

รายงานผู้ป่วย

Case report

การจัดการด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: ประเด็นทางคลินิกที่ไม่ควรมองข้าม

มลฤดี เพ็ชรลมูล พย.ม.* (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ยุพิน จิตรบำรุง พย.บ.**

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

** คลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปทุมธานี

ติดต่อผู้เขียน: มลฤดี เพ็ชรลมูล Email: monrudee.p@siu.ac.th

วันรับ: 27 พ.ย. 2566

วันแก้ไข: 12 มี.ค. 2567

วันตอบรับ: 22 มี.ค. 2567

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มักทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพตามมา อีกทั้งยังเพิ่มอัตราการตายก่อนวัยอันควร กระทรวงสาธารณสุขจึงให้ความสำคัญในการแก้ปัญหาในประเด็นดังกล่าว โดยมีเป้าหมายให้กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถควบคุมโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดี บทความนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลจากการเวชระเบียน การซักประวัติสัมภาษณ์ผู้ที่มารับบริการในคลินิกด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิจำนวน 3 รายที่มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกัน เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุที่น่าจะมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ ตลอดจนแนวทางการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับประเด็นสาเหตุดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการควบคุมภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เกิดขึ้นได้

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; ประเด็นทางคลินิก; ภาวะควบคุมโรคไม่ได้

บทนำ

โรคไม่ติดต่อ (non-communicable disease) เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อย อันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกประมาณ 41 ล้านคนในแต่ละปี โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคปอด เบาหวาน และโรคไตที่เป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ซึ่งกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดมีผู้เสียชีวิตสูงประมาณ 17.9 ล้านคนต่อปี⁽¹⁾ สำหรับข้อมูลในประเทศไทยในการสำรวจสุขภาพประชากรในปี พ.ศ. 2562 พบว่า คนไทยมีภาวะความดันโลหิตสูง 14

ล้านคน โดยที่ร้อยละ 48.80 ไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองป่วย⁽²⁾ และในการสรุปรวมข้อมูลปี พ.ศ. 2560-2564 พบว่า ทั้งจำนวนและอัตราการตายต่อประชากรแสนคนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด และหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น โดยอัตราการตายของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2560 จาก 21.96 และ 13.07 ตามลำดับ เพิ่มขึ้นเป็น 24.55 และ 14.48 ในปี พ.ศ. 2564 ตามลำดับ⁽³⁾ ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอันจำเป็นต้องมีนโยบาย มีการวางแผนการจัดการที่เหมาะสมในการลดอัตราการตาย

ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมายในการดูแลควบคุม ป้องกันโรคไม่ติดต่อในประชากรไทย ซึ่งมีความสอดคล้อง กับสมัชชาอนามัยโลก หรือ World Health Assembly (WHA) อันประกอบด้วย 9 เป้าหมาย 25 ตัวบ่งชี้ โดยหวังผลในการป้องกันและควบคุมโรค ลดอัตราการตาย ก่อนวัยควรร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2568 ดำเนินการโดย เน้นการควบคุมระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต ระดับ น้ำตาลในเลือด ควบคุมน้ำหนักไม่ให้มีภาวะอ้วน ซึ่งจะ เห็นได้ว่าพฤติกรรมการใช้ชีวิตของบุคคล เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โภชนาการไม่เหมาะสม การไม่ได้ออกกำลังกาย เป็นสาเหตุก่อให้เกิด ปัญหาดังกล่าว อันจะส่งผลทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา^(4,5) ดังนั้นหากมีการจัดการให้บุคคล เข้าใจ รู้วิธีการ และ ตระหนักในการปรับพฤติกรรมเสี่ยง ให้เป็นพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสม ก็น่าจะทำให้การเกิดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลง

จากการศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับค่า ของระดับน้ำตาลในเลือด อาการผิดปกติเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ไม่ถูกต้อง ตลอดจนมีพฤติกรรมในการควบคุม อาหาร การรับประทานยา การจัดการความเครียดที่ยังไม่เหมาะสม⁽⁶⁾ และในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ยังมี พฤติกรรมรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกายและการพักผ่อนที่ไม่เหมาะสม โดย พฤติกรรมดังกล่าวสัมพันธ์กับความสามารถในการ ควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง⁽⁷⁾ ซึ่งในการจัดการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง เป็นสิ่งที่กรมการแพทย์ กระทรวง- สาธารณสุขให้ความสำคัญมาก เพราะปัญหาดังกล่าว ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และ ภาวะไตวายเรื้อรังตามมา ซึ่งแนวทางการดำเนินงานเน้น การให้บริการสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริม การปรับพฤติกรรมดูแลตนเองให้ผู้ป่วยสามารถ

ควบคุมไม่ให้โรคเกิดความรุนแรงหรือเกิดภาวะ แทรกซ้อน⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตามจากการเข้าถึงระบบบริการได้ โดยไม่ต้องเสียเงินส่วนตัวสูงด้วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วน หน้า การเดินทางไปสถานพยาบาลได้โดยใช้ระบบขนส่ง สาธารณะที่ง่ายและสะดวกขึ้น ตลอดจนเทคโนโลยี การแพทย์มีความก้าวหน้า ทำให้มีผู้มารับบริการใน สถานพยาบาลจำนวนมากเกิดความแออัด⁽⁹⁾ อันทำให้ ผลลัพธ์ของการให้บริการของเจ้าหน้าที่ไม่เป็นไปตาม เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สะท้อนให้เห็น ถึงข้อมูลที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่สามารถ ควบคุมโรคได้ เกิดภาวะแทรกซ้อน และเป็นเหตุให้ เสียชีวิตตั้งข้างต้น

