

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

# พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่สาธารณสุขเขต 4

สุรียา สุนทราศรี\*

อรรรรณ บำรุง\*

ณัฐอนงค์ อนันตวงษ์\*

ธีระ เบญจมโยธิน\*

\*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตเมืองและชนบทจังหวัดอ่างทองและนนทบุรีที่เน้นการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยารักษา การดูแลสุขภาพกายและใจ และการติดตามผลการรักษา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2549 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในลักษณะของการจำแนกคำตอบของผู้ป่วยแต่ละคนแล้วนำไปเรียบเรียงนำเสนอความคิดเห็น แนวคิดและประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง

การวิจัยพบว่า ก่อนป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยรู้จักโรคเบาหวาน ไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรครวมทั้งการป้องกันและการรักษา ขณะป่วยได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวและดูแลตนเองตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ส่วนใหญ่รับรู้โรคเบาหวานรักษาไม่หาย คุมเบาหวานได้ไม่ดี ผู้ป่วยชนบทคุมเบาหวานได้ดีกว่าเขตเมือง (20% และ 3% ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ไม่ทราบคำดัชนีมวลกาย รอบเอวของตนเอง อาการเตือนของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำไม่วิตกกังวลเรื่องการรักษา มีปัญหาการควบคุมเบาหวานคือขาดการควบคุมอาหารอย่างจริงจัง ออกกำลังกายไม่เพียงพอ ให้ความสนใจต่อการใช้ยารักษา มากกว่าการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงความรู้โรคเบาหวานน้อย ทำให้ขาดการดูแลตนเอง จึงจำเป็นต้องสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างความตระหนักให้ประชาชนทั่วไปหันมาสนใจตนเองมากขึ้น ควรจัดทีมดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ประกอบด้วยแพทย์ โภชนากร พยาบาล เภสัชกร เป็นต้น

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

**บทนำ**

โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด สาเหตุจากพฤติกรรมและ

แบบแผนชีวิตที่เปลี่ยนไป ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมากในทุกประเทศทั่วโลก คือเพิ่มขึ้นจาก 135 ล้านคนใน ค.ศ.1995 เป็น 151 ล้านคนใน ค.ศ. 2000

และคาดว่าจะเพิ่ม 221 ล้านคนใน ค.ศ. 2010 และ 300 ล้านคนใน ค.ศ. 2025 โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในวัยกลางคน และผู้สูงอายุ และประเทศที่กำลังพัฒนาจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากที่สุด<sup>(1,2)</sup> ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพ ของประชาชนอย่างมากทั้งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และการจัดการบริการเพื่อรองรับปัญหาดังกล่าว<sup>(3)</sup> พบโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้บ่อยที่สุดและมีผู้ป่วยชนิดนี้มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด<sup>(1)</sup> สำหรับประเทศไทย พบความชุกของโรคเบาหวาน มีแนวโน้มสูงขึ้น<sup>(4)</sup> อัตราความชุกของโรคเบาหวานในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 9.6 หรือ 2.4 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้ที่รู้ตัวว่าเป็นโรคเบาหวานเพียงครึ่งเดียว อัตราความชุกของโรคเบาหวานในเมืองสูงกว่าในชนบทและเพิ่มขึ้นตามอายุ<sup>(5)</sup> การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สำคัญต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งนี้สามารถควบคุมได้ โดยดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวันในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยารักษา และการติดตามผลการรักษาด้วยตัวเอง แต่จากการทบทวน องค์ความรู้ สถานการณ์และรูปแบบการให้สุขศึกษา โรคเบาหวานในประเทศไทยและต่างประเทศของ ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ<sup>(6)</sup> พบว่าการ ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานที่ผ่านมามุ่งเน้นการรักษา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นส่วนใหญ่ องค์ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอที่จะนำไปใช้เป็นนโยบายของประเทศได้

การวิจัยนี้ มีประเด็นที่ต้องการศึกษา คือ 1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานรับรู้ภาวะสุขภาพและมีความเข้าใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานตลอดจนให้ความหมายการป่วยเป็นโรคเบาหวานอย่างไร 2. การดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวันด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยารักษา การติดตามผลการรักษา และการดูแลสุขภาพกายใจของผู้ป่วย 3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 4. ความแตกต่างด้านพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพ

สุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเมืองและชนบท และ 5. ความแตกต่างของการควบคุมน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเมืองและเขตชนบท

## วิธีการศึกษา

**วัตถุประสงค์** การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ได้จากการเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 120 คน ตามแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพและรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยในการสร้างแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกให้ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษา การวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ควบคุมโรค

## วิธีการศึกษา

1. สุ่มเลือกจังหวัดในพื้นที่สาธารณสุขเขต 4 (จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา และอ่างทอง) ร้อยละ 50 โดยวิธีจับฉลาก (simple random sampling) ได้จังหวัดนนทบุรีและอ่างทอง

2. สุ่มเลือกศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรีและอ่างทองจังหวัดละ 1 แห่งโดยวิธีจับฉลากได้ศูนย์สุขภาพชุมชนท่าทราย จังหวัดนนทบุรี และศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านแห จังหวัดอ่างทอง เป็นตัวแทนของพื้นที่เขตเมือง

3. สุ่มเลือกโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงในพื้นที่จังหวัดนนทบุรีและอ่างทองร้อยละ 50 โดยวิธีจับฉลากได้โรงพยาบาลบางใหญ่ และโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไชโย และโรงพยาบาลแสลงกา จังหวัดอ่างทอง เป็นตัวแทนของพื้นที่เขตชนบท

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวานของสถานบริการที่สุ่มเลือกได้ มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษามาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี เข้าร่วมโครงการด้วยความ

สมัครใจ พูดคุยสื่อสารได้ ช่วยเหลือตนเองได้ และมีเวลาสำหรับให้สัมภาษณ์อย่างน้อยครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังกล่าวได้รับการคัดเลือกมาด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างตามสะดวกเฉพาะวันที่มีคลินิกเบาหวาน มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเมือง 60 คน และเขตชนบท 60 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง 120 คน

