality of life among Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia at Home. JOPN 2015;7(1):128-140.
11. รุ่งอรุณ โตศักดิ์โรจน์, ศันสนีย์ ประทุมศรี, กนกวรรณ บุญอริยะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้ในสถานจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา 2009; 3(1): 1-11.
12. ทศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์, กฤตณัย แก้วยศ, ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, เกษรมาศ อยู่ถิ่น. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา 2016; 10(2): 23-35.
13. Basheer S, Anurag K, Garg R, Kumar R, Vashisht S. Quality of life of caregivers of mentally ill patients in a tertiary care hospital. Ind Psychiatry J 2015; 24(2): 144.
14. Maeng S-R, Kim W-H, Kim J-H, Bae J-N, Lee J-S, Kim C-E. Factors Affecting Quality of Life and Family Burden among the Families of Patients with Schizophrenia. Korean J Schizophr Res 2016;19(2):78.
15. Margetić BA, Jakovljević M, Furjan Z, Margetić B, Boričević Maršanić V. Quality of Life of Key Caregivers of Schizophrenia Patients and Association with Kinship. Cent Eur J Public Health 2013;21(4): 220-3.
16. Souza ALR, Guimarães RA, de Araújo Vilela D, de Assis RM, de Almeida Cavalcante Oliveira LM, Souza MR, et al. Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: a cross-sectional study. BMC Psychiatry 2017;17(1):353.
17. Caqueo-Urizar A, Alessandrini M, Urzúa A, Zendjidian X, Boyer L, Williams DR. Caregiver's quality of life and its positive impact on symptomatology and quality of life of patients with schizophrenia. Health Qual Life Outcomes 2017; 15(1): 76.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้การเตือน กับ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Received: October 29, 2020; Revised: December 3, 2020; Accepted: December 23, 2020

บทคัดย่อ

แพทย์หญิงณัชชา เจริญสรรพกิจ

แพทย์ใช้ทุนเพื่อสอบวุฒิปริญญา
เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลชลบุรี

อีเมล doubledonut_dip@hotmail.com

วัตถุประสงค์: แม้ว่าภาครัฐได้มีการจัดทำโครงการเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แต่ผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองยังมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้การเตือนกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลสุขภาพ และปรับใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์แบบแผนความเชื่อสุขภาพ การรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Thai CV risk score) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's correlation coefficient)

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง 345 คน มีการรับรู้แบบแผนความเชื่อสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.343$, $p\text{-value} = 0.000$) ด้านการรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมองพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.358$, $p\text{-value} = 0.000$)

สรุป: แบบแผนความเชื่อสุขภาพ และการรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อสุขภาพ, โรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

ORIGINAL ARTICLE

Relationships between the Health Belief Model, Warning Sign Perception and Preventive Behavior of Stroke in Patients with Hypertension

Received: October 29, 2020; Revised: December 3, 2020; Accepted: December 23, 2020

Natchar Charoensuppakit,
MD.

Family medicine Resident

Social Medicine,
Chonburi Hospital

E-mail doubledonut_dip@hotmail.com

Abstract

Objectives: Strokes are the fifth leading cause of death in the world and the primary cause of death in Thailand. The most important risk factor for stroke is hypertension. Although the government has developed a stroke prevention program to educate people regarding self-care in hypertensive patients, the number of stroke cases continues to increase every year. Therefore, the researcher is interested in studying the relationships between the health belief model, warning sign perception, and preventive behavior of strokes among hypertensive patients.

Method: A cross-sectional study was performed among hypertensive patients who were attended by purposive sampling. The instrument utilized questionnaires including demographic data, a health belief model questionnaire, a stroke warning signs questionnaire, a stroke preventive behavior questionnaire, and a stroke risk screening form. Data were analysed using Spearman's correlation coefficient

Result: The study of 345 participants shows the relationships between their perceived health belief model and stroke preventive behavior. A moderately positive relationship with statistical significance ($r = 0.343$, $p\text{-value} = 0.000$) was shown. The perceived stroke warning signs and stroke preventive behavior had a moderately positive relationship with statistical significance ($r = 0.358$, $p\text{-value} = 0.000$).

Conclusion: The relationship between a perceived health belief model, perceived stroke warning sign and stroke preventive behavior, demonstrated a positive relationship with the statistical significance of 0.05.

Keywords: Health belief model, Stroke, a Perceived stroke warning sign

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) เป็นโรคเจ็บป่วยเรื้อรังที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ส่งผลกระทบหลายด้านทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมา เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ยังส่งผลต่อครอบครัว ทำให้ต้องมีสมาชิกในครอบครัวมาดูแล ทั้งยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทั้งในระดับชุมชนและระดับประเทศเป็นอย่างมาก^{1,2} ทั้งที่เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยลดปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมลง ทำให้ทางองค์การอนามัยโลกเห็นว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน³ ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุที่ทำให้ประชากรโลกเสียชีวิตมากเป็นลำดับที่ 5 ในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 6.7 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกได้ประมาณไว้ว่า ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงถึง 970 ล้านคน ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากโรคความดันโลหิตสูง และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 1.56 พันล้านคนทั่วโลก^{4,5} ในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากเป็นลำดับที่ 1 ทั้งในเพศชายและหญิง ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 50 มีภาวะทุพพลภาพ⁶ และเสียชีวิตสูงขึ้นทุกปี⁷ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีโรคความดันโลหิตสูงเดิมอยู่ก่อนจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึง 62.5% และเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 7 เท่า แต่ถ้าม

การปรับพฤติกรรมสุขภาพจะช่วยป้องกัน การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 40⁸ ซึ่งในประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1,1146.7 ต่อประชากรแสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี⁹

สำหรับสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2557-2560 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 1,556 เป็น 2,074 คน¹⁰ ถึงแม้ภาครัฐจะมีการจัดทำโครงการต่าง ๆ เช่น จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการคัดกรองความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง แต่อัตราการตายของโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้ลดลง และมีแนวโน้มสูงขึ้นแบบแผนความเชื่อสุขภาพโดยโรเซนสต็อก ซึ่งประกอบไปด้วย การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรม ป้องกันโรค อธิบายไว้ว่า การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคนั้น จะต้องมีความเชื่อว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค รู้ว่าความรุนแรงของโรคส่งผลต่อการดำเนินชีวิต และรู้ว่าการกระทำที่ดีมีประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้¹¹ เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อสุขภาพ อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง กับพฤติกรรมป้องกันสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การวิจัยนี้จึงเกิดขึ้นเพื่อที่จะศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อสุขภาพ อาการเตือนโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อใช้ประกอบเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่แผนกคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มงานเวชกรรม โรงพยาบาลชลบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรที่จะศึกษา

เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่กลุ่มงานเวชกรรม โรงพยาบาลชลบุรี ในช่วงเดือนมกราคม-ธันวาคม พ.ศ.2562 และยินยอมตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 345 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion criteria)

- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่แผนกคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มงานเวชกรรม โรงพยาบาลชลบุรี
- อายุตั้งแต่ 35 - 70 ปี

- มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์การคัดเลือกละเลยการวิจัย (Exclusion criteria)

- เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตกมาก่อน
- เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ (หัวใจขาดเลือดและหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial fibrillation)
- ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน
- สามารถยุติการให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

- แบบฟอร์มเอกสารแสดงความยินยอมอาสาสมัครวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าว
- แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี) ประวัติสูบบุหรี่ ดื่มสุรา
- แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน เกี่ยวกับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ลำดับ คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ
- แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า

(rating scale) 3 ลำดับ คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ

- แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ลำดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย
- แบบคัดกรองระดับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ (Thai CV risk)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ หาความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายประชากร

ข้อมูลแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินผลแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากคะแนนเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการรับรู้ที่ได้ คือ Mean $\pm$ 1/2 S.D. ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ระดับดี หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง Mean + 1/2 S.D. ถึงคะแนนสูงสุด
- ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง Mean $\pm$ 1/2 S.D.
- ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุดถึง Mean - 1/2 S.D.

วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's correlation coefficient)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.2 อายุเฉลี่ย 54 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.2 มีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 58.8 ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 63.5 หรือไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 64.3 มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 53.9 รองลงมาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 24.1 (ดังตารางที่ 1)

ระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 40.9 เมื่อพิจารณาแบบแผนความเชื่อสุขภาพรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 37.4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 37.7 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.8 และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.6 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 345)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	158	45.8
หญิง	187	54.2
อายุ (ปี)		
35-43	62	18.0
44-52	112	32.5
53-61	91	26.4
62-70	80	23.2
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	71	20.6
รับจ้าง	125	36.2
เกษตรกร	9	2.6
ธุรกิจส่วนตัว /ค้าขาย	77	22.3
ข้าราชการ	20	5.8
พนักงานบริษัท	43	12.5
ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี)		
1-5 ปี	203	58.8
6-10 ปี	87	25.2
>10 ปี	55	15.9
ประวัติการสูบบุหรี่		
สูบ	82	23.8
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	44	12.8
ไม่เคยสูบ	219	63.5
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์		
ดื่ม	123	35.7
ไม่ดื่ม	222	64.3
ระดับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
ต่ำ (< 10%)	186	53.9
ปานกลาง (10-20%)	76	22.0
สูง (20-30%)	83	24.1

การรับรู้การเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 37.7 (ตารางที่ 2)

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.8 (ตารางที่ 2)

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่า การรับรู้แบบแผนความเชื่อสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.343$, $p\text{-value} = 0.000$) หากวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบแผนความเชื่อสุขภาพรายด้านกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม		
- ระดับดี	141	40.9
- ระดับปานกลาง	105	30.4
- ระดับต่ำ	99	28.7
Mean = 84.74 , S.D. =10.49		
การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน		
1. ระดับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
- ระดับดี	129	37.4
- ระดับปานกลาง	128	37.1
- ระดับต่ำ	88	25.5
Mean = 30.35, S.D.=4.91		
2. ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง		
- ระดับดี	130	37.7
- ระดับปานกลาง	126	36.5
- ระดับต่ำ	89	25.8
Mean = 17.99, S.D.= 2.93		
3. ระดับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง		
- ระดับดี	125	36.2
- ระดับปานกลาง	127	36.8
- ระดับต่ำ	93	27.0
Mean = 17.77, S.D.= 3.21		
4. ระดับการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง		
- ระดับดี		
- ระดับปานกลาง	100	29.0
- ระดับต่ำ	123	35.6
Mean = 18.61 ,S.D.= 3.24		
ระดับการรับรู้การเตือนโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกเฉียบพลัน		
ระดับดี	130	37.7
ระดับปานกลาง	120	34.8
ระดับไม่มีดี	95	27.5
Mean = 22.43 ,S.D.=4.09		

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละ จำแนกตามระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	121	35.1
ระดับปานกลาง	127	36.8
ระดับไม่มีดี	97	28.1
Mean = 50.60 ,S.D.= 11.78		

ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.281$, $p\text{-value} = 0.000$) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทางสถิติที่ ($r = 0.286$, $p\text{-value} = 0.000$) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.287$, $p\text{-value} = 0.000$) และด้าน

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลการรับรู้	พฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	0.343(**)	0.000
การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน		
1. การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	0.281(**)	0.000
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	0.286(**)	0.000
3. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.287(**)	0.000
4. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.182(**)	0.001
การรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	0.358(**)	0.000

** p-value = 0.05

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.182$, $p\text{-value} = 0.001$) สำหรับด้านการรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.358$, $p\text{-value} = 0.000$) (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.343$, $p\text{-value} = 0.000$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่าแบบแผนความด้านเชื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคสอดคล้องกับงานวิจัยของพิชามญญ์ คำแพร่ดี⁸ ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าหนึ่งในปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock (1974)¹¹ ที่เชื่อว่าบุคคลจะหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคก็ต่อเมื่อเขามีความเชื่อว่า 1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2. การเป็นโรคจะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อชีวิตของตนเอง 3. การกระทำจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรง เมื่อวิเคราะห์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่าผลเป็นดังนี้

1. ด้านการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.281$, $p\text{-value} = 0.000$) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ กานตริชา กำแพงแก้ว¹² ที่ศึกษาในผู้สูงอายุระหว่าง 60-79 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าขัดแย้งกับหลายการศึกษา^{13,14} ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่กลุ่มตัวอย่างรับ