จะเห็นว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บุคคลไม่สามารถ ควบคุมโรคได้ จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดผล- กระทบต่ออวัยวะอื่น ๆ ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่ง การควบคุมโรคให้สงบ การคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามรูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วย เรื้อรัง จะช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้⁽¹⁰⁾ บทความนี้จึงมี วัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจ วิเคราะห์ปัจจัยลักษณะ ความแตกต่างอันน่าจะมีผลทำให้ผู้รับบริการที่มารับการ รักษาในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่สามารถ ควบคุมโรค พร้อมทั้งแนวทางการจัดการเพื่อจัดปัญหา หรือลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต

ในวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นบ่อยและ เป็นประเด็นปัญหาที่ไม่สามารถจัดการให้หมดไปได้นั้น ทีมผู้เขียนได้เลือกผู้รับบริการที่มารับตรวจในคลินิก- เบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปทุมธานี ที่มีลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกันและไม่สามารถ ควบคุมโรคได้ทั้ง 3 ราย จากจำนวนผู้มารับบริการที่คลินิก ประมาณ 80 คนต่อวัน ระหว่าง 1 - 31 ตุลาคม 2566

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้รับบริการเพศชาย สัญชาติไทย อายุ 52 ปี อาชีพ รับจ้างทั่วไป น้ำหนัก 97 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI: body mass index) 35.629 kg/m^2

อาการสำคัญ: มารับการตรวจตามนัดที่คลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง แรกรับ อุณหภูมิ 36.5°C , ชีพจร 74 bpm อัตราการหายใจ 20 bpm ความดันโลหิต 185/105 mmHg (7.21 น.) 207/93 mmHg (8.05 น.)

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน: เมษายน พ.ศ. 2564 มารับการรักษาด้วยปัญหาแผลอักเสบ บวมแดงบริเวณขาขวา ระดับน้ำตาล DTX 303 mg%, ความดันโลหิต 156/94 mmHg ข้อมูลจากแฟ้มประวัติ old case: primary hypertension & diabetes mellitus 7 ปีก่อนมาโรงพยาบาล หยุดรับประทานยาเองและไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: มิถุนายน พ.ศ. 2565 รับการรักษาตามนัด BMI 34.894 kg/m^2 , eGFR $108.2\text{ ml/min/1.73 m}^2$, HbA1C 9.5%, BUN 9.7 mg/dl , creatinine 0.73 mg/dl

ข้อมูลสุขภาพเพิ่มเติม: จากการซักประวัติพบว่าผู้ป่วยมียาเหลือจากที่ไม่ได้รับประทานยาสม่ำเสมอตามแผนการรักษาและมีปัญหาสุขภาพอื่น ปวดศีรษะ ปวดท้ายทอย มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่นนอนดึก สูบบุหรี่วันละซอง (20 มวน) มานานกว่า 30 ปี ให้ประวัติดื่มแอลกอฮอล์ แต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้รับบริการเพศหญิง ชาวพม่า อายุ 60 ปี อาชีพค้าขาย น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร BMI 28.889 kg/m^2

อาการสำคัญ: มารับการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แรกรับ อุณหภูมิ 36.5°C , ชีพจร 84 bpm, อัตราการหายใจ 20 bpm ความดันโลหิต 197/92 mmHg (7.01 น.), 151/67 mmHg (8.15 น.)

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน: มิถุนายน พ.ศ. 2560 มารับการรักษาด้วยโรคเบาหวานทั้ง 2 ข้าง ให้ประวัติเป็นโรคเบาหวานมานานกว่า 10 ปี รักษาที่โรงพยาบาลอื่น ความดันโลหิต 159/91 mmHg ผลการตรวจ cholesterol

260 mg/dl , protein & sugar (UA) 3+ แพทย์วินิจฉัย primary hypertension & diabetes mellitus

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ธันวาคม พ.ศ. 2565 รับการรักษาตามนัด ความดันโลหิต 164/74 mmHg, BMI 28.0 kg/m^2 , eGFR $31.9\text{ ml/min/1.73 m}^2$, BUN 34.0 mg/dl , creatinine 1.68 mg/dl , HbA1C 9.1%, cholesterol 279 mg/dl , LDL 220 mg/dl

ข้อมูลสุขภาพเพิ่มเติม: จากการซักประวัติผู้ป่วยไม่ได้มารับการรักษาตามที่แพทย์นัดบ่อยครั้ง โทรมาเตือนนัด ทำให้ยามี้ไม่เพียงพอต่อการรับประทานจนถึงวันนัดใหม่ และบางครั้งซื้อยามารับประทานเอง นอกจากนั้นผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าไม่ได้ออกกำลังกาย ไม่รู้ชนิดของอาหารที่ควรลดหรือจำกัด ปฏิเสธการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กรณีศึกษาที่ 3

ผู้รับบริการเพศหญิง สัญชาติไทย อายุ 65 ปี อาชีพค้าขาย น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 29.136 kg/m^2

อาการสำคัญ: มารับการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แรกรับ อุณหภูมิ 36.5°C ชีพจร 110 bpm อัตราการหายใจ 20 bpm ความดันโลหิต 182/84 mmHg (7.01 น.) 168/67 mmHg (8.12 น.)