**การเก็บข้อมูล** ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ เพื่อดูความชัดเจนและความครอบคลุมของเนื้อหา นำผลที่ได้มาพิจารณาเกี่ยวกับความเข้าใจข้อความและปฏิกิริยาของผู้ตอบ ความต่อเนื่องของเนื้อหาสาระ แก้ไขให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง จากนั้นจึงเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างที่ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2549 สัมภาษณ์ครั้งเดียว โดยใช้เวลายืดหยุ่นตามความเหมาะสม ประมาณครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง ในระหว่างสัมภาษณ์ไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการ

**การวิเคราะห์ข้อมูล** เปลี่ยนข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกให้เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ แล้วนำมาเขียนคู่มือการลงรหัส 2 วิธี วิธีแรกลงรหัสโดยการแบ่งข้อมูลเป็น 2 ส่วน ในกรณีที่เป็นการถามที่ต้องการเพียงคำตอบว่า เชื่อ/ไม่เชื่อ รู้/ไม่รู้ เป็นต้น และวิธีที่ 2 ลงรหัสโดยการจัดเรียงลำดับ เช่น ทุกมือ/ บางมือ/ ไม่กิน<sup>(7)</sup> จากนั้นนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติประเภทร้อยละ การวิเคราะห์เชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ในลักษณะของการจำแนกคำตอบของผู้ป่วยแต่ละคนแล้วนำมาเรียบเรียง เพื่อนำเสนอความคิดเห็น และประสบการณ์ที่ผู้ป่วยปฏิบัติจริง

## ผลการศึกษา

### ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไป

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (78%) มีอายุอยู่ในช่วง 40-70 ปี โดยร้อยละ 68 มีอายุอยู่ในช่วง 50-69 ปี นับถือศาสนาพุทธ มีเพียงร้อยละ 12 ที่นับถือศาสนาอิสลาม มีการศึกษาอย่างน้อยชั้นประถมศึกษา โดยร้อยละ 68 จบ

ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 19 จบชั้นมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า และร้อยละ 13 ไม่ได้เรียนหนังสือ สมรสแล้วและอยู่ด้วยกันกับสามีร้อยละ 61 และเป็นหม้าย/หย่า/แยกกันกับสามีร้อยละ 28 การกระจายตามเพศ อายุ ศาสนา การศึกษา และสถานภาพสมรสทั้งเขตเมืองและชนบท มีลักษณะคล้ายคลึงกัน สัดส่วนของผู้ป่วยที่อยู่โดยลำพังเขตเมืองใกล้เคียงกับชนบท (8% และ 7% ตามลำดับ) อาชีพที่ผู้ป่วยเขตเมืองทำมากกว่าชนบทคือ อาชีพแม่บ้าน เกษตรกร และรับจ้าง (45% และ 18% เท่า ๆ กัน) ส่วนอาชีพที่ผู้ป่วยเขตชนบททำมากกว่าเขตเมืองคือ อาชีพค้าขาย และงานบ้าน (22% และ 13% ตามลำดับ) มีรายได้พอใช้แต่ไม่มีเงินออม (50% และ 62% ตามลำดับ) และมีภาระหนี้สินอยู่บ้าง (25% และ 18% ตามลำดับ) เกินครึ่งเล็กน้อย (55% และ 52% ตามลำดับ) ใช้สิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค รองลงมาคือใช้สิทธิผู้สูงอายุและสิทธิประกันสังคม

### ส่วนที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพและความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน

พบผู้ป่วยไม่กี่คนที่เคยเจ็บป่วยในอดีตที่รุนแรง และต้องใช้เวลายาวนานในการรักษา บางคนบอกว่าการป่วยเป็นโรคเบาหวานหนักกว่าการเจ็บป่วยในอดีตเพราะ “...ต้องรักษาตลอดชีวิต” “... น้ำตาลขึ้นถึงตายได้...” ผู้ป่วยคาดว่าในอนาคตอาจเกิดโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานได้ถึงร้อยละ 15 สัดส่วนของผู้ป่วยที่ตรวจและไม่ตรวจสุขภาพประจำปี 1 : 7 ขณะสัมภาษณ์ผู้ป่วยประเมินตนเองว่า มีภาวะสุขภาพดีร้อยละ 87 ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 บอกว่าการป่วยเป็นโรคเบาหวานไม่เป็นการของครอบครัวและไม่ทำให้บทบาททางสังคมเปลี่ยนไปจากเดิม ครั้งแรการู้ตัวว่าเป็นโรคเบาหวานไม่รู้สึกกังวลเรื่องการรักษา (78%) ในอนาคตก็เช่นกัน พบว่ามากกว่า 9 ใน 10 ไม่กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษา ความยุ่งยากและความไม่สะดวกในแผนการรักษา การรับประทานยา และผลข้างเคียงของยา ในระหว่างรักษาผู้ป่วยร้อยละ 79 ไม่รู้สึกท้อแท้ เมื่อตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดสูง “...ซน

กับมัน มีขึ้นมีลง เลยเฉย ๆ” “ทำให้ขึ้นได้ลงได้” “...คนเป็นกันเยอะ” “...เป็นแล้ว ก็รักษาตามอาการ” “ดูว่าเป็นโรคธรรมดาไปเสียแล้ว...”