รุ่มมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง อธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว จึงทำให้มีความรู้เกี่ยวกับผลของภาวะความดันโลหิตสูงเป็นอย่างดี แต่ขัดแย้งกับงานวิจัยนี้ที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้มากที่สุด คือผู้สูงอายุ แต่สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงสุดในประเทศไทย คือภาวะความดันโลหิตสูง โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโรคความดันโลหิตสูงอยู่เดิมถึง 62.5%⁸ และจากการศึกษาของ Amelia K. Boehme¹⁵ พบว่าความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น เพื่อให้ตระหนักรู้ว่าโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ จะได้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อสุขภาพที่ว่ามนุษย์เราจะมีพฤติกรรมที่ดี ต้องมีความเชื่อว่าตนเองนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือพฤติกรรมนั้น¹⁶

2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.286$, $p\text{-value} = 0.000$) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของกษมา เชียงทอง¹⁷ ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี ซึ่งการที่ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากเท่าใด จะทำให้ระยะเวลาในการรับการรักษาของผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองลดลง และสามารถรับยาลดไขมันเล็ดทางหลอดเลือดดำได้ทันทางที่¹⁸

3. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.287$, $p\text{-value} = 0.000$) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง ขัดแย้งกับการศึกษาของสุพร หุตากร¹⁹ ที่ทำการศึกษากับผู้ต้องขังที่รักษาที่ทัณฑสถาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ ซึ่งสาเหตุที่ผลการวิจัยออกมาแตกต่างกัน เนื่องจากในการศึกษาของสุพร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 25-35 ปี ซึ่งยังเป็นวัยรุ่นตอนปลาย เข้าวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ก็จะมีร่างกายที่แข็งแรง ทำให้ยังมองว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นเรื่องไกลตัว จึงทำให้ยังไม่ค่อยรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเท่าที่ควร

4. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.182$, $p\text{-value} = 0.001$) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา เหมือนมี²⁰ ซึ่งการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกัน

โรค พฤติกรรมของผู้ป่วย และยังสามารถทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเตือนโรคหลอดเลือดสมอง กับ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ด้านการรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.358$, $p\text{-value} = 0.000$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของกษมา เชียงทอง¹⁷ และอาการเตือนที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในงานวิจัยนี้รับรู้มากที่สุด ได้แก่ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขน/ขาข้างใดข้างหนึ่งทันที และการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในระดับดี ทำให้สามารถรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง เป็นอันตรายถึงชีวิต ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมารับการรักษาได้ทันเวลาที่ ทำให้ได้รับการรักษาเร็วขึ้น และสามารถรักษาได้ตามแนวทางที่เหมาะสม^{12, 21}

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ ท้วมผิวทอง²² พบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{16,19,23-25} และการรับรู้การเตือนสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

สอดคล้องกับการศึกษาของกานต์ธิดา¹² ที่พบว่าการรับรู้การเตือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลวิจัยอาจอธิบายได้จากผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจุบันมีการณรงค์ให้ความรู้ประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีความรู้ในการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

สรุปผลการวิจัย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าคนที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคนั้น จะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรค รู้ว่าความรุนแรงของโรคส่งผลต่อการดำเนินชีวิต และรู้ว่าการกระทำที่ดีมีประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลจัดโปรแกรมสุขภาพให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลวิจัยพบว่า แบบแผนความเชื่อสุขภาพโดยรวมและรายด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถนำไปเป็นข้อมูลจัดโปรแกรมสุขภาพให้ความรู้รายบุคคลหรือรายกลุ่ม โดยมุ่งเน้นสื่อการสอนให้กลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรม

ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

จากผลวิจัยพบว่า อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถนำไปส่งเสริมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต โดยเน้นย้ำถึงอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อทำให้เกิดความตระหนักถึงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น และสามารถจัดการภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสมและไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาได้อย่างทันท่วงที

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้จำเป็นต้องมีการสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหนังสือเองได้ จะต้องมีเจ้าหน้าที่ทั้งแพทย์ พยาบาลเป็นผู้ช่วยอ่านคำถามในแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง และช่วยเลือกคำตอบตามที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ ทำให้กลุ่มตัวอย่างบางคนเกรงใจไม่กล้าบอกพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน

ด้านลบตามความเป็นจริง ทำให้ไม่สามารถได้คำตอบตามความเป็นจริงได้

การศึกษานี้ทำในกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาที่กลุ่มงานเวชกรรมโรงพยาบาลชลบุรี ซึ่งถ้ามีการทำวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่อื่น ๆ ผลที่ได้จากการทำวิจัยอาจจะแตกต่างกับผลการวิจัยชิ้นนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์มาลินี นุญรัตน์พันธุ์ ที่ให้คำปรึกษาจนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงไปด้วยดี และขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://administer.pi.ac.th/uploads/1452169447704294006278.pdf>
- พรปวีณ์ ชื่นใจเรือง, สุมาลี เอี่ยมสมัย. การให้ความหมายและการจัดการความทุกข์ทรมานจากความพิการในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2557; 9(4): 170-177.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. ชุดรูปแบบบริการในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaincd.com/documentdetection_and_prevention_control_Package.pdf
- World Health Organization. Death from stroke [Internet]. WHO; 2002 [cites 2019 Oct 30]. Available from: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_16_death_from_stroke.pdf?ua=1
- กมลชนก เทพสิทธิ์. โรคความดันโลหิตสูง [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015/aesr2558/hypertension.pdf>

6. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายระหว่างประเทศ; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 30 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://bodthai.net/download>
7. ศุภวรรณ มโนสุนทร. รายงานการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง [อินเทอร์เน็ต]. กรมควบคุมโรค; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 30 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://www.interfctphailand.net/forecast/files/report_2014/.pdf
8. พิชามณูญ์ คำแพร่ดี, อติศักดิ์ สัตย์ธรรม. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 2559; 16(1): 66-78.
9. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ: ทรินิตี้; 2562
10. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาขาลดเลือดสมอง. แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด พ.ศ.2561 [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 3 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://bie.moph.go.th/e-insreport/file_report/2018-06-29-03-48-54-11.doc
11. นิวัฒน์ รัชชสิทธิ์, กรรณิกา เรืองเดช, บุญสิทธิ์ ไชนชนะวาด. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดยะลา. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ 2553; 7(2): 88-100.
12. กานต์ธิชา กำแพงแก้ว, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, วิมล สีนพกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้การเตือนและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558; 25(2):40-56,
13. ประไพ กิตติบุญถวัลย์, ศิริธร ยิ่งแรงเรือง, ศุภลักษณ์ ศรีธัญญา. การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2559; 23(3):132-141.
14. Pancinoli AM, Broderick J, Kothari R, et al. et al. Public Perception of Stroke Warning Signs and Knowledge of Potential risk factors. Arch Intern Med 1998; 279(16): 1288-1292
15. Boehme AK, Esenwa C, Elkind MSV. Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention. Circ Res 2017; 120(3): 472-495. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.116.308398. PubMed PMID: 28154098
16. เพ็ญฟ้า สีสวย. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550
17. กษมา เขียงทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้การเตือน และพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
18. กัญจน์ณิชา เยียดโรสง, อภิญา วังศุทธิโยธา, พงนิย ฐิติสัง. ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากเกิดอาการในระยะเฉียบพลัน. วารสารการพยาบาล. 2562; 37(1): 148-156.
19. สุพร นุตากร. พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ต้องขังทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2549.
20. วาสนา เหมือนมี, สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์, ชมนาด วรรณพรศิริ, ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาล 2558; 9(2):156-165.
21. สายฝน เติบสูงเนิน, ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. ระดับการรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต. ครีนครินทร์เวชสาร 2560; 32(5):482-490.
22. พัชรินทร์ ท่วมผิวทอง. พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทหารผ่านศึก [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2559.

22. พัชรินทร์ ท่วมผิวทอง. พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทหารผ่านศึก [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2559.
23. ยุทธนา ชนะพันธ์, ดาวิวรรณ เศรษฐธรรม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2563]; 21(2): 109-119. เข้าถึงได้จาก: <http://thaidj.org/index.php/JSNH/article/view/5541/5413>
24. สุริยา หล้าก้า, ศิราณีย์ อินทรหนองไผ่. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง. วารสารพยาบาลตำรวจ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2563]; 9(2): 85-93. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/107958>
- 25.สุ หัสสา ทิจะยัง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2557.

นิพนธ์ต้นฉบับ

สัดส่วนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหมอครอบครัวนครนนท์ 1

Received: August 31, 2020; Revised: October 20, 2020; Accepted: December 23, 2020

แพทย์หญิงสุชานัน แก้วสุข

ศูนย์บริการสาธารณสุข

เทศบาลนครนนทบุรี

อีเมล: pye.suchanan@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสัดส่วนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การนอน อาหารและโภชนาการ และการสนับสนุนจากครอบครัว ในคลินิกหมอครอบครัวนครนนท์ 1

แบบวิจัย: การวิจัยภาคตัดขวาง

วัสดุและวิธีการศึกษา: เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม รูปแบบคำถามปลายเปิด เติมคำในช่องว่าง สัมภาษณ์ และการวัดระดับน้ำตาลในเลือดจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 127 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่สามารถควบคุมและกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยพิจารณาจากอายุ โรคประจำตัวร่วม และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.6 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ได้แก่ การประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ($OR_{adj} = 16.322$, $95\%CI = 1.432-186.058$) การนับถือศาสนาพุทธ ($OR_{adj} = 5.049$, $95\%CI = 1.060-24.036$) การมีระยะเวลาในการนอนหลับ 5.00-5.99 ชั่วโมง ($OR_{adj} = 0.051$, $95\%CI = 0.006-0.458$)

สรุป: สัดส่วนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ยังต่ำกว่าเป้าหมายของประเทศ จึงควรพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เฝ้าระวังติดตามผู้มีปัจจัยเสี่ยงในการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลอย่างใกล้ชิด และเน้นให้ความรู้เรื่องระยะเวลาการนอนที่เหมาะสม

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2, คลินิกหมอครอบครัว, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ORIGINAL ARTICLE

Proportion and Associated Factors of Poor Glycemic Control among Type 2 Diabetes Mellitus Patients in a Primary Care Cluster, Nakorn-Nont 1

Received: August 31, 2020; **Revised:** October 20, 2020; **Accepted:** December 23, 2020

Abstract

Objectives: This study aimed to determine the proportion and associated factors including baseline characteristics, sleep, food and nutrition, and family support of poor glycemic control among type 2 diabetes mellitus patients in a primary care cluster, Nakorn-Nont 1.

Design: This was a cross-sectional study.

Materials and Methods: The study population ($n = 127$) was obtained by simple random sampling from type 2 diabetes mellitus patients in a primary care cluster, Nakorn-Nont 1. Data were collected from the questionnaire, consisting of close-ended questions, short answers, checklist, and rating scales, from January to February 2020. Both groups of patients, good and poor glycemic control, were classified by age, underlying disease, and Hemoglobin A1c (HbA1c) target according to Clinical Practice Guidelines for Diabetes 2017.

Results: Of the total 127 patients, 82 (64.6%) had poor glycemic control. In this study, self-employment ($OR_{adj} = 16.322$, 95% $CI=1.432-186.058$), Buddhist ($OR_{adj} = 5.049$, 95% $CI = 1.060-24.036$), 5 - 5.99 hours of sleep ($OR_{adj} = 0.051$, 95% $CI = 0.006-0.458$) were significantly associated ($p < 0.05$) with poor glycemic control.

Conclusions: The proportion of good glycemic control patients in a primary care cluster, Nakorn-Nont 1 (35.4%) was below the country's target. Therefore, a more effective diabetic care system should be developed with a focus on monitoring and caring for patients and factors associated with closer glycemic control and education regarding the optimal duration of sleep for diabetic patients.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, primary care cluster, glycemic control

Suchanan Kaewsuk,
MD.