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน: แพทย์วินิจฉัย primary hypertension & diabetes mellitus รับการรักษามานาน 15 ปี

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: พฤษภาคม พ.ศ. 2566 รับการรักษาตามนัด ความดันโลหิต 173/64 mmHg, BMI 29.136 kg/m^2 , eGFR $68.2\text{ ml/min/1.73 m}^2$, BUN 15.0 mg/dl , creatinine 0.89 mg/dl , HbA1C 6.9%, cholesterol 258 mg/dl , LDL 174 mg/dl

ข้อมูลสุขภาพเพิ่มเติม: จากการซักประวัติได้ข้อมูลว่าผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาเนื่องจากวันที่มาตรวจเลือดจำเป็นต้องดื่มน้ำและอาหาร นอกจากนั้นยังรู้สีกว่าหลัง

รับประทานยาแล้วมีอาการวิงเวียนจึงเลือกที่จะไม่
รับประทานยา และจากการพูดคุยเกี่ยวกับความเป็นอยู่
การใช้ชีวิตประจำวันพบว่า ผู้ป่วยนอนไม่ค่อยหลับมีความ
กังวล เครียด หลังจากที่ถูกเสียชีวิตไปเมื่อ 2 ปีก่อนทำให้
ต้องใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง นอกจากนั้นผู้ป่วยให้ประวัติดื่ม

กาแฟ 3-in-1 วันละ 2-3 แก้ว ปฏิเสธการสูบบุหรี่และ
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ภาพรวมข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยทั้ง 3 รายแสดงใน
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทางสุขภาพผู้รับบริการตามกรณีศึกษา

รายละเอียด	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3
ข้อมูลบุคคล	ชาย 52 ปี	หญิง 60 ปี	หญิง 65 ปี
เชื้อชาติ	ไทย	พม่า	ไทย
โรคร่วม (Co-morbidities)	HT & DM	HT & DM	HT & DM
ประวัติตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย	9 ปี	16 ปี	15 ปี
BP แรกรับเมื่อมาตรวจที่คลินิก (mmHg)	185/105	197/92	182/84
ดัชนีมวลกาย (BMI: body mass index)	อ้วนระดับ 2	อ้วนระดับ 1	อ้วนระดับ 1
eGFR ล่าสุด (ml/min/1.73 m2)	108.2	31.9	68.2
(มี) การติดตามการรักษาพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง	X	X	✓
(มี) ประวัติขาดยา หรือ ไม่ได้ใช้ยาต่อเนื่อง	✓	✓	✓
(มี) ผู้ดูแล	X	✓	X

วิจารณ์

ผู้รับบริการทั้ง 3 รายที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ซึ่ง
สาเหตุมี 2 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยที่เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย

1.1 การไม่รับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ที่มีรับบริการที่คลินิก
พบว่า ทั้ง 3 ราย มีประวัติไม่ได้รับประทานยาต่อเนื่อง มี
สาเหตุจากมีปริมาณยาไม่เพียงพอ มีอาการข้างเคียงจาก
การรับประทานยา ตลอดจนไม่ได้ใส่ใจกับการรับประทาน
ยา โดยจะเห็นได้ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง
ในวันที่มาพบแพทย์ ซึ่งในการศึกษาของ Rie Nakajima
และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ถึงอุปสรรคของการกินยา
สูง ไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่บอก มีผลข้าง
เคียงของยา ตลอดจนการลืมกินยา สำหรับการศึกษาใน

ประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยหลงลืม มีปัญหาจากการอ่าน
ฉลากยาไม่เห็น กังวลว่ารับประทานยาจำนวนมากแล้วจะ
ทำให้ไตเสื่อม^(12,13) ซึ่งล้วนเป็นเหตุผลทำให้ผู้ป่วยไม่
ได้รับประทานยา นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ป่วยปรับยาด้วย
ตนเองเพื่อให้เกิดความสะดวกต่อการจัดการ ไม่ได้รับ
ประทานยาตามคำแนะนำ แบ่งยาให้บุคคลอื่นรับประทาน
เพราะสงสารเนื่องจากค่ายาราคาสูง⁽¹³⁾ และไม่ทราบว่า
หากลืมรับประทานยาแล้วต้องทำอะไร⁽¹⁴⁾ จากข้อมูล
จะเห็นได้ว่าการไม่รับประทานยาเป็นประเด็นที่พบบ่อย
ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1.2 การไม่ติดตามการรักษา

จากข้อมูลผู้ป่วย 2 ในจำนวน 3 ราย ไม่ได้มาตรวจ
ตามนัดบ่อยครั้ง โดยมองว่าตนเอง ต้องทำงานประจำ มี
สุขภาพร่างกายที่ยังแข็งแรง มีภารกิจอื่นที่สำคัญกว่าจึงยัง

ไม่เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ดังการศึกษาของ Nakajima และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอายุระหว่าง 20–59 ปี มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพไม่ดีเมื่อเทียบกับคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผู้ป่วยทั้ง 2 ราย อย่างไรก็ตามการไม่ได้มาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีเหตุผลที่ต่างกันออกไป เช่นการศึกษาของ Kachimanga และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่า มีเพียงร้อยละ 53.0 เท่านั้นที่มาตรวจตรงตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 43.0 ไม่ได้มาตามนัด และร้อยละ 4.0 มารับการรักษาครั้งแรกครั้งเดียวเท่านั้น โดยมองว่าตนเองยังไม่มีอาการป่วยจึงไม่ได้ตั้งใจดูแลสุขภาพ การศึกษาของ Mamo และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้มารับการรักษาต่อเนื่องคือกลุ่มที่เสียชีวิตไปแล้วและกลุ่มที่เปลี่ยนสถานพยาบาล สำหรับกลุ่มที่ยังมีชีวิตและไม่ได้อุปการะสถานพยาบาลให้เหตุผลว่าการเดินทางมารับการรักษาค่อนข้างลำบาก ค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษาแต่ละครั้งค่อนข้างสูง ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการนัดตรวจ ตลอดจนปฏิบัติตามไม่ถูกต้องในการจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเรื้อรังสำหรับการศึกษาของ เพียงบุญพา เนติธรรมกุล⁽¹⁷⁾ ในกลุ่มตัวอย่างคนไทยพบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัดคือลืมวันนัดและไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ ตลอดจนมีธุระส่วนตัว ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ได้มารับการตรวจรักษาตามนัด ส่งผลให้แพทย์ไม่สามารถติดตามประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อันมีส่วนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้