### ส่วนที่ 3 การให้ความหมายการป่วยเป็นโรคเบาหวานและการรับรู้เรื่องโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (92%) ไม่ทราบความหมายของโรคเบาหวาน บางคนสงสัยว่าการทำพฤติกรรมบางอย่างซ้ำ ๆ อาจเป็นสาเหตุของโรคเบาหวาน เช่น “...แถวบ้านฉันทำไร่ปลูกผักกันแล้วมีคนเป็นโรคเบาหวานกันเยอะอาจเป็นเพราะกินผักฉืดยา” “พวกที่ติดเหล้าเมื่อเลิกเหล้าจะเป็นโรคเบาหวานได้ (สังเกตจากคนแถวบ้าน)” พบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมดรู้จักโรคเบาหวานมาก่อนป่วย โดยส่วนใหญ่ทราบจากเพื่อนหรือเห็นเพื่อนบ้านเป็น และร้อยละ 89 เป็นโรคเบาหวานโดยไม่รู้ตัวมาก่อน ส่วนใหญ่ (84%) ไม่ทราบค่าปรกติของระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ทราบค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (98%) และทุกคนไม่ทราบระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารเช้าและก่อนนอน เกือบทั้งหมด (96%) ไม่ทราบค่าดัชนีมวลกายของตนเองและร้อยละ 73 ไม่ทราบรอบเอวของตนเอง เกินครึ่งเล็กน้อย (57%) ที่รับรู้ว่าการมีน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญ มีบางคนเข้าใจว่าโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเช่นโรคไต ไต อาจเกิดจากการใช้ยารักษาโรคเบาหวานนาน ๆ บางคนไม่ทราบว่าป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้อย่างไรเนื่องจาก “...หมอบอกนานแล้วสิ” “ยังไม่เคยเป็น...” ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมดรับรู้อาการเตือน จากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยสังเกตจากอาการที่เคยเป็นมาก่อนเช่น “ถ้าน้ำตาลสูงจะเพลีย ไม่มีแรง ปัสสาวะบ่อย” “ผิวคล้ำดำ ตุ่มน้ำบ่อย ชอบกินน้ำเย็น” “ปัสสาวะมีกลิ่นหวาน” “น้ำหนักลด” “เคยอาเจียนทั้งวัน ปรากฏว่าน้ำตาลมากเกิน” ป้องกันโดย “คุมอาหารเพื่อให้น้ำตาลลด” “กินอาหารให้ครบหมู่” “ไม่กินหวานมาก กินยาตามที่หมอสั่ง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ” “เมื่อก่อนกินเป๊ปซี่ เดียวนี้ไม่กินแล้ว” บางคนบอก “ไม่เคยสังเกต” “ไม่เคยมีน้ำตาล

สูงมาก ๆ” “เคยสูง 200 กว่าก็ยังไม่รู้สึกสบาย อาการปรกติ” บางคนไม่ทราบวิธีแก้ไขปัญหาเบื้องต้นก่อนไปพบแพทย์เพราะไม่แน่ใจว่าน้ำตาลจะสูงหรือต่ำ ยังไม่เคยมีอาการ จึงไม่คิดวิธีป้องกัน เป็นต้น มีเพียงไม่กี่คนเท่านั้นที่บอกว่าแก้ไขโดยสังเกต จากอาการที่เคยเป็น เช่น “เวลาผิวคล้ำกินยาต้มร่วมกับยาที่หมอสั่ง น้ำตาลสูงเกินไปก็กินยาเพิ่ม” “เปิดพัดลมแล้วนอนพัก” และมีไม่ถึงครึ่ง (48%) ที่รับรู้อาการเตือนจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยสังเกต จากอาการที่เคยเป็นเช่นกัน เช่น “...เหงื่อออก ตัวเย็น” “เหงื่อออกมาเป็นเม็ดใหญ่” “หน้ามืด มักเป็นตอนดึก ตอนเย็นปัสสาวะหน้ามืด ต้องนั่งสักพักอาการจะดีขึ้น” บางคนบอก “...เคยมีอาการคล้ายจะเป็นลม ใจหวิว ๆ หิวข้าว เหงื่อออกเต็มเลย ไม่รู้ว่าเป็นน้ำตาลสูงหรือต่ำ” บางคนบอกว่าจะยังไม่เคยมีอาการแต่ก็คอยระวังอยู่ “ไม่เคยต่ำ แต่เขาบอกว่าต่ำก็จะวูบ” “ทุกวันนี้ก็ระวังตัว ควบคุมตัวเอง เรื่องกินข้าวสังเกตถ้ามีตามัว มองดวงไฟเป็นสายรุ้งแสดงว่าน้ำตาลลง” “หมอเคยบอกว่าเวียนหัว หน้ามืด แต่ไม่เคยเป็น” ผู้ป่วยที่มีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำส่วนใหญ่ ได้แก้ปัญหาก่อนไปพบแพทย์โดยการ “กินของหวาน ๆ...กินบีบเดียวก็หาย” “...ของหวาน กินไปก่อนจะสูงก็ไม่เป็นไร สักพักก็สบายขึ้น” “ต้องรีบกินข้าว...” “... กินเฮลบลูบอยดีที่สุด กิน 1 ผา ไม่ต้องผสมกินตอนจำเป็น” บางคน ไม่ทราบว่าปัสสาวะอะไรแน่ จึงไม่ได้แก้ไขในขณะที่บางคนไม่ได้หาวิธีป้องกันเพราะ “รู้วิธีแก้ ถ้าเป็นก็กินน้ำตาล...” มีผู้ป่วยไม่กี่รายที่บอกวิธีป้องกันคือ “กินอาหารให้ตรงเวลา” “ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย งดอาหารหวาน” “ควรหาน้ำหวานเตรียมไว้”

### ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (89%) ทราบเหตุผลในการควบคุมอาหาร บางคนบอกว่า “หมอไม่บอกว่าคุณ

**กินอาหาร 5 หมู่ ก็ไม่รู้อะไร 5 หมู่** มากกว่า 8 ใน 10 จำกัดปริมาณการกินเครื่องในสัตว์ เครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ขนมหวาน อาหารมัน ๆ แกงใสกะทิ และอาหารประเภททอด ร้อยละ 71 ไม่วางแผนในการรับประทานอาหารแต่ละมื้อ บางคนวางแผนแต่ไม่ได้จำกัดปริมาณที่รับประทานและมีบางคนที่ไม่สามารถทำตามแผนที่วางไว้ **“คนทำไรทำนา ทำงานหนัก ให้กินข้าวมื้อละ 1 ททัพที่จะเอาแรงที่ไหนไปทำงาน”** ร้อยละ 77 คุมอาหารเมื่อไปงานเลี้ยงได้และร้อยละ 75 มีการปรับแผนการรับประทานอาหารเมื่อพบระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยที่คุมอาหารไม่ได้บอกว่า **“นาน ๆ กินที” “เวลากินลืมนึก...”** พบผู้ป่วยไม่ถึงครึ่ง (39%) ที่รู้จักอาหารแลกเปลี่ยน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (88%) ทราบเหตุผลของการออกกำลังกาย ยังมีบางคนไม่ทราบว่าต้องออกกำลังกายขนาดไหนจึงจะควบคุมโรคเบาหวานได้ ผู้ป่วยทุกคนไม่ทราบค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ควรออกกำลังกาย ร้อยละ 73 ไม่มีการวางแผนออกกำลังกาย เกือบครึ่ง (48%) ไม่สามารถออกกำลังกายตามที่หมอบอกได้ให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา บางคนบอก **“สุขภาพไม่ดี...”** บางคนรู้สึกยุ่งยาก ซี้เกียจ มีไม่ถึงครึ่งที่ออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยเหงื่อออกและทำอย่างสม่ำเสมอ (46% และ 47% ตามลำดับ) กิจกรรมที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำ คือเดิน ซ้ำจักรยาน ว่ายน้ำ เดินแอโรบิค บริหารร่างกาย และสิ่งที่ผู้ป่วยระมัดระวังไม่ให้เกิดขึ้นขณะออกกำลังกายคือ **“ระวังไม่ให้เป็นแผลที่เท้า หมอบอกเป็นแผลจะหายยาก” “ระวังไม่ให้ล้ม ถ้ารู้สึกเหนื่อย หมอบอกให้นั่งลง...”**

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (91%) ทราบเหตุผลของการกินยาจากแพทย์/เจ้าหน้าที่ แต่ทราบอาการไม่พึงประสงค์ของยาเพียงร้อยละ 14 เกือบทั้งหมดไม่รู้จักชื่อยาที่กิน (99%) แต่บอกลักษณะของยาได้กินยาตรงเวลา (99%) ไม่เคยลืม (72%) ไม่เคยเพิ่มหรือลดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ (94%) ในระหว่างรักษาผู้ป่วยเกินครึ่งเล็กน้อย (58%) บอกว่าไม่เคยรับยารักษาโดยแพทย์

ส่วนใหญ่จะคุมเบาหวานโดยการกินยาเป็นหลัก **“...เมื่อก่อนคุมอาหาร ออกกำลังกายดี ตอนนี้อย่างไร เพราะไม่ค่อยมีเวลา อายุก็มากแล้ว”** พบเพียงร้อยละ 23 ที่คุมทั้งอาหารและออกกำลังกายร่วมกับการกินยา ผู้ป่วยร้อยละ 67 เคยใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยารักษาเบาหวาน สมุนไพรที่ใช้ส่วนใหญ่จะต้มดื่มแทนน้ำชา บางคนบอก **“กินแล้วไม่ดี ลองกินแล้วเบาหวานก็ยังขึ้น” “สมุนไพรบางอย่างกินแล้วทำลายไต ดับ”** ตัวอย่าง ยาสมุนไพรที่ผู้ป่วยใช้ เช่น แสม ใบหนวดแมว บอระเพ็ด ใบกระท่อม ลูกใต้ใบ ใบเปะดำปิง ต้นกุสุมตากแห้ง หมากแห้ง ขมิ้นชัน กระเจียวเขียว ใบเตย ตะไคร้ กาฝากมะม่วง ใบหูขวาง เป็นต้น

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (72%) ไม่ตั้งเป้าหมายการรักษาให้กับตัวเอง โดยบอกว่า **“ไม่ได้คาดหวังขนาดนั้น ขึ้นก็ขึ้น ลงก็ลง” “น้ำตาลไม่ขึ้นไม่ลงเพราะไม่กินของจุกจิก” “ปล่อยให้ไปไปตามปกติ”** ผู้ป่วยที่ตั้งเป้าหมายการรักษาบางคนทำได้ในช่วงแรก ๆ ช่วงหลัง ๆ ทำไม่ได้ พบไม่ถึงครึ่ง (43%) ที่เคยนำผลเลือดไปปรับแผนควบคุมน้ำตาลในเลือด ส่วนใหญ่จะปรับโดยการคุมอาหารและออกกำลังกายให้มากขึ้น ผู้ป่วยที่ไม่เคยปรับแผนการรักษาบอกว่า **“ไม่คิดว่าน้ำตาลจะสูงเพราะไม่ชอบกินน้ำตาล...” “ยังคุมไม่ได้ ยังกินเปิบซี่”** ผู้ป่วยบางคนเคยสังเกตว่าถ้ากินอาหารที่ให้พลังงานสูงแล้วจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้โดยสังเกตจากอาการ **“ถ้าเป็นมาก ๆ จะอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เวียนศีรษะ” “รู้สึกว้าวรับประทานมากจะอาเจียน” “เวลาน้ำตาลขึ้นจะหน้ามืด เวียนศีรษะ”**

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะดูแลเท้าเป็นพิเศษ (83%) โดยใส่รองเท้าประจำ (99%) แต่ทำการบริหารเท้าเพียงร้อยละ 68 การบริหารเท้าที่ทำประจำคือ ยกเท้าขึ้นลง เกร็งเท้า แกว่งเท้า บางคนบริหารไม่สม่ำเสมอบอกว่า **“ไม่มีเวลา” “หมอบอกเรื่องการบริหารเท้า”** บางคนยังไม่ทราบอาการผิดปกติของเท้าที่ควรไปพบแพทย์ รักษาอาการขาของเท้าโดยใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน เช่น **“...จะใช้มะนาวเขียวผ่าซีกแล้วถูไปตามใจชอบ ทำทุก**

วัน” บางคนเป็นเบาหวานมาหลายปีแล้ว แต่ไม่เคยได้รับการตรวจตาเลยบอกว่าตายังมองเห็นดี บางคนแพทย์แนะนำให้ไปตรวจแต่ไม่ยอมไปอ้างว่าไม่มีคนพาไป