Nonthaburi Municipality
Public Health Center

E-mail: pye.suchanan@gmail.com

ความสำคัญและที่มา

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ¹ รายงานว่า พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่ 4.2 ล้านราย และคาดการณ์ว่า พ.ศ. 2588 จะเพิ่มขึ้นเป็น 5.2 ล้านราย จากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC)² พบว่า พ.ศ. 2561 อำเภอเมืองนนทบุรีมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 15,078 ราย คิดเป็น ร้อยละ 4.1 ของประชากร โดยมีผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 26.9 ของจำนวนผู้ป่วย และพบว่าสถิติของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัวนครนนท์ 1 ซึ่งเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วยศูนย์บริการสาธารณสุขสุขเทศบาลนครนนทบุรี ที่ 5 และ 6 มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี แต่ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดียังต่ำกว่าเป้าหมายของประเทศ โดย พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยจำนวน 304 ราย ในจำนวนนี้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีร้อยละ 27

จากการศึกษาแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน³⁻⁶ และทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย⁷ พบว่าปัจจัยด้านการนอน ด้านอาหารและโภชนาการ และการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านการนอน⁸⁻¹¹ พบว่าระยะเวลาในการนอนหลับที่ไม่เหมาะสม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการไม่สามารถควบคุม

ระดับน้ำตาล แต่ยังไม่สามารถระบุทิศทางได้ เนื่องจากแต่ละการศึกษาที่มีข้อมูลช่วงระยะในการนอนหลับต่างกัน และมีปัจจัยพื้นฐานอื่น ๆ เช่น อายุ เข้ามาเกี่ยวข้องจากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านอาหารและโภชนาการ^{12,13} และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัว¹⁴⁻¹⁷ พบว่ายังมีความสัมพันธ์ที่ไม่ชัดเจนกับตัวแปรดังกล่าว ซึ่งจากข้อมูลข้างต้นพบว่า ผลการศึกษายังมีความหลากหลาย ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นนี้ในคลินิกหมอครอบครัวนครนนท์ 1 และยังไม่มีการศึกษาที่ลงรายละเอียดอย่างเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ

การศึกษานี้ จึงจัดทำเพื่อศึกษาสัดส่วน และปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยด้านการนอน ปัจจัยด้านอาหารและโภชนาการ และการสนับสนุนจากครอบครัว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหมอครอบครัวนครนนท์ 1 ที่มีพื้นที่รับผิดชอบครอบคลุมหมู่ 2-5 ตำบลท่าทราย อำเภอเมืองนนทบุรี ซึ่งเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคนและผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน และจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับปัจจัยของผู้ป่วยและบริบทของพื้นที่ เพื่อควบคุมค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้ป่วยให้มีค่าตามเป้าหมาย⁶ ต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยโดยการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross sectional studies) โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหมอครอบครัวนครนนท์ 1 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 โดยมีประชากร คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับการรักษาที่คลินิกหมอครอบครัวนครนนท์ 1 ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมและเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัยจำนวน 173 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560⁶ โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง
- 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน
- 3) มีผลการตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ครั้งล่าสุดไม่เกิน 12 เดือน
- 4) อายุ 30 ปีขึ้นไป
- 5) สามารถสื่อสารภาษาไทย และเขียนภาษาไทยได้
- 6) ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้

- 1) ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
- 2) มีภาวะสมองเสื่อม จนไม่สามารถสื่อสารได้
- 3) มีสภาพร่างกายไม่แข็งแรง เปราะบาง
- 4) คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 1 ปี

5) มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน หรือมีความเจ็บป่วยอื่นที่รุนแรงจนต้องนอนโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 3 เดือนก่อนตรวจ HbA1C

โดยนำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Wayne W., D.¹⁸ โดยกำหนดให้ Population (N) = 173, Proportion (p) = 0.45 (สัดส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ของคลินิกหมอครอบครัวนครนนท์ 1 ในเดือนกรกฎาคม-กันยายน พ.ศ.2562), Error (d) = 0.045 (กำหนดร้อยละ 10 ของค่า p) และ Alpha (α) = 0.05 คำนวณได้ Sample size (n) = 127 ราย และคัดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability sampling) แบบการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ประกอบด้วยรูปแบบคำถามปลายปิด (Close-Ended Question) ชนิดเติมคำสั้น ๆ ในช่องว่าง (Short Answer) ชนิดสำรวจรายการ (Checklist) และชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการนอน
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลอาหารและโภชนาการ
- ส่วนที่ 4 ข้อมูลการสนับสนุนจากครอบครัว

แบบสอบถามส่วนที่ 3 ซึ่งประเมินระดับการรับประทานอาหารโดยจำแนกตามหมู่สารอาหาร และระดับพฤติกรรมปฏิบัติตนด้านพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยมีคำถาม 26 ข้อ ให้เลือกตอบระหว่างปฏิบัติ

เป็นประจำถึงไม่เคยปฏิบัติเลย และแบบสอบถามส่วนที่ 4 ประเมินระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยมีคำถาม 18 ข้อ ให้เลือกตอบระหว่างจริงมากถึงไม่จริง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการทบทวนวรรณกรรมตำราเรียน และแนวทางเวชปฏิบัติ และนำมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item - Objective Congruence, IOC) คัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่ได้ 0.5 ขึ้นไป และนำไปทดลอง (Try-Out) เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการทดสอบวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach Alpha Coefficient) พบว่า ส่วนที่ 3 ได้ค่าความเที่ยง 0.77 และส่วนที่ 4 ได้ค่าความเที่ยง 0.88 แปลผลแบบสอบถามส่วนที่ 3 และ 4 โดยกำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับจากค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ ด้วยวิธีการกำหนดอันตรภาคชั้น สำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการณ์นอน ใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทยที่ดัดแปลงมาจาก The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) โดย ตะวันชัย และวรัญญู¹⁹ ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามชนิดเติมคำสั้น ๆ ชนิดสำรวจรายการ และชนิดมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งมีค่าความเที่ยง 0.83 และนำแบบประเมินพฤติกรรมการณ์การปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ของ พัทธวิญญา²⁰ ซึ่งมีค่าความเที่ยง 0.74 มาใช้เก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยและข้อพิจารณาจริยธรรม (Ethical Consideration)

การวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ตามเอกสารรับรองเลขที่ 12/2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. จัดกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มที่สามารถควบคุม และกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายในแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 (ตารางที่ 1) โดยพิจารณาจากอายุ โรคประจำตัวร่วม และระดับ HbA1C

2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยด้านการนอน ปัจจัยด้านอาหารและโภชนาการ และการสนับสนุนจากครอบครัวของแต่ละกลุ่ม โดยใช้จำนวน ร้อยละ สัดส่วน ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ (Test of homogeneity) ของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่าง 2 กลุ่ม โดยใช้ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่าร้อยละ 5 ($p\text{-value} < 0.05$)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีค่า $p\text{-value} < 0.2$ กับ การไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกส์แบบ 2 กลุ่ม (Binary logistic regression analysis) หรือโลจิสติกส์เชิงพหุ (Multiple logistic regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่าร้อยละ 5 ($p\text{-value} < 0.05$)

ตารางที่ 1 เป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560

อายุ	สถานะผู้ป่วยโรคเบาหวาน	เป้าหมายระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C)
อายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 65 ปี	-	<7.0%
อายุมากกว่า 65 ปี	ผู้มีสุขภาพดี ไม่มีโรคร่วม	<7.0%
	ผู้มีโรคร่วม ช่วยเหลือตัวเองได้	7.0 – 7.5%
	ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ	
	มีภาวะเปราะบาง	<8.5%
	มีภาวะสมองเสื่อม	<8.5%
	ผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน	หลีกเลี่ยงภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจนทำให้เกิดอาการ

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง 127 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.4 และกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 82 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.6

ผลการศึกษา (ตารางที่ 2) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) เฉลี่ย $8.05 \pm 1.79\%$ และระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) เฉลี่ย 144.60 ± 31.20 mg/dL เมื่อแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มี HbA1C เฉลี่ย $6.65 \pm 0.53\%$ และ FBS เฉลี่ย 130.13 ± 19.01 mg/dL และกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มี HbA1C เฉลี่ย $8.82 \pm 1.77\%$ และ FBS

เฉลี่ย 152.54 ± 33.73 mg/dL เมื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลของ 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ t-test independent พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากการวิเคราะห์สัดส่วนของข้อมูล (ตารางที่ 3 และ 4) พบว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นเพศหญิง อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.0–29.9 กิโลกรัม/เมตร² ระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีโรคประจำตัวอื่นร่วม ระดับการศึกษาสูงสุดคือระดับมัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตร ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 0–10,000 บาท สถานภาพคู่ นับถือศาสนาพุทธ ระยะเวลาการนอนหลับตั้งแต่ 7 ชั่วโมงขึ้นไป แต่คุณภาพของการนอนหลับไม่ดี สุขลักษณะการ

ตารางที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ระดับน้ำตาลในเลือด	กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 127 ราย (ร้อยละ 100)	การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2		P-value
		กลุ่มที่สามารถควบคุมได้ ตามเป้าหมาย จำนวน 45 ราย (ร้อยละ 35.4)	กลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมได้ ตามเป้าหมาย จำนวน 82 ราย (ร้อยละ 64.6)	
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (%)				< 0.001*
Mean +/- SD	8.05 ± 1.79	6.65 ± 0.53	8.82 ± 1.77	
Range	5.20 – 16.17	5.20 – 7.73	7.00 – 16.17	
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (mg/dL)				< 0.001*
Mean +/- SD	144.60 ± 31.20	130.13 ± 19.01	152.54 ± 33.73	
Range	89 – 342	89 – 170	99 – 342	

*Statistical significant at p-value < 0.05

ตารางที่ 3 ปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	ผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน (ร้อยละ)	การควบคุมระดับน้ำตาล		P-value
		สามารถควบคุมได้ตาม เป้าหมายจำนวน (ร้อยละ)	ไม่สามารถควบคุมได้ ตามเป้าหมายจำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				0.728
ชาย	42 (33.1)	14 (33.3)	28 (66.7)	
หญิง	85 (66.9)	31 (36.5)	54 (63.5)	
อายุ				0.009*
30 – 44 ปี	7 (5.5)	1 (14.3)	8 (85.7)	
45 – 59 ปี	44 (34.6)	9 (20.5)	35 (79.5)	
≥ 60 ปี	76 (59.9)	35 (46.1)	41 (53.9)	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ เมตร²)				0.082
≤ 22.9	22 (17.3)	11 (50.0)	11 (50.0)	
23.0 – 24.9	17 (13.4)	8 (47.1)	9 (52.9)	
25.0 – 29.9	53 (41.7)	19 (35.8)	34 (64.2)	
≥ 30 ขึ้นไป	35 (27.6)	7 (20.0)	27 (80.0)	
ระดับการศึกษา				0.013*
ไม่ได้เรียน	8 (6.3)	1 (12.5)	7 (87.5)	
ประถมศึกษา	46 (36.3)	23 (50.0)	23 (50.0)	
มัธยมศึกษาปวช./ปวส.	50 (39.4)	11 (22.0)	39 (78.0)	
ระดับปริญญา	23 (18.1)	10 (43.5)	13 (56.5)	
รายได้ (บาท/เดือน)				0.054
0–10,000	86 (67.7)	35 (40.7)	51 (59.3)	
10,001–20,000	24 (18.9)	3 (12.5)	21 (87.5)	
20,001–30,000	7 (5.5)	2 (28.6)	5 (71.4)	
> 30,000	10 (7.9)	5 (50.0)	5 (50.0)	
อาชีพ				< 0.001*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	61 (48.0)	33 (54.1)	28 (45.9)	
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	7 (5.5)	4 (57.1)	3 (42.9)	
ลูกจ้าง	31 (24.4)	5 (16.1)	26 (83.9)	
ธุรกิจส่วนตัว	28 (22.1)	3 (10.7)	25 (89.3)	
สถานภาพสมรส				0.001*
โสด	17 (13.3)	6 (35.3)	11 (64.7)	
สมรส/คู่/ อยู่ด้วยกัน	71 (56.0)	16 (22.5)	55 (77.5)	
หม้าย/หย่า/ แยกกันอยู่	39 (30.7)	23 (59.0)	16 (41.0)	
ศาสนา				0.185
พุทธ	102 (80.3)	33 (32.4)	69 (67.6)	
คริสต์	1 (0.8)	1 (100.0)	0 (0.0)	
อิสลาม	24 (18.9)	11 (45.8)	13 (54.2)	