1.3 การมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม

จากข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 3 รายมีภาวะอ้วน และจากการสัมภาษณ์ข้อมูลเฉพาะรายเกี่ยวกับการดำรงชีวิตประจำวันพบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่องวันละ 20 มวน แม้รู้ว่าตนเองเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยรายที่ 2 ขาดการออกกำลังกาย ไม่มีความรู้เกี่ยวกับประเภทอาหารที่เหมาะสมกับโรค และในผู้ป่วยรายที่ 3 ดื่มน้ำกาแฟ 3 in 1 วันละ 2 แก้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Albelbeisi และคณะ⁽¹⁸⁾ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 400 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.8 ไม่ได้ควบคุมน้ำหนัก ขาดการ

ควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนัก ไม่ได้ออกกำลังกาย การศึกษาของสุพรรณ สุวรรณสินธุ์ และรัฐพล ไกรกลาง⁽¹⁹⁾ พบว่า ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยมานานเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพราะเป้าหมายที่ต้องปฏิบัติพฤติกรรมซ้ำๆ ขาดผู้ที่คอยดูแลใกล้ชิดทำให้ขาดพฤติกรรมที่เหมาะสมจำเป็นบางอย่าง ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้

1.4 การมีปัจจัยเสริมอื่นๆ ที่ทำให้โรคกำเริบ

จากกรณีศึกษา รายที่ 3 พบว่า มีความเครียด กังวล ทำให้นอนไม่หลับบ่อยครั้ง ซึ่งความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน กระตุ้นระบบประสาททำให้หลอดเลือดหดตัว ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง⁽²⁰⁾

2. ปัจจัยที่ไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

1) อายุ โดยจากกรณีศึกษาทั้ง 3 ราย จัดอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยผู้สูงอายุ ซึ่งมักมีปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางกายที่เกิดขึ้นตามวัย นอกจากนั้น ประสบการณ์และรูปแบบการดำเนินชีวิต ทำให้บุคคลมีการเรียนรู้แตกต่างกัน บุคคลในช่วงวัยนี้จึงมีปัญหาสุขภาพและมีวิธีการจัดการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันไปตามประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมาของแต่ละคน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า มักมีประจักษ์พยานไม่สม่ำเสมอ มีปัญหาหลงลืม ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่เหมาะสมในการใช้ยารักษาโรคเรื้อรัง⁽²¹⁾ การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตที่มีอายุเฉลี่ยประมาณ 59 ปี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รับประจักษ์พยานคือหลงลืม มองฉลากยาไม่เห็น⁽¹²⁾ ในขณะที่การศึกษาของ Malaeb และคณะ⁽²²⁾ พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับประจักษ์พยานสม่ำเสมอมากกว่าคนอายุน้อย เพราะมีปฏิสัมพันธ์กับทีมสุขภาพอยู่บ่อยครั้ง ให้ความสำคัญในการรักษาและการจัดการกับโรคเรื้อรัง ตลอดจนมีประสบการณ์ในการจัดยาสูงกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักเกิดขึ้นกับผู้ที่มีอายุมากขึ้น แต่อย่างไร

ก็ตามการควบคุมการจัดการเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุคคลก็มีลักษณะที่แตกต่างกัน ทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงความแตกต่างนั้นเพื่อสามารถวางแผนให้การพยาบาลดูแลได้เฉพาะบุคคล

2) เชื้อชาติ โดยจากข้อมูลกรณีศึกษารายที่ 2 ที่เป็นคนเชื้อชาติพม่าที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ซึ่งมีสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างจากพื้นเพเดิมของผู้ป่วย โดยจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยสามารถพูดสื่อสารได้ด้วยภาษาไทยที่มีสำเนียงไม่ชัดเจน ซึ่งผู้เขียนคิดว่าประเด็นนี้อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการควบคุมโรคของผู้ป่วย โดยในการทบทวนวรรณกรรมของ Oliveira และคณะ⁽²³⁾ เกี่ยวกับการจัดการปัญหาทางด้านสุขภาพของพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า การจัดการปัญหาสุขภาพให้กลุ่มดังกล่าวยังไม่ดีเท่าที่ควร เกิดความไม่เท่าเทียม การทำรายการที่กล่าวโทษคนต่างวัฒนธรรม การเลือกปฏิบัติ การสื่อสารที่มีความคลาดเคลื่อนระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ขาดการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม สอดคล้องกับการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการทางด้านสุขภาพกับผู้ป่วยของ Kavukcu และ Altıntaş⁽²⁴⁾ พบว่า ประเด็นที่ทีมสุขภาพมองว่าเป็นอุปสรรคคือความแตกต่างทางด้านภาษาและวัฒนธรรม ความรู้และทักษะที่จำกัดในการให้บริการกับคนต่างวัฒนธรรม และการศึกษาในประเทศไทยของชิสาพัชร ชูทอง⁽²⁵⁾ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ (กระเหรี่ยง) เกือบร้อยละ 80 อ่านและเขียนภาษาไทยไม่ได้ มีพฤติกรรมซื้อยาจากผู้ขายหาบเร่ ซื้อยาจากช่องทางอื่น และใช้ยาของคนอื่น อันเป็นปัจจัยด้านการอยู่อาศัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่งจากกรณีศึกษารายที่ 2 นอกจากความเข้าใจด้านภาษา การรับรู้ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอาจมีความคลาดเคลื่อนจึงอาจมีผลทำให้ไม่สามารถเลือกชนิดอาหาร วางแผนการออกกำลังกาย ตลอดจนไม่สามารถปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพได้ตามแผนการรักษา จึงมีส่วนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้