การป่วยเป็นเบาหวานทำให้ผู้ป่วยบางคนต้องเผชิญกับปัญหาเรื่องการควบคุมอาหาร “... **คุณได้แต่ต้องทำใจมาก ๆ**” บางคนไม่มีปัญหาหนักใจเพราะ “**ไม่เคยคุมอาหาร ไม่เคยออกกำลังกาย (หัวเราะ)...**” “...**ขึ้นกับว่าเราจะทำหรือไม่ทำ**” ร้อยละ 63 จัดการปัญหาการรักษาโรคเบาหวานโดยอาศัยบุคคลอื่น มีเพียงร้อยละ 37 ที่แก้ปัญหาด้วยตนเองไม่ปรึกษาใคร “**ไม่กล้าบอกใครกลัวเขาเอาเรื่องเราไปพูด**” “**ไม่ปรึกษาใครเลย คิดว่าคนอื่นเป็นมากกว่าเรา**” “**ไม่เคยถามใคร หมอก็ไม่ค่อยมีเวลาให้ถาม**”

#### ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การรับรู้ ความเชื่อ แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง การเข้าถึงบริการ กำลังใจจากครอบครัว และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (85%) เชื่อว่าคนที่ไม่ออกกำลังกายเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน รองลงมาเชื่อว่า คนที่มีความเครียด (76%) คนอ้วน (65%) และกรรมพันธุ์

(62%) เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานเช่นกัน เชื่อว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดใช้บอกความรุนแรงของโรคได้ (77%) เชื่อว่าโรคเบาหวานรักษาไม่หาย (88%) ผู้ป่วยใช้แรงจูงใจภายในตัว “**อยากมีสุขภาพดี ไม่อยากเป็นภาระของคนอื่น**” และแรงจูงใจ จากภายนอกในการดูแลตนเอง “**อยากอยู่กับลูกหลานนาน ๆ**” “**คนอื่นอยู่ได้เราก็กินได้**” “**รักษาให้อาการทรงอยู่ได้ ไม่รุนแรง ทำมาหากินได้**” ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับเพราะมีระบบคิว ใกล้บ้าน ถึงแม้ว่าจะมีผู้ป่วยบางคนที่เคยไปรับบริการของเอกชนมาก่อนจะรู้ถึงความแตกต่างของบริการที่ได้รับบ้างแต่ก็ยังรู้สึกพอใจไม่รู้สึกว่ายาวนานเพราะเข้าใจการทำงานของเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (82%) ต้องการกำลังใจจากครอบครัว คนที่ให้ความหวังใจและให้ความร่วมมือในการรักษา มากที่สุด คือ ลูกหลานและบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ผู้ป่วยสื่อสารเรื่องการควบคุมเบาหวานกับกลุ่มคนหลายกลุ่ม และจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น แพทย์ พยาบาล การแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน จากการอ่านหนังสือ คู่มือ และเรียนรู้จากอาการที่เคยเป็น

#### ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเขตเมืองและชนบท

เขตเมืองผู้ป่วยส่วนใหญ่จำกัดปริมาณการ

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	เขตเมือง		เขตชนบท	
	ทำ	ไม่ทำ	ทำ	ไม่ทำ
การจำกัดอาหารที่กิน				
เครื่องในสัตว์	81.7	18.3	88.3	11.7
เครื่องดื่มที่มีน้ำตาล	76.7	23.3	88.3	11.7
ขนมหวาน	75	25	88.3	11.7
อาหารมัน ๆ	75	25	86.7	13.3
แกงใส่กะทิ	71.7	28.3	88.3	11.7
การกินอาหารแต่ละมื้อ				
มีการวางแผน	30	70	28.3	71.7

บริโภคเครื่องในสัตว์มากที่สุด (82%) ในขณะที่ชนบท ผู้ป่วยส่วนใหญ่จำกัดปริมาณการบริโภคเครื่องในสัตว์ เครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ขนมหวานและแกงใส่กะทิใน ปริมาณที่เท่า ๆ กัน (88%) ทั้งเขตเมืองและชนบทผู้ป่วย ส่วนใหญ่ไม่มีการวางแผนในการรับประทานอาหารอยู่ใน สัดส่วนใกล้เคียงกัน (70% และ 72% ตามลำดับ) ดัง ตารางที่ 1

ไม่มีการวางแผนออกกำลังกาย เกินครึ่งเล็กน้อย สามารถออกกำลังกายตามที่หมอบอกได้ (55% และ 50% ตามลำดับ)

ผู้ป่วยทั้งเขตเมืองและชนบทออกกำลังกายอยู่ใน สัดส่วนใกล้เคียงกัน (75% และ 77% ตามลำดับ) โดย ส่วนใหญ่ไม่มีแผนการออกกำลังกายมาก่อน (72% และ

75% ตามลำดับ) เกินครึ่งเล็กน้อยสามารถออกกำลังกายตามที่หมอบอกได้ (55% และ 50% ตามลำดับ) สัดส่วนของการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (43% และ 50% ตามลำดับ) และออกกำลังกายจนเหนื่อย (50%) ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่ไม่เตรียมของหวานติดตัวเวลา ออกนอกร้านหรือเมื่อไปออกกำลังกาย (93% และ 65% ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ทั้งเขตเมืองและชนบทผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบชื่อ ยาที่กิน (98% และ 100% ตามลำดับ) ในระหว่างการ รักษาผู้ป่วยเขตเมืองมีการปรับยารักษาโดยแพทย์น้อยกว่าชนบท (28% และ 55% ตามลำดับ) คุมทั้งอาหาร และออกกำลังกายร้อยละ 23 เท่า ๆ กัน และส่วนใหญ่ ไม่ใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยารักษาเบาหวาน (68% และ

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการออกกำลังกายกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมการออกกำลังกาย	เขตเมือง		เขตชนบท	
	ทำ	ไม่ทำ	ทำ	ไม่ทำ
การวางแผนออกกำลังกาย	28.3	71.7	25	75
การออกกำลังกาย	73.3	26.7	76.7	23.3
ตามที่หมอบอก	55	45	50	50
สม่ำเสมอ	43.3	56.7	50	50
จนเหนื่อย	49.7	50.3	50	50
การเตรียมขนมหวานติดตัวเวลาออกกำลังกาย	6.7	93.3	35	65

