

บทที่ ๒

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน และวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทย

สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นยิ่งต่อความเจริญงอกงามและพัฒนาการทุกๆ ด้านใน
ตัวบุคคล สุขภาพเป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิต ในบทนี้ผู้วิจัยจะได้นำเสนอในรายละเอียด
เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน และวิธีการดูแลผู้ป่วยโรค
เรื้อรังในสังคมไทย โดยแบ่งประเด็นในการนำเสนอผลการศึกษากเป็น ๘ ประเด็น ดังต่อไปนี้

- ๒.๑ แนวคิดและความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - ๒.๒ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน
 - ๒.๓ ทฤษฎีการพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - ๒.๔ สถานการณ์ของโรคเรื้อรังในประเทศไทย
 - ๒.๕ แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - ๒.๖ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทยปัจจุบัน
 - ๒.๗ การจัดการปัญหาภาวะความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - ๒.๘ การพัฒนาเครื่องมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- มีรายละเอียดของแต่ละประเด็นของการศึกษาดังต่อไปนี้

๒.๑ แนวคิดและความหมายของการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง

๒.๑.๑ ความหมายของการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง

นักวิชาการทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ได้นิยาม และความหมายของการ
เจ็บป่วยโรคเรื้อรังในลักษณะที่สอดคล้องกัน ผู้วิจัยจะได้นำเสนอในรายละเอียดดังต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายไว้ว่า โรคเรื้อรัง คือ โรคที่มีการดำเนินโรค
ยาวนานและค่อยๆ เพิ่มความรุนแรงมากขึ้นโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ใช้ระยะเวลาอันนานและ
ความก้าวหน้าช้าโดยทั่วไป ประกอบด้วย โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรค
ทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เป็นสาเหตุให้เกิดการ
เสียชีวิตในระดับสูงมากกว่าสาเหตุอื่นๆ ซึ่งจะพบมากในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง
และมีแนวโน้มถึงการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังทั่วโลก^๑

^๑WHO, Global status report on noncommunicable diseases 2010, (Geneva: WHO,
2011), p.1, WHO, Chronic diseases, [Online]. source: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/ [26 June 2013].

กลุ่มนักวิจัยสาธารณสุขในสหรัฐอเมริกา (The MacColl Institute for Healthcare Innovation) ให้นิยามโรคเรื้อรัง (Chronic illness) ว่า โรคเรื้อรังเป็นภาวะที่ต้องการความต่อเนื่องในการดูแลรักษาและการตอบสนองจากผู้ป่วย ผู้ดูแล และโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาล^๒

ลาร์เซน (Larsen) นำเสนอไว้ว่า การเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ ภาวะที่ร่างกายไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ทำให้ร่างกายอ่อนแอลงหรือมีความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ที่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาล ตลอดถึงความต้องการในการชีวิตที่ดีและไม่ต้องการให้เกิดความบาดเจ็บที่ส่งผลกระทบต่อความพิการของตน^๓

สโนดดอน (Snoddon) นำเสนอไว้ว่า โรคเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ส่งผลต่อการรักษาที่ยาวนาน เป็นโรคที่ไม่รักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมได้ ด้วยการรักษาและการรักษาอื่น^๔

ศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังของมหาวิทยาลัยมิชิแกน (The Center for Managing Chronic Disease : CMCD) นำเสนอไว้ว่า โรคเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายและพิการในสหรัฐอเมริกา แม้ว่าโรคเรื้อรังจะเป็นปัญหาสุขภาพทั่วไป และการรักษาจะมีราคาแพง และส่วนใหญ่โรคเรื้อรังสามารถจะควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ^๕

สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และคณะ กล่าวไว้ว่า โรคเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยซึ่งมีการดำเนินการของโรค หรือการคงอยู่ของโรคยาวนาน^๖

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ กล่าวไว้ว่า โรคเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาของการเจ็บป่วยยาว ระยะเวลาของการรักษาค่อนข้างนาน อย่างน้อย ๓ เดือนขึ้นไป ต้องการการรักษาใกล้ชิดต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน การเจ็บป่วยมักจะเป็นความเจ็บป่วย

^๒ อังโน ดุสิตา ตูประกาย และคณะ, “การศึกษารูปแบบบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านและการประเมินคุณภาพการดูแลโรคเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคเหนือตอนบน”, **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว**, ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๓ (ก.ค.-ต.ค. ๒๕๕๒) : ๘-๙.

^๓ Larsen, P.D., “Chronicity”, in **Chronic Illness : Impact And Interventions**, 8th ed., edits by Lubkin, I.M. and Larsen, P. D., (Massachusetts: Jones and Bartlett, 2013), p. 6.

^๔ Snoddon, J., **Case management of long-term conditions: principles and practice for nurses**, (Massachusetts: Blackwell, 2010), p.1.

^๕ The Center for Managing Chronic Disease, **What is chronic disease**, [Online], source: <http://cmcd.sph.umich.edu/what-is-chronic-disease.html> [18 July 2013].