2.2 ปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ

1) ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม โดยจากข้อมูลกรณีศึกษารายที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง สำหรับกรณีศึกษารายที่ 1 แม้ว่าผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลพร้อมกับคู่สมรส แต่จากการสัมภาษณ์ได้ข้อมูลว่าต่างคนต่างมีภาระในการทำงาน ไม่ได้ดูแลสุขภาพกันและกัน ซึ่งจากการศึกษาของ Yuvaraj Krishnamoorthy และคณะ⁽²⁶⁾ ในการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า การขาดการสนับสนุน ขาดการดูแลจากครอบครัว เป็นปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาได้สม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Malaeb และคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมไม่ได้รับประทานยาสม่ำเสมอสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเดียว คนที่แต่งงานแล้วมีพฤติกรรมรับประทานยาไม่สม่ำเสมอสูงกว่าคนโสด โดยเนื่องมาจากปัญหาความกังวล ความเครียด ภาระครอบครัว และในการศึกษาของ Albelbeisi และคณะ⁽¹⁸⁾ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 400 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.8 ไม่ได้ควบคุมน้ำหนัก ขาดการดูแลตนเองในการออกกำลังกาย การควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนัก โดยกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าอุปสรรคที่สำคัญคือไม่ได้ใส่ใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างเพียงพอและขาดการสนับสนุนทางสังคม ขาดอุปกรณ์ตลอดจนสิ่งสนับสนุนอื่น ๆ ซึ่งมีส่วนทำให้บุคคลไม่สามารถควบคุมโรคได้

2) ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยจากการศึกษาข้อมูลประวัติย้อนหลังของกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ในช่วงปี พ.ศ. 2563 – 2564 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้มาติดตามการรักษาตามนัดบ่อยครั้ง โดยช่วงนี้ประชาชนกลัวการติดเชื้อจึงไม่ออกจากบ้าน ร่วมกับมาตรการของภาครัฐที่ work from home สอดคล้องกับการศึกษาของ Palmer และคณะ⁽²⁷⁾ อธิบายว่า สถานการณ์โควิด 2019 มีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้ขาดการออกกำลังกายจากการถูกกักบริเวณ สถาน-

ที่ออกกำลังกายงดให้บริการ ขาดการติดตามเยี่ยมบ้าน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ได้รับยาตามแผนการรักษา นอกจากนั้นแล้วการถูกกัก การให้รักษาระยะห่าง ยังทำให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยเรื้อรัง เกิดความรุนแรงของโรคมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Malaeb และคณะ⁽²²⁾ พบว่า ช่วงสถานการณ์โควิด 2019 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เข้าถึงบริการทางแพทย์ได้ยาก โดยเฉพาะในผู้ที่มีเศรษฐกิจไม่ดี ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ทำให้ไม่สามารถจัดการดูแลสุขภาพได้เหมาะสม

3) ความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยจากข้อมูลการสัมภาษณ์กับกรณีศึกษาคนที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาเพราะต้องงดน้ำและอาหารในวันที่มาเจาะเลือด ส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตสูงในวันที่มารับการรักษา ซึ่งเป็นความเข้าใจในการปฏิบัติตามเพื่อเตรียมตัวมาตรวจวินิจฉัยไม่ถูกต้องสอดคล้องกับแผนการรักษา โดยอาจเกิดจากความคลาดเคลื่อนทางด้านการสื่อสาร จากเจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพ และจากการรับรู้ของผู้รับบริการ ณ ช่วงเวลาที่ให้คำแนะนำ ตลอดจนเกิดความไม่เข้าใจรายละเอียดที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่บอกซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽²³⁾

แนวทางการจัดการด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

แนวทางการจัดการด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีความสอดคล้องกับสาเหตุปัจจัยที่ได้จากการวิเคราะห์ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมโรคทั้ง 3 รายมีดังนี้

1. การจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมอันเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยตามกรณีศึกษาไม่สามารถควบคุมโรคได้คือ การไม่รับประทานยาต่อเนื่องหรือขาดยา การไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือไม่ได้มาตามที่แพทย์นัด การมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ตลอดจนมีความเครียด

กังวล ไม่ได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ซึ่งการแก้ปัญหาดังกล่าวควรเป็นการงดหรือลดพฤติกรรมดังนี้

1.1 การแก้ปัญหาเกี่ยวกับประเด็นการไม่รับประทานยาต่อเนื่อง

การแก้ปัญหาปัญหาของคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตที่ได้ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันนั้นคือการตรวจสอบจำนวนยากับความเพียงพอต่อการใช้จ่ายจนถึงวันนัดครั้งต่อไป การเปิดช่องทางให้ญาติมารับยาแทนผู้ป่วยกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมาเองตามนัดได้ ตลอดจนการให้ความสะดวกรับเลื่อนนัดโดยกำหนดวันนัดใหม่ก่อนวันนัดเดิมเพื่อให้มีเวลาเพียงพอไปจนถึงวันนัดใหม่ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังขาดยา ซึ่งมีสาเหตุมาจากตัวผู้ป่วยเอง อันเป็นสิ่งที่นอกเหนือขอบเขตการควบคุมของเจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพ โดยจากการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา ชื่อยา ผลข้างเคียงของยา สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง⁽²⁸⁾ การอ่านฉลากยาไม่ชัด การกลัวอันตรายจากการใช้ยาจำนวนมากและใช้เป็นเวลานาน เป็นการรับรู้อุปสรรคที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาได้⁽¹³⁾ ซึ่งจากประเด็นเหล่านี้ การมีช่องทางของการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาโดยเภสัชกร แพทย์เจ้าของไข้ ในกรณีที่รู้สึกถึงความไม่สบายหรือมีอาการข้างเคียงก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจหยุดยาเอง การอธิบายเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา ตลอดจนการปรับเปลี่ยนวิธีการรับประทานยาที่เข้ากับรูปแบบการดำเนินชีวิตของแต่ละคนเป็นรายบุคคล จะช่วยแก้ปัญหาการไม่รับประทานยาต่อเนื่องได้