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมการออกกำลังกาย	เขตเมือง		เขตชนบท	
	ทำ	ไม่ทำ	ทำ	ไม่ทำ
รู้จักยาเบาหวานที่กิน	1.7	98.3	0	100
ปรับการรักษาโดยแพทย์	28.3	71.7	55	45
ขณะกินยาคุมทั้งอาหารและออกกำลังกาย	23.3	76.7	23.3	76.7
ขณะกินยาใช้ยาสมุนไพรร่วมด้วย	31.7	68.3	33.3	66.7
การตั้งเป้าหมายการรักษา	20	80	36.7	63.3
การนำผลเลือดไปปรับแผนการรักษา	21.7	78.3	63.4	36.7

67% ตามลำดับ) ในเขตเมืองผู้ป่วยตั้งเป้าหมายการรักษาให้กับตัวเองน้อยกว่าชนบท (20% และ 63%) ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

### ส่วนที่ 7 การควบคุมน้ำตาลที่ดีของผู้ป่วยเขตเมืองและชนบท

จากการศึกษา โดยภาพรวมพบผู้ป่วยเพียงร้อยละ 12 เท่านั้นที่คุมเบาหวานได้ดี (นำค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่เจาะหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose, FPG) ที่บันทึกในแผ่นประวัติของผู้ป่วยในวันเก็บข้อมูลและ 2 ครั้งสุดท้ายก่อนเก็บข้อมูลรวมกันแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย ถ้าค่าเฉลี่ยของ FPG 3 ครั้ง  $\leq$  140 มก.% ถือว่าคุมเบาหวานได้ดี ถ้า  $\geq$  140 มก.% ถือว่าคุมเบาหวานได้ไม่ดี) โดยเขตชนบทคุมเบาหวานได้ดีกว่าเขตเมือง (20% และ 3% ตามลำดับ)

### วิจารณ์

จากการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบผู้ป่วยเกือบ 9 ใน 10 ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันรวมทั้งการมีกิจกรรมร่วมกับสังคมได้ตามปกติ เป็นผลทำให้ 8 ใน 10 ไม่เป็นภาระของครอบครัวประกอบกับได้รับสิทธิในการรักษาไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย บทบาททางสังคมไม่เปลี่ยนแปลง การคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอนาคต ไม่ว่าจะมีความลำบากในการไปใช้บริการทางการแพทย์ การที่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ในการรักษา ความยุ่งยากซับซ้อนของแผนการรักษา ระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษา ความไม่สุขสบายและความไม่สะดวกในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา การกินยาและผลข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเพียง 1 ใน 10 ที่รู้สึกกังวลอีก 9 ใน 10 ไม่รู้สึกกังวลเนื่องจากผู้ป่วยทำใจได้ บางคนบอกเมื่อเป็นแล้ว ก็ต้องรักษา ประกอบกับเห็นคนเป็นกันมากจึงมองเป็นเรื่องธรรมดา

ก่อนรักษาพบผู้ป่วยเพียงครั้งหนึ่งที่รู้จักโรคเบาหวานมาก่อนโดยส่วนใหญ่รู้จักจากเพื่อนบ้านหรือเห็น

เพื่อนบ้านเป็น ในจำนวนนี้มากกว่า 9 ใน 10 ไม่ทราบความหมายของโรคเบาหวาน 8 ใน 10 ไม่รู้ทั้งอาการ การป้องกันและการรักษาโรค และเกือบ 9 ใน 10 เป็นโรคเบาหวานโดยไม่รู้ตัวมาก่อน เป็นผลทำให้ขาดความระมัดระวังตัวเพื่อป้องกันโรค เกือบทุกคนไม่รู้ค่าดัชนีมวลกายของตนเอง เช่นเดียวกับรอบเอวที่มีผู้ป่วยมากถึง 7 ใน 10 ไม่รู้รอบเอวของตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นผลทำให้ผู้ป่วยขาดการควบคุมตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการมีน้ำหนักมากเกินหรืออ้วนลงพุงจะเป็นผลทำให้อินซูลินรีเซปเตอร์ในเนื้อเยื่อต่างๆ ลดลงส่งผลต่อการออกฤทธิ์ของอินซูลินในกระบวนการเผาผลาญอาหารผิดปกติ ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้<sup>(8)</sup> อีกทั้งยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดจากโรคเบาหวาน<sup>(9)</sup> ผู้ป่วยจึงควรรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 20-23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เส้นรอบเวดต้องไม่เกิน 36 นิ้วในชาย และไม่เกิน 32 นิ้วในหญิง<sup>(10)</sup> พบผู้ป่วยเพียงครึ่งหนึ่งและเกินครึ่งเล็กน้อยที่รู้อาการเตือนของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ ตามลำดับ โดยรู้จากการอาการที่เคยเป็นและไม่คิดหาวิธีป้องกันเพราะรู้วิธีแก้ไข แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องและไม่เห็นความสำคัญของการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานโดยเฉพาะภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดใกล้เคียงปกติสามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาและไตรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทได้<sup>(11,12)</sup>

จากการศึกษาพบผู้ป่วยมากถึง 7 ใน 10 ที่ไม่วางแผนควบคุมอาหาร มากกว่าครึ่งไม่รู้จักอาหารแลกเปลี่ยน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยขาดข้อมูลรายละเอียดที่จะต้องรู้และต้องปฏิบัติที่ชัดเจน ผู้ป่วยไม่ถึงครึ่งออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยเหงื่อออกโดยปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และเกินครึ่งเล็กน้อยที่ออกกำลังกายได้ตามที่แพทย์บอก โดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา มีปัญหาสุขภาพ บางคนรู้สึกยุ่งยาก ซ้ำเกียจ ซึ่งเหตุผลดังกล่าว