*Statistical significant at p-value < 0.05

นอนหลับระดับปานกลาง รับประทานอาหารโดยจำแนกตามหมู่และสารอาหารอย่างเหมาะสมในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานในระดับสูง และการมีส่วนร่วม

ของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานระดับสูง

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้านปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยด้านการนอน ปัจจัยด้านอาหารและโภชนาการ และการสนับสนุนจากครอบครัว กับการไม่

ตารางที่ 4 ปัจจัยทางสุขภาพ

ตัวแปร	ผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน(ร้อยละ)	การควบคุมระดับน้ำตาล		P-value
		สามารถควบคุมได้ตาม เป้าหมายจำนวน (ร้อยละ)	ไม่สามารถควบคุมได้ ตามเป้าหมายจำนวน (ร้อยละ)	
ระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวาน				0.440
ชนิดที่ 2				
≤ 5 ปี	61 (48.0)	22 (36.1)	39 (63.9)	
6 – 10 ปี	37 (29.2)	14 (37.8)	23 (62.2)	
11 – 15 ปี	16 (12.6)	3 (18.8)	13 (81.3)	
> 15 ปี	13 (10.2)	6 (46.2)	7 (53.8)	
โรคประจำตัวร่วม				0.462
ไม่มี	5 (3.9)	1 (20.0)	4 (80.0)	
มี	122 (96.1)	44 (36.1)	78 (63.9)	
การสูบบุหรี่				0.946
ไม่สูบ	116 (91.3)	41 (35.3)	75 (64.7)	
สูบ	11 (8.7)	4 (36.4)	7 (63.6)	
การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				0.385
ไม่ดื่ม	87 (68.5)	33 (37.9)	54 (62.1)	
ดื่ม	40 (31.5)	12 (30.0)	28 (70.0)	
ระยะเวลาการนอนหลับ (ชั่วโมง)				0.005*
< 5	27 (21.3)	3 (11.1)	24 (88.9)	
5 – 5.99	18 (14.2)	11 (61.1)	7 (38.9)	
6 – 6.99	30 (23.6)	13 (43.3)	17 (56.7)	
≥ 7	52 (40.9)	18 (34.6)	34 (65.4)	
คุณภาพของการนอนหลับ				0.867
ดี	58 (45.7)	21 (36.2)	37 (63.8)	
ไม่ดี	69 (54.3)	24 (34.8)	45 (65.2)	
สุขลักษณะการนอนหลับ				0.748
ระดับต่ำ	1 (0.8)	0 (0.0)	1 (100.0)	
ระดับปานกลาง	74 (58.3)	26 (35.1)	48 (64.9)	
ระดับสูง	52 (40.9)	19 (36.5)	33 (63.5)	
จำแนกตามหมู่และสารอาหาร				0.162
ระดับปานกลาง	86 (67.7)	34 (39.5)	52 (60.5)	
ระดับสูง	41 (32.3)	11 (26.8)	30 (73.2)	
พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร				0.686
ระดับต่ำ	3 (2.3)	1 (33.3)	2 (66.7)	
ระดับปานกลาง	50 (39.4)	20 (40.0)	30 (60.0)	
ระดับสูง	74 (58.3)	24 (32.4)	50 (67.6)	
การมีส่วนร่วมของสมาชิกของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย				0.598
ระดับต่ำ	11 (8.7)	4 (36.4)	7 (63.6)	
ระดับปานกลาง	41 (32.3)	12 (29.3)	29 (70.7)	
ระดับสูง	75 (59.0)	29 (38.7)	46 (61.3)	

*Statistical significant at p-value < 0.05

สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโดยใช้สถิติ Chi-square test (ตารางที่ 3 และ 4) พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ และระยะเวลาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนข้อมูลอื่นยังไม่

พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อนำตัวแปรที่มีค่า p-value < 0.2 มาวิเคราะห์ร่วมกัน โดยใช้สถิติ Binary logistic regression (ตารางที่ 5) พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดกับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

ตัวแปร	Adjusted odds ratio	95% confidence interval		P-value
		Lower	Upper	
อายุ				
30 – 44 ปี	14.806	0.501	437.743	0.119
45 – 59 ปี	2.679	0.566	12.677	0.214
≥ 60 ปี	1			
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/สูงเป็นเมตร²)				
≤ 22.9	1			
23.0 – 24.9	0.564	0.074	4.284	0.580
25.0 – 29.9	1.204	0.224	6.476	0.828
≥ 30 ขึ้นไป	1.707	0.243	11.995	0.591
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	1			
ประถมศึกษา	0.823	0.057	11.892	0.887
มัธยมศึกษา ปวช./ปวส.	4.654	0.248	87.173	0.304
ระดับปริญญา	2.806	0.113	69.478	0.529
รายได้ (บาท/เดือน)				
0–10,000	18.500	0.589	580.750	0.097
10,001–20,000	21.138	0.580	770.459	0.096
20,001–30,000	18.303	0.340	985.388	0.153
> 30,000	1			
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1			
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0.623	0.056	6.902	0.699
ลูกจ้าง	4.068	0.878	18.837	0.073
ธุรกิจส่วนตัว	16.322	1.432	186.058	0.025*
สถานภาพสมรส				
โสด	1			
สมรส/อยู่ด้วยกัน	4.443	0.761	25.959	0.098
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	1.838	0.325	10.396	0.491
ศาสนา				
พุทธ	5.049	1.060	24.036	0.042*
คริสต์	0.000	0.000	0.000	1.000
อิสลาม	1			
ระยะเวลาการนอนหลับ (ชั่วโมง)				
< 5	1			
5 - 5.99	0.051	0.006	0.458	0.008*
6 – 6.99	0.416	0.075	2.317	0.317
≥ 7	1.048	0.172	6.396	0.960
จำแนกตามหมู่และสารอาหาร				
ระดับปานกลาง	1			
ระดับสูง	6.038	1.405	25.944	0.016*

*Statistical significant at p-value < 0.05

ผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวมีโอกาสไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น 16.3 เท่าของผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ORadj = 16.322, 95%CI = 1.432–186.058) ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ มีโอกาสไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น 5.0 เท่าของผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม (ORadj = 5.049, 95%CI = 1.060–24.036) ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการนอนหลับ 5.00-5.99 ชั่วโมง มีโอกาสไม่สามารถ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงร้อยละ 94.9 ของผู้ที่มีระยะเวลาการนอนหลับน้อยกว่า 5 ชั่วโมง (ORadj = 0.051, 95%CI = 0.006–0.458) และผู้ป่วยที่มีการรับประทานอาหารโดยจำแนกตามหมู่และสารอาหารอย่างเหมาะสมในระดับสูง มีโอกาสไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น 6.0 เท่าของระดับปานกลาง (ORadj = 6.038, 95%CI = 1.405–25.944)

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.6 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยพบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และระยะเวลาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์ต่อโดยใช้ Binary logistic regression พบว่าปัจจัยที่ยังคงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ได้แก่ การประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว การนับถือศาสนาพุทธ การมีระยะเวลาในการนอนหลับ 5.00-5.99 ชั่วโมง และการรับประทานอาหารโดยจำแนกตามหมู่และสารอาหารอย่างเหมาะสมในระดับสูง

ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างมีค่าสูงกว่าการศึกษาของหญัตย²¹ ที่เก็บข้อมูลในพื้นที่ของศูนย์บริการสาธารณสุข สุขแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา สะท้อนให้เห็นว่าโรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญของคลินิกหมอครอบครัวนครนนท์ 1 และเมื่อพิจารณาระดับน้ำตาลในเลือดของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีค่าระดับ HbA1C และระดับ FBS สูงกว่า ซึ่งช่วยสนับสนุนความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มที่ร่วมในการวิจัย โดยมีระดับต่ำกว่าผลการศึกษาของสมลักษณ์ และอุไรวรรณ¹³ ที่เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง ซึ่งเกิดจากความแตกต่างของระดับสถานบริการ โดยผู้ป่วยในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิจะมี

ความซับซ้อนและความรุนแรงของโรคน้อยกว่า

อายุ มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.009$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของหญัตย²¹ และการศึกษาของอรินันท์และคณะ²² ที่พบว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้มีอายุเฉลี่ยมากกว่า อธิบายได้จากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของการศึกษาเหล่านี้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยเกษียณ ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้น้อย²³ ทำให้ไม่มีกำลังในการเข้าถึงอาหารได้อย่างเพียงพอ ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง²⁴ ช่วงเวลากลางวันอาศัยอยู่กันตามลำพัง ไม่สะดวกในการจัดหาอาหาร มักจะมีโรคประจำตัวร่วมอื่น ๆ ที่ทำให้มีความลำบากในการรับประทานอาหารมากขึ้น²⁴ เช่น ปัญหาสุขภาพในช่องปากและฟัน จึงทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง และเมื่ออายุมากขึ้นร่างกายจะสร้างฮอร์โมน Leptin และฮอร์โมน Peptide YY มากขึ้น ทำให้รู้สึกอึดง่าย

ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.013$, < 0.001 และ 0.001 ตามลำดับ) ขัดแย้งกับผลการศึกษาของหญัตย²¹ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีปัจจัยข้างต้นที่ต่างกัน ย่อมมีความเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่างกัน เช่น ความเครียดซึ่งมีงานวิจัยของรำจวน²⁵ และ ชนัญช์และรัตน²⁶ ที่พบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีข้อมูลจากการศึกษาของพัชรินทร์ และพิสมัย²⁷ และ Siddiqui และคณะ²⁸ ที่พบว่าความเครียดมีความ

สัมพันธ์ต่อการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากมีผลให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมน Cortisol ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น และอาจทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ดังนั้น ปัจจัยทั้ง 3 ด้านจึงมีความสัมพันธ์ทางอ้อมกับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังพบว่า การแบ่งกลุ่มย่อยที่แตกต่างกันเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและสะดวกในการนำไปใช้ในการจัดบริการ ทำให้ผลมีความแตกต่าง ซึ่งความแตกต่างจะหายไปเมื่อจัดกลุ่มย่อยใหม่ให้เหมือนกัน

เพศ ดัชนีมวลกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และรายได้ต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ หฤทัย²¹ อธิบายได้ว่าลักษณะและคุณลักษณะพื้นฐานของประชากรในการศึกษาทั้ง 2 ฉบับคล้ายคลึงกัน เนื่องจากเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทที่เป็นส่วนหนึ่งของเทศบาลนครเช่นเดียวกัน

ระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ หฤทัย²¹ ซึ่งเป็นผลจากการแบ่งกลุ่มที่แตกต่างกัน แต่เมื่อนำข้อมูลมาจัดกลุ่มใหม่จะพบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้มากที่สุดเช่นเดียวกัน อธิบายได้จากผู้ป่วยที่มีระยะเวลายาวนานขึ้น เบต้าเซลล์ในตับอ่อนเสื่อมสภาพลง ทำให้สร้างอินซูลินได้น้อยลง จึงควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ลดลง

การมีโรคประจำตัวร่วม และศาสนา ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขัดกับแนวทางเวชปฏิบัติ

ที่ระบุว่า การมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวาน และปัจจัยการรับประทานอาหารของผู้นับถือศาสนาอิสลามมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ซึ่งอาจมีผลจากปัจจัยอิสระอื่นที่เกี่ยวข้อง เพราะเมื่อทำการวิเคราะห์แบบ Binary logistic regression พบว่า ผู้นับถือศาสนาพุทธมีโอกาสไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น 5.0 เท่า ของผู้นับถือศาสนาอิสลาม

การสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขัดกับข้อมูลทางการแพทย์ที่พบว่า สารนิโคตินและสารเสพติดอื่น ๆ ในควันบุหรี่ขัดขวางการออกฤทธิ์ของอินซูลินในร่างกาย มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากการเก็บข้อมูลที่ไม่ได้ครอบคลุมถึงการได้รับสารที่เป็นส่วนประกอบของบุหรี่จากการเป็นผู้รับควันบุหรี่มือสอง หรือประวัติการสูบบุหรี่ในอดีต

ระยะเวลาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) และเมื่อวิเคราะห์แบบ Binary logistic regression พบว่า กลุ่มที่มีระยะเวลาการนอน 5.00-5.99 ชั่วโมง มีโอกาสไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดลดลงร้อยละ 94.9 เท่าของผู้ที่มีระยะเวลาการนอนหลับน้อยกว่า 5 ชั่วโมง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kim และ Park¹¹ อธิบายได้จากการนอนหลับไม่เพียงพอ การนอนที่ไม่ต่อเนื่องกัน และการรบกวนระบบนาฬิกาในสมองทำให้ร่างกายเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน หลังฮอร์โมน Leptin น้อยลง และหลั่งฮอร์โมน Ghrelin เพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายไม่รู้สึกรออย่างที่เราจะเป็น และความ

อยากอาหารเพิ่มขึ้นมีผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

คุณภาพของการนอนหลับ และ สุขลักษณะการนอนหลับ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขัดแย้งกับพยาธิสรีรวิทยาของความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานและการนอนหลับ ตามที่ได้อธิบายในข้างต้น ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นตัวกวนที่ยังไม่ได้ทำการศึกษาในงานวิจัยนี้ เช่น ระดับความเครียด

การรับประทานอาหารโดยจำแนกตามหมู่และสารอาหารอย่างเหมาะสม และการมีพฤติกรรม การปฏิบัติตนด้าน พฤติกรรมการรับประทานที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขัดแย้งกับแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานของไทยและต่างประเทศ⁴⁻⁶ ที่พบว่า การบริโภคอาหารที่เหมาะสมช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดและลดความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวานได้ ผลการศึกษาที่ไม่มี ความสัมพันธ์อาจมีผลจากปัจจัยพื้นฐานที่เป็นตัวกวน ซึ่งเมื่อวิเคราะห์แบบ Binary logistic regression พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รับประทานอาหารโดยจำแนกตามหมู่และสารอาหารอย่างเหมาะสมในระดับสูงมีโอกาสไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น 6.0 เท่า เมื่อเทียบกับระดับปานกลาง อธิบายได้จากผลการศึกษา ที่ได้จากการสอบถามข้อมูลย้อนหลัง อาจมีอคติจากการนึกจำและอคติความลำเอียงในตอบ

การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ขวัญเรือน และชนิดา²⁹ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดออก เป็นผู้

ช่วยเหลือตนเองได้ จึงไม่ต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวมากนัก กลุ่มตัวอย่างอยู่ในชุมชนเดียวกันทำให้ปัจจัยด้านครอบครัวไม่แตกต่างกัน และการช่วยเหลือจากครอบครัวอาจจะยังไม่ลึกซึ้งหรือเจาะจงพอ

จุดอ่อนและข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นแบบตัดขวาง ไม่สามารถบอกความเปลี่ยนแปลงของตัวแปร หรืออธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรในเชิงความเป็นเหตุเป็นผลได้ แบบสอบถามในงานวิจัยบางส่วนเป็นการถามข้อมูลย้อนหลังซึ่งอาจทำให้เกิดอคติจากการนึกจำ (Recall bias) ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมจากการวัดครั้งเดียว และย้อนหลังเป็นเวลา 12 เดือน ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้ (Information bias)

จุดแข็งของงานวิจัย

การศึกษานี้ทำการวิเคราะห์แบบ Binary logistic regression ทำให้สามารถบอกความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล เมื่อควบคุมปัจจัยด้านอื่น ๆ และการศึกษานี้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มย่อยโดยพิจารณาจากอายุ โรคประจำตัวร่วม และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ทำให้เหมาะสมกับผู้ป่วย แตกต่างจากงานวิจัยส่วนใหญ่ที่แบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเพียงอย่างเดียว

สรุป

จากการศึกษานี้พบว่า สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 35.4 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข (> ร้อยละ 40)³⁰ จึงควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบา

หวานในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรมีการเฝ้าระวัง ติดตาม ดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด จัดกิจกรรมเพิ่มเติมให้กับผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงในการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุอยู่ในช่วง 30-44 ปี ไม่ได้เรียนหนังสือ ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว มีสถานภาพคู่สมรส/อยู่ด้วยกัน หรือมีระยะเวลาการนอนหลับน้อยกว่า 5 ชั่วโมง และเน้นให้ความรู้เรื่องระยะเวลาที่เหมาะสมในการนอนหลับแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อลดความเสี่ยงในการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross sectional study) ซึ่งอธิบายความสัมพันธ์ต่าง ๆ ได้ไม่ดีเท่าที่ควร ในอนาคตอาจออกแบบการศึกษาเป็นแบบระยะยาว (Longitudinal study) เช่น การศึกษาแบบเหตุไปหาผล (Cohort study) ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระต่าง ๆ กับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ดีกว่า นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอื่น ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลภาพรวม และนำผลที่ได้มาใช้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในเทศบาลนครนนทบุรีอย่างทั่วถึง และควรศึกษารายละเอียดเฉพาะของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยให้เจาะจงมากขึ้น เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ดำเนินการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและเกิดประสิทธิผลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดีจากแพทย์หญิงชนิกานต์ วงศ์ประเสริฐสุข นายแพทย์ ปิ่นไทย เทพมณฑา ผศ.ดร.สุนันทา แก้วสุข และบุคลากรในศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลนครนนทบุรี ที่ 5 และ 6 ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือตลอดทุกขั้นตอนของการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation (IDF). Thailand Country report 2017 & 2045 [Internet]. 2017 [cited 2019 Oct 1]. Available from: <https://reports.instantatlas.com/report/view/704ee0e6475b4af885051bcec15f0e2c/THA>
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นนทบุรี. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม HDC ใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://nbi.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
3. American Diabetes Association. Summary of Revisions: Standards of Medical Care in Diabetes—2018. Diabetes Care. 2018;41(Supplement 1):S4–6.
4. American Diabetes Association. Care D, Suppl SS. 5. Lifestyle management: Standards of medical care in diabetes 2019. Diabetes Care. 2019;42:S46–60.
5. Garber AJ, Abrahamson MJ, Barzilay JI, Blonde L, Bloomgarden ZT, Bush MA, et al. Consensus statement by the American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology on the comprehensive type 2 diabetes management algorithm – 2019 executive summary. Endocr Pract 2019;25(1):69–100.
6. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด; 2560.
7. สีนินาฏ ชาวตระการ และศุภลักษณ์ พลพิทักษ์. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย. Chula Med Bull 2020; 2(1); 49-59

8. Heianza Y, Kato K, Fujihara K, Tanaka S, Kodama S, Hanyu O, et al. Role of sleep duration as a risk factor for Type 2 diabetes among adults of different ages in Japan: the Niigata Wellness Study. *Diabet Med* [Internet]. 2014 [cited 2019 Oct 1]; 31(11): 1363–1367. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25124930>
9. รัญญรัตน์ อนันต์สินทรี. อัตราการเพิ่มเป็นโรคเบาหวานและการศึกษาความสัมพันธ์เกี่ยวกับปัจจัยการนอนหลับและระดับกรดยูริกในเลือดกับระดับ HbA1c ในเลือดในผู้ที่มีภาวะ pre-diabetes. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
10. Juntarawijit C, Juntarawijit Y. Comparison of sleep and health behaviors among diabetic patients and non-diabetics in Phitsanulok, Thailand: a cross-sectional study. *F1000Research* [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 1]; 8: 1030. Available from: <https://f1000research.com/articles/8-1030/v1>
11. Kim, Jae-Hyun and Park E-C. Association between Self-Reported Sleep Duration and Diabetes Mellitus: Data from a 7-Year Aggregated Analysis. *Heal Policy Manag* 2019;29(1):68–76.
12. Koloverou E, Panagiotakos DB, Georgousopoulou EN, Grekas A, Christou A, Chatzigeorgiou M, et al. Dietary Patterns and 10-year (2002-2012) Incidence of Type 2 Diabetes: Results from the ATTICA Cohort Study. *Rev Diabet Stud* 2016; 13(4): 246–256.
13. สมลักษณ์ เทพรุยานนท์ และอุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. พฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้และควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา* 2561; 11(1): 32–49.
14. ปัทมา สุพรรณกุล และวัชร ศรีทอง. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของพระสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย. *J Behav Sci* 2015; 21(1): 94–109.
15. พรทิพย์ มาลาธรรม. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุในชนบท. *วารสารการพยาบาลสาร* 2553; 15(3): 431–448.
16. รัญชนก ขุมทอง. รูปแบบอิทธิพลเชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของประชาชนไทยผู้ใหญ่วัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
17. Nini Shuhaida Binti Mat Harun. Psychosocial associated factors for glycaemic control among type two diabetes mellitus patients in Kuala Terengganu. *Univesiti Saina Malaysia*; 2017.
18. Wayne W. D. Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences. 6th ed. John Wiley&Sons, Inc; 1995. 180 p.
19. ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์. ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2540; 42 (กรกฎาคม-กันยายน 2540): 123–32.
20. พัทธิญา แก้วแพง. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
21. หฤทัย เสือบัว. ปัจจัยส่วนบุคคลและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 สวนพริกไทย. *ครีนครินทร์เวชสาร* 2562; 34(4): 328–335.
22. อรินันท์ ชัยญางวาศค์ศักดิ์, สุกมัย สุนทรพันธ์ และสุมาลี วัฒนาก. ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานเป็นกะและปัจจัยอื่น ๆ กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *เวชสารแพทย์ทหารบก* 2562; 72(3): 165–175.
23. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก: www.dop.go.th/th/know/1
24. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส). การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/Content/41684-การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ.html>
25. รำจวน เบญจศิริ. ความพึงพอใจในการทำงานและความเครียดของประชาชนเขตเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [อินเทอร์เน็ต]. *ฐานข้อมูลวิจัยการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต*. 2538 [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/abstract/nurse/details.asp?id=2998>
26. ชนัญช์ แอมจิตรตรง และรัตนสา สำโรงทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน (ชนิดที่ 2) ในชุมชนชนบทของประเทศไทย. *วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา* 2562; 4(1): 54–66.
27. พัชรินทร์ ชนะพาห์ และพิศมัย กิจเกื้อกูล. ความเครียดกับกลุ่มอาการทางเมตาบอลิก. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2556; 31(5): 253–260.
28. Siddiqui A, Madhu S V., Sharma SB, Desai NG. Endocrine stress responses and risk of type 2 diabetes mellitus. *Stress* [Internet]. 2015 [cited 2019 Oct 1]; 18(5): 498–506. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/10253890.2015.1067677>
29. ขวัญเรือน กำวิฑู และชนิดา มัททวงกูร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบมหาวิทยาลัยสยาม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม* 2562; 20(38): 82–95.
30. กระทรวงสาธารณสุข. HDC [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://>

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชน

Received: August 22, 2020; Revised: October 8, 2020; Accepted: December 30, 2020

แพทย์หญิงนลัท พรชัยวรรณชาติ

ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

โรงพยาบาลบุรีรัมย์

อีเมล

viannoy_mean@hotmail.com

บทคัดย่อ

ที่มาและวัตถุประสงค์: โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต จึงทำการศึกษหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อแก้ไขและป้องกันการเกิดโรคเบาหวานต่อไป

วิธีการศึกษา: การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมแบบไม่จับคู่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเกาต์) ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลบุรีรัมย์สาขา 3 จำนวน 498 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 คน แบ่งเป็น กลุ่มศึกษา คือ ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 100 คน และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ที่ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 100 คน ใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรม SPSS version 22

ผลการศึกษา: พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง (OR adj = 4.15, 95% CI = 1.53–11.25), ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับปานกลาง (OR adj = 0.33, 95% CI = 0.15–0.75), พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่ดี (OR adj = 4.74, 95% CI = 1.63–13.79) และพฤติกรรมการออกกำลังกายปานกลาง (OR adj = 2.95, 95% CI = 1.44–6.03)

สรุป: ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรมีการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และอาจนำไปสู่โรคเบาหวานต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2, ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ORIGINAL ARTICLE

Associated Factors of Prediabetic Patients in Community Medical Center

Received: August 22, 2020; **Revised:** October 8, 2020; **Accepted:** December 30, 2020

Abstract

Backgrounds and Objectives: Diabetes mellitus is an important public health problem in Thailand and the world causing and contributing to complications, disability, and death. Therefore, finding the associated factors of prediabetic patients to prevent and resolve will result in lowering the risks of diabetes mellitus in the future.