1.2 การช่วยให้ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาตามนัด

การนัดหมายหมายผู้รับบริการของคลินิกเบาหวาน และความดันโลหิตสูง กระทำโดยการบันทึกการนัดหมายระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล การระบุวันที่นัดหมายในสมุดพกประจำตัวและการให้ใบนัดพร้อมทั้งเน้นย้ำวันนัดหมายครั้งถัดไปให้ผู้รับบริการทราบ นอกจากนั้นในใบนัดยังระบุหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อเมื่อต้องการเปลี่ยนการนัดหมายตามที่คุณป่วยสะดวก อย่างไรก็ตาม

ยังพบว่า มีผู้ป่วยไม่ได้ติดตามการรักษา ซึ่งจากการศึกษาของจินตนา บุญพร⁽²⁸⁾ พบว่า ความรอบรู้ในการอ่าน การสื่อสาร การหาข้อมูลทางด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมมารดาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนั้นการอธิบายเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเข้าใจ ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว และเวลาผ่านไปผู้ป่วยอาจจำไม่ได้ ร่วมกับไม่ได้ใส่ใจกับการมาพบแพทย์อย่างจริงจัง ดังนั้นอาจจำเป็นต้องมีวิธีการเพิ่มเติม กระตุ้น ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง การศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับการใช้ smart phone application ที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการนัดติดตามการรักษาผู้ป่วยเรื้อรังตามการศึกษาของ Eman Sobhy Elsaid Hussein และคณะ⁽²⁹⁾ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 38.70 มาตามนัดและมีความพึงพอใจกับรูปแบบวิธีการดังกล่าว การศึกษาของ สุวิมล ผาบแก้ว และธนกร อูยพานิชย์⁽³⁰⁾ ในการใช้ application ติดตาม เตือนให้มาตามนัดก่อนวันนัด และให้ผู้รับบริการสามารถเลื่อนนัดได้ด้วยตนเองผ่าน application ซึ่งทำให้ผู้ใช้งานเกิดความพึงพอใจต่อระบบนัดหมายใหม่ และการติดตามการรักษาของผู้รับบริการมีมากขึ้น

1.3 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ป่วย

การสอน ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การจัดทำโปรแกรมสนับสนุนให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การวัดความดันโลหิตของตนเอง ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีเพื่อสื่อสารกับผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพต่างๆ โดยที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเดินทางมาโรงพยาบาล⁽³¹⁾ และโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างความมั่นใจ การใช้กระบวนการกลุ่มกระตุ้น การติดตามเยี่ยมประเมิน ทำให้ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด รอบเอวของผู้ป่วยลดลง⁽³²⁾

2. การจัดการเพื่อลดปัญหาที่ไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุที่ไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้นั้นเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งเป็นประเด็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ แต่อย่างไรก็ตามสาเหตุที่เกิดจากปัจจัยอื่นๆ นั้น การให้บริการทางด้านสาธารณสุขจะเป็นส่วนสำคัญจะช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้ ซึ่งควรมีการดำเนินการที่เกี่ยวข้องดังนี้

2.1 การเตรียมและการเพิ่มสมรรถนะผู้ดูแล

กรณีที่ผู้รับบริการเองไม่ความสามารถรับรู้หรือทำความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษาต่างๆ ได้ด้วยตนเองทั้งหมด การใช้เวลาในการพูดคุยกับผู้รับบริการเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเป็นอยู่ การทราบผู้ดูแลที่ชัดเจน การประเมินความเข้าใจและสมรรถนะผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถวางแผนส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีสมรรถนะที่ดีเพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย โดยการศึกษาของ มลฤดี เพ็ชรลมูล⁽³³⁾ ในกลุ่มญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง การศึกษาของพุทธชาติ จันทภัทรางกูร⁽¹²⁾ ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า การมีผู้ดูแลสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และในการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง โดยการฝึกอบรมให้บุคคลในครอบครัวมีความรู้ ความสามารถในการดูแล ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการจัดยา ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว⁽³⁴⁾

2.2 การพัฒนาผู้ให้บริการสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ

การลดปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยนั้น นอกจากตัวผู้ป่วยต้องปรับพฤติกรรมตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและผู้ดูแลที่ดีแล้ว ผู้ให้บริการและระบบบริการสุขภาพก็เป็นส่วนสำคัญในการช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยประเทศไทยมีการจ้างแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน มีการเปิดกว้างเรื่องการเดินทาง

ท่องเที่ยว ร่วมกับความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ ทำให้มีคนต่างสัญชาติต่างเชื้อชาติเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์มากขึ้น จึงควรมีการปรับพัฒนาในประเด็นดังนี้^(35,36)