อาจเป็นข้อมูลสนับสนุนที่ทำให้ผู้ป่วย 7 ใน 10 ไม่วางแผนออกกำลังกาย ผู้ป่วยเกือบทุกคนไม่รู้ชื่อยารักษาโรคเบาหวานที่กิน และรู้อาการไม่พึงประสงค์ของยาเพียงร้อยละ 14 เกือบครึ่งให้ความสำคัญกับการกินยาโดยละเลยการควบคุมอาหารและออกกำลังกายซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง การใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะสามารถบริโภคอาหารได้โดยไม่ต้องควบคุมหรือ ละเว้นการออกกำลังกายได้<sup>(13)</sup> การออกกำลังกายสม่ำเสมอและเพียงพอจะมีผลต่อการควบคุมน้ำตาลที่ดีขึ้น<sup>(14-17)</sup> ผู้ป่วยกว่า 8 ใน 10 ไม่รู้ค่าปกติของระดับน้ำตาลในเลือด เกือบทั้งหมดไม่รู้ค่าของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า หลังอาหารและก่อนนอน จึงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วย 7 ใน 10 ไม่ตั้งเป้าหมายการรักษา ร่วมกับแพทย์และไม่ถึงครึ่งที่นำผลเลือดไปปรับแผนการรักษา การทราบค่าระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองโดยเฉพาะผู้ป่วยที่คุมเบาหวานได้ไม่ดีเป็นสิ่งจำเป็น และควรมีการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอเพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาของแพทย์ผู้ดูแล<sup>(8)</sup> พบผู้ป่วยมากถึง 8 ใน 10 ที่ดูแลตัวเองเป็นพิเศษแต่ให้ความสำคัญกับการบริหารตัวอย่างสม่ำเสมอเพียง 6 ใน 10 เท่านั้น การดูแลสุขภาพตัวเองเป็นพิเศษและบริหารตัวอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องให้ความสำคัญเนื่องจากโรคเบาหวานมักมีปัญหาเรื่องการมีแผลที่เท้า<sup>(9)</sup> พบมากถึงร้อยละ 15<sup>(18)</sup> ตามสถิติพบว่าโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพจอตาประมาณร้อยละ 60 ซึ่งทำให้มีผลต่อการมองเห็น<sup>(12)</sup> จึงควรได้รับการตรวจตา อย่างละเอียดโดยจักษุแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อดูความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ก่อนที่จะถึงขั้นรุนแรง<sup>(9,12,19)</sup> ซึ่งจากการศึกษานี้พบผู้ป่วยบางคนเป็นเบาหวานมาหลายปีแล้วแต่ไม่เคยได้รับการตรวจตา บอกว่าตายังมองเห็นดี บ้างอ้างว่าไม่มีคนพาไป

ในด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าการรับรู้ ความเชื่อ แรง

จูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง การเข้าถึงบริการ กำลังใจจากครอบครัว และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในทางบวก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยได้รับการสนับสนุน ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างจะทำให้มีความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอนาคตอย่างมีความหวัง

การควบคุมน้ำตาลที่ดีของผู้ป่วย พบเพียงร้อยละ 12 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเป็นโรคเบาหวานต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นอยู่เดิม โดยเฉพาะในเรื่องการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เพียงพอต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ลำบาก<sup>(13,20)</sup> และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยชนบทและเมืองพบผู้ป่วยชนบทคุมเบาหวานได้ดีกว่าเขตเมือง (20% และ 3% ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในชนบทผู้ป่วยมีประสบการณ์เรื่องโรคเบาหวานมากกว่าเขตเมืองทั้งในเรื่องการป้องกัน และการรักษา มีการตั้งเป้าหมายลดระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกับแพทย์ มีการนำผลเลือดไปปรับแผนในการรักษา และมีการออกกำลังกายมากกว่าและสม่ำเสมอมากกว่าเขตเมือง เป็นผลทำให้การควบคุมน้ำตาลที่ดีของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน

### ข้อเสนอแนะ

สำหรับกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการ

1. กำหนดเป็นนโยบายให้ประชาชนทั่วไปควรทราบค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวของตนเองและค้นหากลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการป้องกันและรักษาในระยะเริ่มแรก

2. ทีมดูแลผู้ป่วยควรให้ข้อมูลรายละเอียดที่ผู้ป่วยต้องทราบและปฏิบัติตามอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ มีการอธิบายซ้ำและชี้ให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ตลอดจนตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยให้ตรงกัน ตลอดจนจูงใจต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อความเป็นไป

ได้ในการปฏิบัติตามคำแนะนำ และควรตรวจสอบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการชักชวนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างดี

3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้เกี่ยวกับโรค ระบาดวิทยาของโรค วัฒนธรรมชุมชนและทักษะการให้คำปรึกษาเรื่องโรคเบาหวานที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นชุมชนเพื่อหมุนเวียนลับเปลี่ยนให้บริการอย่างเพียงพอสำหรับให้บริการผู้ป่วยครบตามขั้นตอนในแต่ละวันตามข้อจำกัดของหน่วยงาน

4. เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้โรคเบาหวานให้กับประชาชนทั่วไปทุกรูปแบบผ่าน ช่องทางการรณรงค์และทางสื่อสารมวลชนต่าง ๆ ให้มากขึ้น

5. สนับสนุนให้ครอบครัวและสังคมมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและครบวงจร

#### ข้อเสนอแนะสำหรับทำวิจัยในอนาคต

1. วิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ดีเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยเขตชนบทและผู้ป่วยเขตเมือง

2. ศึกษารูปแบบการให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้สถานการณ์ต่าง ๆ ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้บริหารและคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางบัวทอง โรงพยาบาลบางใหญ่ โรงพยาบาลแสวงหา โรงพยาบาลไชโย ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านแห และศูนย์สุขภาพชุมชนท่าทรายที่อำนวยความสะดวก ในการเก็บข้อมูล