Methods: This was an unmatched case-control study. The study population consisted of the non-communicable diseases (Essential hypertension, Dyslipidemia, Gout) of 498 patients receiving services at the Community Medical Center 3 of Buriram Hospital. Two hundred patients were selected with, 100 of them allocated to a prediabetic patient group and another 100 were allocated to a control group without prediabetes. The instrument of this research was patient interviews. The data were analyzed using SPSS version 22.

Results: The factors associated with prediabetes patients with statistical significance in multivariate analysis were the following: essential hypertension (OR adj = 4.15, 95% CI = 1.53–11.25), a moderate level of knowledge regarding diabetes mellitus (OR adj = 0.33, 95% CI = 0.15–0.75), inappropriate exercise habits (OR adj = 4.74, 95% CI = 1.63–13.79) and moderate levels of exercise habits (OR adj = 2.95, 95% CI = 1.44–6.03).

Conclusions: It is suggested that high blood pressure patients should be screened for prediabetes. It is important to educate the noncommunicable diseases patients about diabetes mellitus and to promote an exercise campaign to encourage exercise habits to prevent the risk of progression to type 2 diabetes.

Keywords: Prediabetes, Associated factors of prediabetes patient

Nalat Pornchaiwannachai
M.D.

Diploma Thai Board of
Family Medicine

Buriram Hospital

E-mail:

viannoy_mean@hotmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ในปี 2017 มีรายงานพบผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเบาหวานประมาณ 4 ล้านคน หรือเทียบเท่ากับมีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคเบาหวานทุก ๆ 8 วินาที¹ ในประเทศไทย พ.ศ. 2559² พบว่า มีการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวาน ประมาณ 76,000 ราย หรือมากกว่า 200 ราย ในแต่ละวัน นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ดังนั้น ก่อนที่จะเกิดโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานตามมา ควรต้องเร่งคัดกรองและป้องกัน จึงได้มีการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานขึ้น สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF 8th edition 2017)¹ จึงได้มีการศึกษาเพิ่มเติมในประชากรทั่วโลกที่มีอายุ 20-79 ปี พบว่า 352.1 ล้านคน คิดเป็น 7.3% มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2557 ของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนสุขภาพ (สสส.)^{2,3} ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบกลุ่มภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 14.2 และเมื่อพิจารณาตามภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย ภาคตะวันออก เฉียงเหนือมีความชุกของภาวะกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสูงที่สุด สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดบุรีรัมย์ ในปีงบประมาณ 2560 พบกลุ่มภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 34,652 คน และเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 36,045 คน ในปีงบประมาณ 2561 ศูนย์สุขภาพ

ชุมชนเมือง ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลบุรีรัมย์สาขา 3 ซึ่งมีประชากรในการดูแล 10,264 คน มีการตรวจคัดกรองพบกลุ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานถึง 112 คน คิดเป็น 17.92% จากจำนวนคนไข้โรคเรื้อรังทั้งหมด 625 คน ที่มารับบริการ

จากการศึกษาตัวอย่างวิจัยที่ผ่านมา มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ เพศ⁴⁻⁷ อายุ⁴⁻⁸ สถานภาพการสมรส^{4,6} ประวัติการเป็นเบาหวานในครอบครัว^{4,6,9-10} ดัชนีมวลกาย^{4-9,11-3} โรคเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเกาต์)^{6,9,11-13} ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน^{4-6,9} ทักษะติดต่อโรคเบาหวาน^{4,6} พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย)^{4-6,8,9} และยังมีปัจจัยที่ยังไม่พบการศึกษาวิจัย แต่ที่น่าสนใจคือ ระดับการศึกษาสูงสุด

ดังนั้น จากข้อมูลทั้งหมดข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลบุรีรัมย์สาขา 3 เพื่อนำปัจจัยที่ได้มาหาแนวทางแก้ไขและป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังกล่าวมีภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน และเกิดเป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต่อไปตามมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลบุรีรัมย์สาขา 3

นิยามศัพท์เฉพาะ

ภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีผลระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose; FPG) มีค่า 100-125 มก./ดล. ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลบุรีรัมย์สาขา 3 ในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561-30 กันยายน 2562)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคดังต่อไปนี้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเกาต์ ซึ่งยกเว้นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลบุรีรัมย์สาขา 3 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562

อายุ หมายถึง อายุเต็มปีบริบูรณ์ นับถึงวันคล้ายวันเกิดครั้งสุดท้ายก่อนวันสัมภาษณ์ โดยแบ่งช่วงอายุเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 20-39 ปี ผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 40-59 ปี ผู้ใหญ่ตอนปลาย (สูงอายุ) อายุ 60 ปี ขึ้นไป

ดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI) หมายถึง สัดส่วนระหว่างน้ำหนักตัวมีหน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูง มีหน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง

(WHO Categorization of BMI based on recommendation for Asia-Pacific region) ในช่วง 1 ปีก่อนหน้านับจากวันที่ทำแบบสัมภาษณ์ แปลผล ดังนี้

BMI < 18.5 หมายถึง ผอม

BMI 18.5-2.9 หมายถึง น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ

BMI 23-4.9 หมายถึง น้ำหนักเกิน

BMI $\geq$ 25 หมายถึง อ้วน

ประวัติการเป็นโรคเบาหวานในครอบครัว หมายถึง ผู้ที่มีคนในครอบครัวสายตรง (พ่อ, แม่, พี่หรือน้อง) เป็นโรคเบาหวาน

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ประกอบด้วย กลไกการเกิดโรค ความเสี่ยงการเกิดโรค แนวทางการคัดกรองการวินิจฉัยโรค ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และการติดตามอาการ แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ความรู้ระดับดีคือมีคะแนน $\geq$ 80% ความรู้ระดับปานกลางคือมีคะแนน 60-79% ความรู้ระดับไม่ดีคือมีคะแนน < 60%

ทัศนคติต่อโรคเบาหวาน หมายถึง การรับรู้ หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อโรคเบาหวาน และภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โดยมีการประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายความว่า มีทัศนคติที่ดีต่อโรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายความว่า มีทัศนคติปานกลางต่อโรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายความว่า มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อโรคเบาหวาน

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรม การรับประทานอาหาร พฤติกรรม การออกกำลังกาย และความ ร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องในช่วง 1 ปีก่อนหน้านับจากวันที่ทำแบบ สัมภาษณ์ โดยมีการประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายความว่า มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดี

ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายความว่า มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายความว่า มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิง วิเคราะห์ (analytical research) ระหว่าง กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมแบบไม่จับคู่ (unmatched case-control study) เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อโรค เบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ เข้ารับการรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชนโรง พยาบาลบุรีรัมย์สาขา 3 ซึ่งประชากรใน การศึกษาวิจัยครั้งนี้ (Population) คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์ แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลบุรีรัมย์สาขา 3 อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 498 คน ซึ่งดำเนินการวิจัย ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2562-31 ธันวาคม 2562

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการ วิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์แพทย์ ชุมชนโรงพยาบาลบุรีรัมย์สาขา 3 อย่างต่อ เนื่อง มีระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1 ปี ผู้ป่วยโรค เรื้อรังที่มีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ขณะอดอาหาร (FPG) ระหว่าง ปิงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561-30 กันยายน 2562) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

วิจัยและยินยอมในการตอบแบบสัมภาษณ์ และมีสติสัมปชัญญะรับรู้ สามารถสื่อสาร ให้ข้อมูลได้

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มี ภาวะพึ่งพิง ต้องได้รับการช่วยเหลือใน กิจกรรมประจำวัน เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ย้ายที่อยู่ไม่ สามารถติดตามได้ และเสียชีวิตในระหว่าง การศึกษาวิจัย

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (sample size) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการ จับฉลากแบบไม่คืนที่ คำนวณขนาดกลุ่ม ตัวอย่างจากสูตร¹⁴⁻¹⁶

$$n1 = \frac{[z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{(r+1)p\bar{q}} + z_{1-\beta} \sqrt{rp_1q_1 + p_2q_2}]^2}{r(p_1 - p_2)^2}$$

โดยอ้างอิงจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เรื่องดัชนีมวลกาย พบว่า กลุ่มควบคุมที่มีภาวะน้ำหนักเกิน คิดเป็น ร้อยละ 20 ($p_2 = 0.20$) คำนวณขนาด กลุ่มตัวอย่างได้ 91 คน และจากการ คำนวณกลุ่มตัวอย่างที่จะนำมาศึกษาด้วย โปรแกรม Open Epi ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 91 คนเช่นกัน เมื่อรวมกับ data loss 10% ผู้ทำวิจัยจึงได้กำหนดกลุ่ม ตัวอย่างที่จะนำมาศึกษาในครั้งนี้จำนวน 100 คน ดังนั้น กลุ่มศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค เบาหวานชนิดที่ 2 คือภาวะที่ระดับน้ำตาล ในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ (Fasting Plasma Glucose; FPG) เท่ากับ 100-125 มก./ดล. จำนวน 100 คน และ กลุ่มควบคุม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มี ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสัมภาษณ์เองก่อน หากตรวจสอบว่าไม่สมบูรณ์ ผู้ทำวิจัยจะสอบถามเพิ่มเติมเพื่อความครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์ ซึ่งแบ่งเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ประวัติเบาหวานในครอบครัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพทั่วไป ประกอบด้วย ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วย กลไกการเกิดโรค ความเสี่ยงการเกิดโรค แนวทางการคัดกรอง การวินิจฉัยโรค ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และการติดตามอาการ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ ความรู้ระดับดีคือมีคะแนน $\geq 80\%$ ความรู้ระดับปานกลางคือมีคะแนน $60-79\%$ และความรู้ระดับไม่ดีคือมีคะแนน $< 60\%$

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านทัศนคติต่อโรคเบาหวาน แบบสัมภาษณ์มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบอันดับ (Likert Scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด โดยใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายซึ่งผู้วิจัยกำหนดแบ่งระดับทัศนคติเป็น 3 ระดับ¹⁷ ความกว้างของอันตรภาคชั้น 1.33

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ประกอบด้วยมาตรวัดแบบอันดับ (Likert Scale) ซึ่งวัดเป็น 5 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4-6 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติบางครั้ง (2-3 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (1วัน/สัปดาห์) และไม่เคยปฏิบัติ โดยใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายซึ่งผู้วิจัย

กำหนดแบ่งระดับทัศนคติเป็น 3 ระดับ¹⁷ ความกว้างของอันตรภาคชั้น 1.33

การสร้างเครื่องมือและพัฒนาเครื่องมือโดยศึกษาเนื้อหา ทฤษฎีงานวิจัย รวมถึงวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ต้องการศึกษาเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์ กำหนดโครงสร้างและขอบเขตของปัญหาและนำมาสร้างแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมตามประเด็นที่ต้องการวัดในแต่ละประเด็น ปรีกษาขอคำแนะนำจากคณาจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพัฒนาและปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้สอดคล้องกับประเด็นที่ต้องการมากที่สุด และสร้างข้อคำถามเพื่อเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลบุรีรัมย์ 3 ท่านทางผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถามที่ใช้ไม่ได้ออก และได้ผลสรุปแสดงความเห็นค่า IOC = $52.3/54 = 0.95$ จากการหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลอง (try out) ในกลุ่มประชากรที่เข้ารับการรักษาในศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลบุรีรัมย์สาขา 3 จำนวน 20 คน โดยทำการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบักส์ (Cronbach's alpha Co-efficiency) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเท่ากับ 0.861 ด้านทัศนคติต่อโรคเบาหวานเท่ากับ 0.782 และด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย) เท่ากับ 0.827 ค่าเฉลี่ย Cronbach's alpha Co-efficiency = 0.823

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 22 (IBM Inc. SPSS Statistics, Chicago, IL) แบ่งการ

ศึกษาออกเป็น 2 ส่วน คือ สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การศึกษาในส่วนของสถิติเชิงพรรณนา แสดงผลเป็นค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และสถิติอนุมาน ใช้สถิติ คือ Univariate analysis วัดออกมาเป็นค่า Odds ratio ร่วมกับ 95% confident interval (95% CI) p-value และ Multivariate analysis ใช้ปัจจัย Univariate analysis ที่ p-value < 0.05 มาวิเคราะห์ แล้วแสดงผลออกเป็น ค่า OR adj, 95% CI และ p-value