1) การพัฒนาทักษะของผู้ให้บริการทางสุขภาพทั้งในด้านภาษา ทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม การให้บริการบุคคลต่างวัฒนธรรม การเข้าใจรับรู้ความแตกต่างทางด้านความเชื่อ โดยยึดหลักการใช้กระบวนการพยาบาลโดยการพบปะที่ดีและสิทธิของผู้รับบริการอย่างเท่าเทียม ตลอดจนการเจรจาต่อรองและพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ

2) การพัฒนาระบบการให้บริการ ซึ่งเป็นบริหารจัดการระดับองค์กร การบริหารความเสี่ยง การพัฒนารูปแบบการจัดการหรือการจัดตั้งศูนย์/หน่วยบริการผู้ป่วยต่างชาติ ตลอดจนการมีสื่อ ฟอรัมเอกสารที่มีมากกว่าหนึ่งภาษา เพื่อให้มีความพร้อมในการให้บริการดูแลผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับความต้องการอย่างแท้จริง

สรุป

จำนวนของผู้รับบริการที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประเทศไทยมีสูงขึ้น^(2,3) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการในกลุ่มนี้มีการจัดการด้านสุขภาพที่เหมาะสม สามารถควบคุมโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่จากข้อมูลจะเห็นว่าผู้รับบริการกลุ่มนี้ยังไม่สามารถควบคุมโรคได้⁽⁴⁻⁷⁾ ดังกรณีศึกษาทั้ง 3 รายที่ผู้เขียนเลือกมาอภิปรายจากจำนวนผู้รับบริการอีกหลายคนที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้เช่นกัน ซึ่งผู้รับบริการทั้ง 3 รายได้รับการดูแลและคำแนะนำที่สอดคล้องกับปัญหาเฉพาะรายอันทำให้สามารถเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองได้ แต่จากสถานการณ์ปัจจุบันในทุกแผนกของหอผู้ป่วยนอกมีผู้รับบริการจำนวนมากไม่สอดคล้องกับจำนวนของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ⁽⁹⁾ ทำให้ผลลัพธ์ของการพยาบาลดูแลเชิงรุกไม่เป็นไปตามแผน อันทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอีกจำนวนมากต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนอยู่บ่อยครั้ง แม้ว่าการศึกษาวิจัยเก็บข้อมูลในเชิงลึกหรือการวางแผนเพื่อให้การพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มจะทำได้ค่อนข้าง

ยาก แต่อย่างไรก็ตามทีมผู้เขียนเห็นว่าปัญหานี้ยังสำคัญมากโดยไม่สามารถมองข้ามไปได้ ซึ่งบุคลากรในทีมสุขภาพจำเป็นต้องเริ่มต้นศึกษาทำความเข้าใจปัญหาให้ลึกซึ้ง ร่วมมือกันวางแผนพัฒนาระบบการจัดการปัญหานี้ให้ลดลง และอาจจำเป็นต้องมีการปรับใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ในการติดตามความก้าวหน้าของโรคในผู้ป่วยแต่ละราย สอดคล้องกับบริบทและอัตรากำลังคนขององค์กร

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases. [internet]. 2023 [cited 2023 Nov 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน clinic plus. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2566.
3. กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (ปี 2560-2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020>
4. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2563.
5. World Health Organization. NCD global monitoring framework [internet]. 2023 [cited 2023 Nov 4]. Available from: <https://www.who.int/teams/ncds/surveillance/monitoring-capacity/gmf>
6. อติศักดิ์ หวานใจ, ภาสินี แซ่ฮ้อง, อลงกต หนูนาถ, ธัญชนก สวัสดิ์, สุนันทา ตุ๊กทัน. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชุมชนหนองทรายอำเภอลาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 12; 25 มิ.ย. 2564; มหาวิทยาลัยหาดใหญ่, จังหวัดสงขลา. สงขลา: มหาวิทยาลัย-

- หาดใหญ่; หน้า 1683-94.
7. เสี่ยม จั้วประดิษฐ์กุล. พฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาราม. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2563;3(1): 15-30.
 8. ปฐมพร ศิริประภาศิริ, สันติ ลาภเบญจกุล. คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่ แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน). นนทบุรี: กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์; 2563.
 9. สมศักดิ์ เทียมเก่า. การลดความแออัดในโรงพยาบาล. วารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2566;4(3): 263-64.
 10. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Affairs 2001; 20(6):64-78.
 11. Nakajima R, Watanabe F, Kamei M. Factors associated with medication non-adherence among patients with lifestyle-related non-communicable diseases. Pharmacy 2021;9(2):90.
 12. พุทธชาติ ฉันทภัทรานุกร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. เกษตรกรรมคลินิก 2566;29(1):13-24.
 13. สุภาภรณ์ สุวรรณโรจน์, จีรวรรณ ชาประดิษฐ์, ชุมศรี ต้นเกตุ, ปณิทัต บณขุนทด, ณรงค์กร ชัยวงศ์, รังสรรค์ ไชยคำ. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งเสมียนตราดตำบลบ้านขามอำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ. วารสารการแพทย์-โรงพยาบาลศรีสะเกษสุรินทร์ บุรีรัมย์ 2565;37(3):649-58.
 14. นิตยา โชติสวัสดิ์. การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนแห่งหนึ่งเขตหนองจอกกรุงเทพมหานคร. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2561; 4(3):335-47.
 15. Kachimanga C, Dibba Y, Patiño M, Gassimu JS, Lavallie, Sesay S, et al. Implementation of a non-communicable disease clinic in rural Sierra Leone: early experiences and lessons learned. Journal of Public Health Policy 2021;42(3):422-38.
 16. Mamo Y, Dukessa T, Mortimore A, Dee D, Luintel A, Fordham I, et al. Noncommunicable disease clinics in rural Ethiopia: why patients are lost to follow-up. Public Health Action 2019;9(3):102-06.
 17. เพียงบุญพา เนติธรรมกุล. การศึกษาปัจจัยของการผัดผ่อนในจุดบริการผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 2565;36(3):1-13.
 18. Albelbeisi AH, Albelbeisi A, El Bilbeisi AH, Taleb M, Takian A, Akbari-Sari A. Barriers toward the practice of healthy behaviors among patients with non-communicable diseases in Gaza Strip, Palestine. SAGE Open Medicine [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 9]; 9:20503121211029179. Available from: <https://doi.org/10.1177/20503121211029179>
 19. สุพรรณษา สุวรรณสินธุ์, รัฐพล ไกรกลาง. การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น. วารสารวิชาการ-สาธารณสุขชุมชน 2566;9(3):135-46.
 20. Kulkarni S, O'Farrell I, Erasi M, Kochar MS. Stress and hypertension. WMJ 1988;97(11): 34-8.
 21. Yuvaraj K, Gokul S, Sivaranjini K, Manikandanesan S, Murali S, Surendran G, et al. Prevalence of medication adherence and its associated factors among patients with noncommunicable disease in rural Puducherry, South India—a facility-based cross-sectional study. Journal of family medicine and primary care 2019; 8(2):701-05
 22. Malaeb D, Sacre H, Mansour S, Haddad C, Sarray El Dine A, Fleihan T, et al. Assessment of medication