#### เอกสารอ้างอิง

1. Zimmet P, Alberti KG, Shaw J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. Nature 2001; 414:782-7.

- Zimmet P, Shaw J, Alberti KG. Preventing type 2 diabetes and the dysmetabolic syndrome in the real world: a realistic view. Diabetic Medicine 2003; 20:693-702.
- มันทนา ประทีปะเสน, วงเดือน บันดี. อาหารกับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด : การทบทวนองค์ความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน. ใน : ศุภวรรณ มโนสุนทร, นายศรี สุพรศิลป์ชัย, บรรณาธิการ. การดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิต 4. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2542. หน้า 1-99.
- สาธิต วรรณแสง. ระบาดวิทยาของโรคเบาหวานในประเทศไทย. ใน : อภิชาติ วิษณุวัฒน์, บรรณาธิการ. ตำราโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์; 2546. หน้า 16-8.
- Sritara P, Cheeudomwit S, Chapman. Twelve-year changes in vascular risk factors and their associations with mortality in a cohort of 3499 Thais: the Electricity Generating Authority of Thailand Study. Int J Epidemiol 2003; 32:461-8.
- ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, พิสมัย จารุชวลิต. สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน : การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์และรูปแบบการให้บริการสุขศึกษา. ใน : ศุภวรรณ มโนสุนทร, นายศรี สุพรศิลป์ชัย, บรรณาธิการ. การดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิต 9. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2542. หน้า 1-76.
- เบญจา ยอดดำเนิน - แอ๊ดดิคจ์. การวิเคราะห์และการเขียนรายงาน. ใน : เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดดิคจ์, นุสพา ศิริรัมย์, วาทีนี บุญชะลิกษ์, บรรณาธิการ. การศึกษาเชิงคุณภาพ : เทคนิคการวิจัยภาคสนาม. พิมพ์ครั้งที่ 6. นครปฐม : โครงการเผยแพร่ข่าวสารและการศึกษาด้านประชากร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548. หน้า 209-35.
- ปิยะนุช รักพาณิชย์. โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดกับการปฏิบัติตัว. ใน : ศุภวรรณ มโนสุนทร, นายศรี สุพรศิลป์ชัย, บรรณาธิการ. การดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิต 5. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2542. หน้า 1- 117.
- รัชตะ รัชตะนาวิน, ชิดา นิงสานนท์. ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: วิทย์พัฒนา; 2548.
- กัณฑ์ เข็มรุ่งโรจน์. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์สวาย; 2548.
- Engerman RL, Bloodworth JMB, Nelson S. Relationship of microvascular disease in diabetes to metabolic control. Diabetes 1977; 26:760-9.
- American Diabetes Association. Screening for diabetic retinopathy. Diabetes Care 1992; 15 (suppl 2): 16-8.
- รัชตะ รัชตะนาวิน. วัลลา ตันตโยทัย, ปองทิพย์ โพธิวาระ, ลออ ชัยลือกิจ, กนกพร ชีระรังสิกุล. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่

- พืงอินชูลินในโรงพยาบาลรามาริบัติ : ข้อมูลทางคลินิกและผลการรักษา. รามาริบัติเวชสาร 2531; 11:5-41.
14. Wannamethee SG, Shaper AG, George K, Alberti MM. Physical activity, metabolic factors, and the incidence of coronary heart disease and type 2 diabetes. *Arch Intern Med* 2000; 160:2108-16.
  15. D Angelis, Gadonski G, Fang J, Dall'Ago P, Albuquerque VL, Peixoto LR, et al. Exercise reverses peripheral insulin resistance in trained L-NAME- hypertensive rats. *Hypertension* 1999; 34 (4 Pt 2): 768-72.
  16. Grimm JJ. Interaction of physical activity and diet: implication for insulin-glucose dynamics. *Public Health Nutr* 1999; 2(3a): 363-8.
  17. Borghouts LB, KeiZer HA. Exercise and insulin sensitivity: a review. *Int J Sports Med* 2000; 21(1):1-12.
  18. Shenaq SM, Klebuc MJ, Vargo D. How to help diabetes patients avoid amputation: prevention and management of foot ulcers. *Postgraduate Medicine* 1994; 96: 177.
  19. พงษ์อมร บุนนาค. เทคนิคการดูแลรักษาโรคเบาหวาน. ใน : ศุภวรรณ มโนสุนทร, ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย, บรรณาธิการ. การดูแลและรักษากลุ่มโรคไม่ติดต่อด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิต 2. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2542. หน้า 1-43.
  20. Whittemore R, Chase SA, Mandle CL, Roy C. Lifestyle change in type 2 diabetes : a process model. *Nursing Research* 2002; 51:18-25.

**Abstract Self-care Behaviors among Type 2 Diabetes Patients, Public Health Zone 4**

**Suriya Suntharasri, Teera Benchamayotin, Orvan Bumroung, Natanang Anuntawong**

Office of Diseases Prevention and Control Region 1, Bangkok

*Journal of Health Science* 2008; 17:712-22.

The purpose of this research was to study self care behaviors among diabetic patients in urban and rural area of Nonthaburi and Ang Thong province. Emphasizing on diet control, exercises, medications, physical and mental health care and follow-up service. Samples were 120 non-insulin dependent diabetes mellitus patients which were selected, as specified in an inclusion criteria. Data were collected in in-depth interviews between June and August 2006. Quantitative data analyzed by percentage and qualitative data analyzed by content analysis.

The results revealed that, before their illness, most patients were not knowledgeable about diabetes mellitus in terms of etiology, prevention nor treatment. While on treatment, most of them received self-care instructions and were informed about the course of the disease. Patients in the rural area had the disease under control than those in the urban area (20 and 3% respectively). Most patients did not know their own body mass index, waist circumferences, symptoms of hyper - or hypoglycemia. The problems found in disease control were inadequate diet control and exercise, and most of them depended on medication rather than other measures. In conclusion, the risk group had poor access to information on the disease. Risk communication is an important measure to add up the perception of self-care to people. Home visit could be helpful in mental support for the patients. Health education by multi-disciplinary healthcare team is also the strategy for successful self-care promotion as well.

**Key words:** self-care behavior, diabetic patient