ผลการวิจัย

กลุ่มศึกษาจำนวน 100 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54 อายุเฉลี่ย 62.31 ปี (SD = 11.61) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70 การศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 26 มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 38 มีภาวะอ้วน ร้อยละ 65 มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง ร้อยละ 93 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 54 และเกาต์ ร้อยละ 12 มีความรู้และทัศนคติในระดับสูง ร้อยละ 85 และ 77 ตามลำดับ มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายระดับปานกลาง ร้อยละ 54 และ 60 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 100 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64 อายุเฉลี่ย 58.59 ปี (SD = 13.11) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 62 การศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 31 มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 30 มีภาวะอ้วน ร้อยละ 52 มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง ร้อยละ 77 ไขมันใน

เลือดสูง ร้อยละ 58 และเกาต์ ร้อยละ 7 มีความรู้และทัศนคติในระดับสูง ร้อยละ 72 และ 70 ตามลำดับ มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายระดับปานกลาง ร้อยละ 63 และ 48 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรแบบพหุพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง (OR adj = 4.15, 95% CI = 1.53–11.25) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับปานกลาง (OR adj = 0.33, 95% CI = 0.15– 0.75) พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่ดี (OR adj = 4.74, 95% CI = 1.63–13.79) และพฤติกรรมการออกกำลังกายปานกลาง (OR adj = 2.95, 95% CI = 1.44–6.03) ดังแสดงในตารางที่ 2-7

อภิปรายผลการวิจัย

การมีโรคร่วมความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR adj = 4.15, 95% CI = 1.53–11.25) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhao Hu (2019)⁹ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเสี่ยงโรคเบาหวานในผู้ป่วยสูงอายุในเขตชนบทเมืองหยี้หยาง ประเทศจีน พบว่า โรคประจำตัวความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 2.01, 95% CI: 1.38–2.93) สอดคล้องกับที่ Ifechukwude Obiamaka Okwechime (2015)¹² ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเสี่ยงโรคเบาหวานในคนอายุ 18 ปีขึ้นไปในรัฐฟลอริดา ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า โรคประจำตัวความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบา

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน (ร้อยละ) N=100	กลุ่มไม่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน (ร้อยละ) N=100	รวมทั้งหมด จำนวน (ร้อยละ) N = 200
เพศ			
-ชาย	46 (46.0)	36 (36.0)	82 (41.0)
-หญิง	54 (54.0)	64 (64.0)	118 (59.0)
อายุ			
- 60 ปีขึ้นไป	58 (58.0)	51 (51.0)	109 (54.5)
- 40-59 ปี	37 (37.0)	40 (40.0)	77 (38.5)
- 20-39 ปี	5 (5.0)	9 (9.0)	14 (7.0)
สถานภาพ			
- สมรส	70 (70.0)	62 (62.0)	132 (66.0)
- หย่าร้าง/แยกกันอยู่	7 (7.0)	7 (7.0)	14 (7.0)
- หม้าย	17 (17.0)	21 (21.0)	38 (19.0)
- โสด	6 (6.0)	10 (10.0)	16 (8.0)
การศึกษา			
- ประถมศึกษาตอนต้น	20 (20.0)	31 (31.0)	51 (25.5)
- ประถมศึกษาตอนปลาย	26 (26.0)	11 (11.0)	37 (18.5)
- มัธยมศึกษาตอนต้น	18 (18.0)	11 (11.0)	29 (14.5)
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	8 (8.0)	15 (15.0)	23 (11.5)
- อนุปริญญา/ปวส.	3 (3.0)	5 (5.0)	8 (4.0)
- บริญญาตรี	25 (25.0)	27 (27.0)	52 (26.0)
ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2			
- มี	38 (38.0)	30 (30.0)	68 (34.0)
- ไม่มี	62 (62.0)	70 (70.0)	132 (66.0)
ดัชนีมวลกาย (BMI)			
- 25 ขึ้นไป	65 (65.0)	52 (52.0)	117 (58.5)
- 23 -24.99	18 (18.0)	17 (17.0)	35 (17.5)
- 18.5 – 22.99	16 (16.0)	29 (29.0)	45 (22.5)
- น้อยกว่า 18.5	1 (1.0)	2 (2.0)	3 (1.5)
โรคความดันโลหิตสูง			
- มี	93 (93.0)	77 (77.0)	170 (85.0)
- ไม่มี	7 (7.0)	23 (23.0)	30 (15.0)
โรคไขมันในเลือดสูง			
- มี	54 (54.0)	58 (58.0)	112 (56.0)
- ไม่มี	46 (46.0)	42 (42.0)	88 (44.0)
โรคเบาหวาน			
- มี	12 (12.0)	7 (7.0)	19 (9.5)
- ไม่มี	88 (88.0)	93 (93.0)	181 (90.5)

หวานชนิดที่ 2 (RR = 3.41, 95% CI = 2.61-4.45) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ming Zhao (2016)¹³ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเสี่ยงโรคเบาหวานในเมืองหนิงโป ประเทศจีน พบว่าโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.286, 95% CI = 1.036-1.597) ซึ่งจาก

พยาธิวิทยาการศึกษาพบว่า การเกิดความดันโลหิตสูงมีกลไกร่วมกันกับการเกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ โดยภาวะอ้วน และ visceral adipose เพราะการเกิด Chronic low-grade inflammation และการเกิดภาวะ oxidative stress กับ adipose tissue จะนำไปสู่ภาวะการเพิ่มขึ้นของ angiotensinogen และ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อมูลทั่วไปด้านบุคคล	กลุ่มภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน (ร้อยละ) N =100	กลุ่มไม่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน (ร้อยละ) N =100	รวมทั้งหมด จำนวน (ร้อยละ) N = 200	P-value	OR	95%CI
เพศ						
-ชาย	46 (46.0)	36 (36.0)	82 (41.0)	0.151	1.51	0.86-2.67
-หญิง	54 (54.0)	64 (64.0)	118 (59.0)			
อายุ						
- 60 ปีขึ้นไป	58 (58.0)	51 (51.0)	109 (54.5)	0.225	2.05	0.64 – 6.51
- 40-59 ปี	37 (37.0)	40 (40.0)	77 (38.5)	0.398	1.67	0.51 – 5.42
- 20-39 ปี	5 (5.0)	9 (9.0)	14 (7.0)	REF.	REF.	REF.
สถานภาพสมรส						
- สมรส	70 (70.0)	62 (62.0)	132 (66.0)	0.246	1.88	0.65 – 5.48
- หย่าร้าง/แยกกันอยู่	7 (7.0)	7 (7.0)	14 (7.0)	0.492	1.67	0.39 – 7.15
- หม้าย	17 (17.0)	21 (21.0)	38 (19.0)	0.624	1.35	0.41 – 4.47
- โสด	6 (6.0)	10 (10.0)	16 (8.0)	REF.	REF.	REF.
การศึกษา						
- ประถมศึกษาตอนต้น	20 (20.0)	31 (31.0)	51 (25.5)	0.365	0.70	0.32 – 1.52
- ประถมศึกษาตอนปลาย	26 (26.0)	11 (11.0)	37 (18.5)	0.039	2.55**	1.05 – 6.22
- มัธยมศึกษาตอนต้น	18 (18.0)	11 (11.0)	29 (14.5)	0.228	1.77	0.70 – 4.46
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	8 (8.0)	15 (15.0)	23 (11.5)	0.287	0.58	0.21 – 1.60
- อนุปริญญา, /ปวส.	3 (3.0)	5 (5.0)	8 (4.0)	0.579	0.65	0.14 – 3.00
- บริญญาตรี	25 (25.0)	27 (27.0)	52 (26.0)	REF.	REF.	REF.
ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2						
- มี	38 (38.0)	30 (30.0)	68 (34.0)	0.232	1.43	0.79-2.58
- ไม่มี	62 (62.0)	70 (70.0)	132 (66.0)			

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพกับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อมูลสุขภาพ	กลุ่มภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน (ร้อยละ) N =100	กลุ่มไม่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน (ร้อยละ) N =100	รวมทั้งหมด จำนวน (ร้อยละ) N = 200	P-value	OR	95%CI
ดัชนีมวลกาย (BMI)						
- 25 ขึ้นไป	65 (65.0)	52 (52.0)	117 (58.5)	0.460	2.50	0.22 – 28.34
- 23 -24.99	18 (18.0)	17 (17.0)	35 (17.5)	0.555	2.12	0.18 – 25.55
- 18.5 – 22.99	16 (16.0)	29 (29.0)	45 (22.5)	0.938	1.10	0.09 – 13.14
- น้อยกว่า 18.5	1 (1.0)	2 (2.0)	3 (1.5)	REF.	REF.	REF.
โรคความดันโลหิตสูง						
- มี	93 (93.0)	77 (77.0)	170 (85.0)	0.02	3.97**	1.61 – 9.75
- ไม่มี	7 (7.0)	23 (23.0)	30 (15.0)			
โรคไขมันในเลือดสูง						
- มี	54 (54.0)	58 (58.0)	112 (56.0)	0.569	0.85	0.49 – 1.49
- ไม่มี	46 (46.0)	42 (42.0)	88 (44.0)			
โรคเบาหวาน						
- มี	12 (12.0)	7 (7.0)	19 (9.5)	0.228	1.81	0.68 – 4.81
- ไม่มี	88 (88.0)	93 (93.0)	181 (90.5)			

angiotensinogen II ซึ่งเป็นผลให้ระดับความดันโลหิตจะสูงมากขึ้น และระดับ angiotensinogen II ที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เกิด reactive oxygen species insulin metabolic signaling ลดลง จนเกิดเป็นภาวะดื้อต่ออินซูลินร่วมกับความดันโลหิตสูงที่สูงขึ้นได้¹⁸

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับปานกลางมีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR adj = 0.33, 95% CI = 0.15–0.75) ดังนั้น ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับปานกลาง มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้น้อยกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับสูง เพราะจากแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรม (KAP)¹⁹ ได้แบ่งความรู้เป็น 6 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ระลึกได้

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อมูลสภาวะสุขภาพ	กลุ่มภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน (ร้อยละ) N = 100	กลุ่มไม่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน (ร้อยละ) N = 100	รวมทั้งหมด จำนวน (ร้อยละ) N = 200	P-value	OR	95%CI
- ความรู้ในระดับต่ำ	0 (0.0)	1 (1.0)	1 (0.5)	0.036	Undetermine	
- ความรู้ในระดับปานกลาง	15 (15.0)	27 (27.0)	42 (21.0)		0.47**	0.23 – 0.95
- ความรู้ในระดับสูง	85 (85.0)	72 (72.0)	157 (78.5)	REF.	REF.	REF.

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านทัศนคติต่อโรคเบาหวานกับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อมูลสภาวะสุขภาพ	กลุ่มภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน (ร้อยละ) N = 100	กลุ่มไม่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน (ร้อยละ) N = 100	รวมทั้งหมด จำนวน (ร้อยละ) N = 200	P-value	OR	95%CI
- ทัศนคติไม่ดี	0 (0.0)	2 (2.0)	2 (1.0)	0.371	Undetermine	
- ทัศนคติปานกลาง	23 (23.0)	28 (28.0)	51 (25.5)		0.75	0.40 – 1.42
- ทัศนคติดี	77 (77.0)	70 (70.0)	147 (73.5)	REF.	REF.	REF.

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อมูลสภาวะสุขภาพ	กลุ่มภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน (ร้อยละ) N = 100	กลุ่มไม่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน (ร้อยละ) N = 100	รวมทั้งหมด จำนวน (ร้อยละ) N = 200	P-value	OR	95%CI
พฤติกรรมการควบคุมอาหาร						
- พฤติกรรมไม่ดี	28 (28.0)	10 (10.0)	38 (19.0)	0.003	4.20**	1.65 – 10.71
- พฤติกรรมปานกลาง	54 (54.0)	63 (63.0)	117 (58.5)	0.481	1.29	0.64 – 2.59
- พฤติกรรมดี	18 (18.0)	27 (27.0)	45 (22.5)	REF.	REF.	REF.
พฤติกรรมการออกกำลังกาย						
- พฤติกรรมไม่ดี	18 (18.0)	9 (9.0)	27 (13.5)	0.005	3.91**	1.51 – 10.12
- พฤติกรรมปานกลาง	60 (60.0)	48 (48.0)	108 (54.0)	0.006	2.44**	1.29 – 4.63
- พฤติกรรมดี	22 (22.0)	43 (43.0)	65 (32.5)	REF.	REF.	REF.