- adherence among Lebanese adult patients with non-communicable diseases during COVID-19 lockdown: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health* [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 12];11:1145016. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1145016>
23. Oliveira MVG, Abreu ÁMM, Welch JR, Coimbra Jr CE. Coping with hypertension among indigenous peoples in Brazil and the role of the primary care nurse: a critical review from a transcultural perspective. *Nursing Reports* 2021;11(4):942-54.
24. Kavukcu N, Altıntaş KH. The challenges of the health care providers in refugee settings: a systematic review. *Prehospital and Disaster Medicine* 2019;34(2):188-96.
25. ชิสัพพัชร์ ชูทอง. การใช้ยาในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์อำเภอเสริมงามจังหวัดลำปาง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏ บุรีรัมย์* 2563;4(1):23-32.
26. Krishnamoorthy Y, Giriappa DK, Eliyas SK, Priyan S, Saya GK, Lakshminarayanan S. Patient and provider's experience and perspective in addressing barriers to medication adherence among noncommunicable disease patients in rural Puducherry, South India — a qualitative study. *Journal of Patient Experience* 2562;6(3):216-23.
27. Palmer K, Monaco A, Kivipelto M, Onder G, Maggi S, et al. The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. *Aging Clinical and Experimental Research* 2563;32(7):1189-94.
28. จินตนา บุญพร. อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี* 2565;31(2):95-105.
29. Hussein ESE, Al-Shenqiti AM, Ramadan RMES. Applications of medical digital technologies for non-communicable diseases for follow-up during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022;19(19):1-17.
30. สุวิมล ผาบแก้ว, ธนากร อุษพานิชย์. แอปพลิเคชันสำหรับนัดหมายผู้ป่วยทันตกรรมผ่านระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา* 2561;1(2):77-89.
31. ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์, ยวนุช สัตยสมบูรณ์. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้* 2563;7(2):232-43.
32. สุรีย์ ทั้งทอง, สุมลรัตน์ ขนอม. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่อการลดปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการ ณ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา* 2564;1(2):1-15.
33. มลฤดี เพ็ชรลมูล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข* 2557;28(3):175-87.
34. วรรัตน์ มากเทพพงษ์, อนุสรณ์ เน้นอุดร, ปุณรดา พวงสมัย. การพัฒนารูปแบบบทบาทครอบครัวในการ ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยมีส่วนร่วมของครอบครัว. *วารสารโรคหัวใจและหลอดเลือด* 2565;33(2):101-16.
35. สุทธิพร มูลศาสตร์. แนวโน้มการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความหลากหลายวัฒนธรรมในประเทศไทยหลังการระบาดทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารพยาบาล* 2563;69(3):44-52.
36. มารศรี ศิริสวัสดิ์, วาโร เฟิงสวัสดิ์, วสันิกา ฉลากบาง, เอกลักษณ์ เพียสา. สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารวิจัยวิชาการ* 2564;4(3):311-24.

Health Management of Patients with Chronic Non-Communicable Diseases:

Clinical Issues That Should Not Be Overlooked

Monrudee Petlamul, M.N.S.* (Adult Nursing); Yupin Jitbamrung, B.N.S.**

** Faculty Of Nursing, Shinawatra University; ** Diabetes Mellitus & Hypertension Clinic, Pathumthani Hospital, Thailand*

Journal of Health Science of Thailand 2025;34(Suppl 1):S183-S194.

Corresponding author: Monrudee Petlamul, Email: monrudee.p@siu.ac.th

Abstract: Chronic non-communicable diseases, such as diabetes and high blood pressure, pose a significant public health concern. These conditions frequently lead to health consequences and contribute to a higher incidence of premature mortality. The Ministry of Public Health underscores the significance of addressing these concerns in order to empower patients with chronic non-communicable diseases to manage their condition and enhance their quality of life. This article compiles data from medical records and history interviews conducted with three individuals who presented at the clinic with diabetes and primary hypertension, each exhibiting distinct characteristics. The main aims were to comprehend the factors that may lead to patients losing control over their illness, as well as to identify appropriate remedies aligned with these factors, enabling patients to effectively manage and regulate the ensuing consequences of the condition.

Keywords: chronic noncommunicable disease; clinical issue; uncontrolled disease