(recall) ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ (comprehension) ระดับการนำไปใช้ (application) ระดับการวิเคราะห์ (analysis) ระดับการสังเคราะห์ (synthesis) และระดับการประเมินผล (evaluation) ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับสูง มีความสามารถในการนำความรู้ไปสู่ระดับนำไปใช้ตลอดจนถึงระดับการประเมินผลได้น้อยกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความรู้ปานกลาง ซึ่งอาจเกิดจากการมีระดับความสามารถในการเรียนรู้ที่ต่างกัน ตามหลักการเรียนรู้ของนักสังคมศาสตร์¹⁹ ที่กล่าวถึงหลักการเรียนรู้ว่า ความรู้ ความจำมีความสัมพันธ์กับความใหม่ของเรื่องราว หรือเหตุการณ์ และจะมีการตอบ

สนองต่อข่าวสารที่เพิ่งได้รับใหม่ ๆ โดยจะช่วยเหลือกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์สูงและจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการเรียนรู้มากกว่าการนำเสนอด้วยวิธีธรรมดาหรือการนำเสนอถึงความรู้เดิม ๆ ที่มีอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับปานกลางยังมีข้อมูลที่ยังมีความสามารถเรียนรู้เพิ่มเติมได้มากกว่าและรู้สึกแปลกใหม่กว่า ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นสู่การเกิดความรู้ระดับการนำไปใช้ได้มากกว่าจนเกิดการประเมินผลที่ดีกว่า

พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่ดี และพฤติกรรมการออกกำลังกายปานกลาง มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยโรค

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ตัวแปรแบบพหุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์	OR	95 % CI	OR _{adj}	95 % CI	P-value OR _{adj}
การศึกษา					
- ประถมศึกษาตอนต้น	0.70	0.32 – 1.52	0.73	0.31 – 1.74	0.480
- ประถมศึกษาตอนปลาย	2.55**	1.05 – 6.22	2.44	0.91 – 6.51	0.076
- มัธยมศึกษาตอนต้น	1.77	0.70 – 4.46	1.58	0.56 – 4.48	0.386
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	0.58	0.21 – 1.60	0.48	0.16 – 1.50	0.207
- อนุสัญญา. / ปวส.	0.65	0.14 – 3.00	0.47	0.08 – 2.71	0.397
- บริญญาตรี	REF.	REF.	REF.	REF.	REF.
โรคร่วมความดันโลหิตสูง					
- มี	3.97**	1.61 – 9.75	4.15**	1.53 – 11.25	0.005
- ไม่มี	REF.	REF.	REF.	REF.	REF.
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน					
- ความรู้ในระดับต่ำ			Undetermine		
- ความรู้ในระดับปานกลาง	0.47**	0.23 – 0.95	0.33**	0.15 – 0.75	0.008
- ความรู้ในระดับสูง	REF.	REF.	REF.	REF.	REF.
พฤติกรรมการควบคุมอาหาร					
- พฤติกรรมไม่ดี	4.20**	1.65 – 10.71	2.43	0.84 – 7.01	0.100
- พฤติกรรมปานกลาง	1.29	0.64 – 2.59	1.04	0.47 – 2.34	0.921
- พฤติกรรมดี	REF.	REF.	REF.	REF.	REF.
พฤติกรรมการออกกำลังกาย					
- พฤติกรรมไม่ดี	3.91**	1.51 – 10.12	4.74**	1.63 – 13.79	0.004
- พฤติกรรมปานกลาง	2.44**	1.29 – 4.63	2.95**	1.44 – 6.03	0.003
- พฤติกรรมดี	REF.	REF.	REF.	REF.	REF.

เรื้อรัง เมื่อเทียบกับพฤติกรรมการออกกำลังกายดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ OR adj = 4.74, 95% CI = 1.63-13.79 และ OR adj = 2.95, 95% CI = 1.44-6.03 ตามลำดับ ซึ่งจากพยาธิวิทยา การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ตัวขนส่งกลูโคส GLUT4 ขนส่งกลูโคสเข้าเซลล์ได้ดีขึ้น ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้นาน และตอบสนองต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ดีขึ้น โดยฮอร์โมนอินซูลินนี้จะนำน้ำตาลในเลือดเข้าสู่เซลล์เพื่อเผาผลาญให้เกิดเป็นพลังงานในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของร่างกาย แต่หากฮอร์โมนอินซูลินเกิดความบกพร่อง ร่างกายจะไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ประโยชน์ได้ตามปกติ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น จนเกิดเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ อาหารก็มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดเช่นกัน เพราะอาหารที่รับประทานเข้าไปส่วนใหญ่มักจะเปลี่ยนเป็นน้ำตาลกลูโคสในกระแสเลือด ดังนั้น

การออกกำลังกายและการควบคุมอาหารจึงเป็นวิธีที่สำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลบุรีรัมย์สาขา 3 ประกอบด้วย

- การมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้นในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรที่จะมีการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในทุกๆราย โดยการติดตามวัดพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose; FPG) ซ้ำทุกปี

- การให้ความรู้ที่จะช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ควรเป็นการนำเสนอด้วยวิธีที่แปลกใหม่กว่าการบรรยายให้ความรู้หรือรูปแบบเดิม ๆ ซึ่งจะช่วยในการกระตุ้นให้เกิดความรู้ทั้งในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับสูง ให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์มากขึ้น ช่วยก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการนำไปประยุกต์ใช้ และเกิดการประเมินผลที่ดีเทียบเท่ากับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับปานกลางที่พร้อมรับรู้และเรียนรู้ความรู้ใหม่ ๆ เสมอ

- พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่ดี และพฤติกรรมการออกกำลังกายปานกลาง มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เมื่อเทียบกับพฤติกรรมการออกกำลังกายดี ดังนั้น การจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้มาเข้าร่วมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยออกกำลังกายวันละ 30-50 นาที 3-5 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งนอกจากจะมีประโยชน์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ควบคุมความดันโลหิต ควบคุมระดับไขมันในเลือด และควบคุมน้ำหนักตัวแล้ว ยังทำให้ผ่อนคลาย ลดความเครียด โดยกิจกรรมจะเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ร่วมกับออกกำลังกายแบบต้านแรง เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด การยกน้ำหนักลูกตุ้ม เป็นต้น รวมทั้งแนะนำการออกกำลังกายที่สามารถนำกลับไปปฏิบัติเองที่บ้านได้ เช่น การเดินต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 10 นาที การทำงานบ้าน การขุดดินทำสวนต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 10 นาที เป็นต้น²⁰

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย แพทย์หญิงพรณทิพาสังฆฤทธิ์ นายแพทย์วรยศ ดาราสว่าง ที่ได้ให้คำแนะนำและแนวทางที่เป็นประโยชน์ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย รวมทั้งเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ที่มีค่าแก่ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิงเอื้อมพากาญจน์รังสิชัย แพทย์หญิงกมลพรรณ เทียมมณีนรัตน์ และแพทย์หญิงสมฤดี การรัมย์ อาจารย์ที่ปรึกษาทั่วไปของผู้วิจัย ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา และให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลบุรีรัมย์สาขา 3 ที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา ญาติพี่น้อง และเพื่อน ๆ ทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจด้วยดีเสมอมา คุณความดีและประโยชน์ที่ได้รับจากวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบแต่ครอบครัว คณาจารย์ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัยทุกท่านที่ทำให้วิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Nam H. Cho, Kirigia J, Claude Mbanya J, Ogurstova K, Leonor Guariguata W. IDF Diabetes Atlas, 8th edition. International Diabetes Federation. [Internet]. 2017 [cited 2020 Dec 29]. Available from: <https://www.scribd.com/document/379318972/IDF-edisi-8-2017-pdf>
2. ชัยลิต รัตนสาร. สถานการณ์ปัจจุบัน และความร่วมมือเพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2560; 1-20. [เข้าถึงเมื่อ 29 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://cdn.fbsbx.com/v/t59.2708-21/56332575_637327860063391_8230568764173713408_n.pdf/IDF_-NovoThailand.pdf?_nc_cat=104&ccb=2&_nc_sid=0cab14&_nc_eui2=AeHRdNTIKaQKBRMITuvFTRq7vdyOshQVumO93LSyFBW6Y3E8aNqwUuqtS1Q1GN-QdBilEgNvcGL-lucMKrVadVU1&_nc_ohc=5idNOq2fzXoAX_J_pp1&_nc_ht=cdn.fbsbx.com&oh=d1c7e168156c8fd0914897eb_1935897b&oe=5FEC64AE&dl=1
3. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรตเจริญ, กนิษฐา ไทยกกล้า และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 29 ธันวาคม 2563]. ISBN 978-974-299-247-7. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4626?show=full>
4. เขมรดี มาลีบุญญ, สายฝน ม่วงคุ่ม และสุวรรณี มหากายนันท. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560;27(2):214-227.
5. สมใจ งามวาง, เทพกร พิทยานัน, นิรชร ชูติพัฒนะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559;3(1):110-128
6. อรุณี สมพันธ์, แสงทอง ธีระทองคำ, นพวรรณ เปียชื่อ, สมนึก สกุนหงส์โสภณ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2558;21(1):96-109.
7. Yin Y, Han W, Wang Y, Zhang Y, Wu S, Zhang H, et al. Identification of Risk Factors Affecting Impaired Fasting Glucose and Diabetes in Adult Patients from Northeast China. *Int J Environ Res Public Health* 2015;12(10):12662-12678.
8. Buckley C, Madden J, Balanda K, Barron S, Fahy L, Harrington J, et al. Pre-diabetes in adults 45 years and over in Ireland: The Survey of Lifestyle, Attitudes and Nutrition in Ireland 2007. *Diabet Med* 2013;30(10):1198-1203.
9. Hu Z, Gao F, Qin L, Yang Y, Xu H. A Case-Control Study on Risk Factors and Their Interactions with Prediabetes among the Elderly in Rural Communities of Yi yang City, Hunan Province. *J Diabetes Res*. 2019; 1386048.
10. Wagner R, Thorand B, Osterhoff M, Müller G, Böhm A, Meisinger C, et al. Family history of diabetes is associated with higher risk for prediabetes: A multicentre analysis from the German Center for Diabetes Research. *Diabetologia* 2013; 26(10):2176-2180.
11. Diaz-Redondo A, Giráldez-García C, Carrillo L, Serrano R, García-Soidán FJ, Artola S, et al. Modifiable risk factors associated with prediabetes in men and women: A cross-sectional analysis of the cohort study in primary health care on the evolution of patients with prediabetes. *BMC Fam Pract*. 2015; 16(1):1-9.
12. Okwechime IO, Roberson S, Odoi A. Prevalence and Predictors of Pre-Diabetes and Diabetes among Adults 18 Years or Older in Florida: A Multinomial Logistic Modeling Approach. *PLoS One* [Internet]. 2015 2015; 10(12): (e0145781).
13. Zhao M, Lin H, Yuan Y, Wang F, Xi Y, Wen L, et al. Prevalence of pre-diabetes and its associated risk factors in rural areas of Ningbo, China. *Int J Environ Res Public Health* 2016; 13(8): 1-13.
14. Schesselman JJ. Sample size requirement in cohort and case-control studies of disease. *Am J Epidemiol* 1974; 99(6):38-384.

15. Schesselman JJ. Case-control studies design, conduct analysis. New York: Oxford University Press; 1982.
16. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportion. London: John Wiley & Sons; 1981.
17. วิเชียร เกตุสิงห์. ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย. เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้. วารสารข่าวสารการวิจัยการศึกษา 2538;18(3):8-10.
18. Lastra G, Syed S, Kurukulasuriya LR, Manrique C, Sowers JR. Type 2 diabetes mellitus and hypertension: An update. Endocrinol Metab Clin North Am. 2014; 43(1):103-122.
19. เกดสินี จุฑาวิจิตร. การสื่อสารเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครปฐม: สถาบันราชภัฏนครปฐม; 2542.
20. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย; 2560.



*Share passion..
..Get inspired*

PCFM

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว
THE JOURNAL OF PRIMARY CARE AND FAMILY MEDICINE