^๖ คุรยละเอียดใน สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และคณะ, **พจนานุกรมศัพท์แพทย์**, (กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒), หน้า ๑๖๘, ๕๕๔.

ถาวร และมักจะค่อยๆ ลุกกลามรุนแรงมากขึ้น หากได้รับการรักษาที่เหมาะสมก็จะมีอาการที่ทุเลา แต่ถ้าขาดการระวังโรคอาจเกิดการกำเริบขึ้นได้^๗

สุพัตรา ศรีวณิชชากร กล่าวไว้ว่า โรคเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาของการเจ็บป่วยและการดูแลรักษายาวนาน ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด การเจ็บป่วยมักเป็นอย่างถาวรค่อยๆ ลุกกลามจนมีอาการรุนแรงมากขึ้น หากได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมต่อเนื่องจะทำให้มีอาการทุเลา มีคุณภาพชีวิตที่ดี หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เพียงพอ จะมีภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร^๘

วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี กล่าวไว้ว่า โรคเรื้อรังกำลังเป็นปัญหาสำคัญระดับนานาชาติ เนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคเรื้อรังกำลังเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนเข้าใกล้สู่ระดับการระบาด โรคเรื้อรังก่อผลกระทบทางลบทั้งต่อตัวบุคคลและระบบการดูแลสุขภาพ ดังนั้น องค์ความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและการจัดการโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ และมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง^๙

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นิยามไว้ว่า โรคเรื้อรัง คือ โรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นเกือบทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย เมื่อเกิดขึ้นแล้วต้องใช้ระยะเวลาการดูแลรักษายาวนาน หากได้รับการดูแลรักษา อย่างเหมาะสมต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ดีพอและผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ อาการก็จะรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผู้ที่มีชีวิตรอดอาจจะต้องมีภาวะความพิการ ซึ่งเป็นภาระต่อเนื่องหลังการรักษาไปตลอดชีวิตและเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก^{๑๐}

สรุปได้ว่า โรคเรื้อรัง คือ โรคที่มีการดำเนินโรคยาวนานและค่อยๆ เพิ่มความรุนแรงมากขึ้นโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ใช้เวลานานและความก้าวหน้าช้า โดยทั่วไปเป็นโรคที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานติดต่อกันเกิน ๓ เดือน เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุด โรคบางชนิดมีส่วนสัมพันธ์กันที่จะทำให้เกิดการเสียชีวิตประกอบด้วย โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และ

^๗ดูรายละเอียดใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนทัศน์สำคัญสำหรับการดูแล, (ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์, ๒๕๓๗), หน้า ๙.

^๘สุพัตรา ศรีวณิชชากร, “ปรับตัว ปรับระบบอย่างไร ให้สอดคล้องกับโรคเรื้อรัง”, วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๖ (พ.ย.-ก.พ. ๒๕๕๒) : ๔.

^๙วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, “ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย”, วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๖ (พ.ย.-ก.พ. ๒๕๕๒) : ๔๘.

^{๑๐}กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, ๒๕๕๒), หน้า ๓.

โรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นโรคที่ไม่รักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมได้ด้วยการใช้ยาและการรักษาอื่นๆ

๒.๑.๒ ลักษณะของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพ เกิดขึ้นอย่างถาวรไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่และครอบครัวของบุคคลใน ทุกมิติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นมีการดำเนินของโรคหรือการคงอยู่ยาวนาน^{๑๑} ซึ่งลักษณะของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังประกอบด้วยลักษณะ ดังต่อไปนี้^{๑๒}

๑) การเปลี่ยนแปลงของโรคที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ ทำให้มีโอกาสที่จะลุกลามเป็นมากขึ้นจนถึงขั้นรุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิตส่งผลให้การรักษามีความลำบากมากยิ่งขึ้น

๒) การเปลี่ยนแปลงของโรคเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอทั้งในระยะที่สงบและกำเริบ จนส่งผลให้ขาดการเอาใจใส่ต่อสุขภาพ ส่งผลให้โรคกำเริบได้

๓) การเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพเกิดขึ้นแบบถาวร ก้าวหน้าต่อไปเรื่อยๆ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง โดยที่การรักษาก็ไม่ได้ช่วยให้โรคและพยาธิสภาพดังกล่าวหายขาด ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ และหมดหวังในการรักษา

๔) เป็นภาวะเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญความไม่แน่นอนมากมาย ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ญาติ ตลอดจนทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติมักมีความรู้สึกกังวลอยู่กับความไม่แน่นอน ต้องระมัดระวังการโรคจะเกิดการกำเริบขึ้นอีก

๕) เป็นการเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาที่เหมาะสมเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดและไม่สบาย ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ที่จะอยู่กับอาการของโรค ผลข้างเคียงของยาและการรักษา ต้องการให้ญาติ เพื่อนผู้ใกล้ชิด เข้าใจตนเองให้การช่วยเหลือเมื่ออาการของโรคปรากฏขึ้น และต้องการความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ

๖) เป็นการเจ็บป่วยที่รบกวนต่อการดำเนินชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยต้องปรับตัวกับการรักษาและข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

๗) เป็นการเจ็บป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือจากแหล่งบริการต่างๆ โดยเฉพาะผู้ป่วย ที่มีปัญหาความพิการทางด้านร่างกาย จิตใจ มีความต้องการได้รับการสนับสนุนและประคับประคองทางด้านจิตใจ จึงควรมีการจัดแหล่งบริการให้การปรึกษา รวมถึงสถานที่และโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายสำหรับผู้ป่วย

^{๑๑} สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และคณะ, พจนานุกรมศัพท์แพทย์, หน้า ๑๖๘.

^{๑๒} ดุราลงะเอียดโน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล, หน้า ๑๗-๒๐.

๘) เป็นการเจ็บป่วยที่ต้องใช้ค่ายารักษาพยาบาลค่อนข้างแพง เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษายาวนานหรือตลอดชีวิต อาจจะเป็นเพียงยารับประทานหรือยาฉีด แต่บางรายอาจต้องใช้เครื่องมือพิเศษ ซึ่งล้วนแต่ต้องใช้จ่ายเงินค่อนข้างมาก

ลักษณะของโรคเรื้อรังเป็นความบกพร่อง หรือ เบี่ยงเบนจากปกติที่มีลักษณะต่อไปนี้เป็น ๑) มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร ๒) มีความพิการหลงเหลืออยู่ ๓) พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคือสู่ปกติ ๔) ต้องการการฟื้นฟูสภาพ และ ๕) ต้องการการติดตามเพื่อ निเทศ สังเกตอาการ และให้การดูแลเป็นระยะเวลานาน

๒.๑.๓ การจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

การจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความยุ่งยาก ซึ่งจะพบปัญหาและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเรื้อรังต้องเผชิญและจัดการกับสิ่งเหล่านั้น ตลอดเวลาเพื่อรักษาและฟื้นฟูสมรรถของร่างกาย จิตใจของตน คงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ทางบวกและสามารถดำเนินชีวิตครอบครัวและสังคมตามปกติได้อย่างเหมาะสม มิลเลอร์ (Miller) ได้จำแนกภาระในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ออกเป็น ๑๓ ด้าน ดังนี้

๑) ความพยายามในการควบคุมความเป็นอยู่ที่ปกติของตน เพื่อที่จะไม่ทำให้การเจ็บป่วยสร้างปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของตนกับผู้อื่น

๒) การปรับเปลี่ยนกิจวัตรและครองชีวิต เพื่อควบคุมอาการและมีชีวิตอยู่อย่างปกติเท่าที่จะเป็นไปได้ รวมถึงเรียนรู้ที่จะหลีกเลี่ยงกิจกรรมใดๆ ที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น

๓) การแสวงหาความรู้และทักษะเพื่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

๔) การดำรงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ทางบวก เป็นการดำรงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ทางบวกจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงศักยภาพของตนและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ รวมถึงการเพิ่มความนับถือในตนเอง

๕) การปรับเปลี่ยนเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับผู้อื่น

๖) การจัดการกับความเศร้าโศกจากการสูญเสียอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

๗) การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของบทบาท โรคเรื้อรังมีผลให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียและปรับเปลี่ยนบทบาทของตน

๘) การต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยต้องกระทำตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตควบคู่ไปกับกิจวัตรประจำวันต่างๆ

๙) การเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

๑๐) การเผชิญกับการติตราทางสังคม

๑๑) ความพยายามในการจัดการกับความไม่สุขสบายทางร่างกาย

๑๒) การคงไว้ซึ่งความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ของตน

๑๓) การคงไว้ซึ่งความหวัง การที่ผู้ป่วยต้องประสบความยุ่งยากจากความไม่แน่นอน หรือการลุกลามของพยาธิสภาพของโรคมักผลทำให้ผู้ป่วยท้อแท้และหมดหวังต่อการ

ควบคุมหรือจัดการกับ ผลกระทบอันเนื่องมาจากโรคที่เป็นอยู่ ความหวังเป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีกำลังใจต่อสู้ กับความยุ่งยากเหล่านั้น เพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาวทั้งที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง^{๑๓}

สามารถสรุปได้ว่า การจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการจัดการที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ในสังคม มีกระบวนการในปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ ยอมรับในวิธีการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพของตนเองที่นำไปสู่การสูญเสียบทบาทต่างๆ เช่น การสูญเสียบทบาททางสังคม บทบาทในหน้าที่การงาน รวมถึงการลดบทบาทในการตัดสินใจและมีส่วนร่วมในครอบครัว เพื่อไม่ให้เกิดความเครียดและรู้สึกสูญเสียต่อคุณค่าของตนไป และมีความหวังในการจัดการกับความเจ็บป่วยไม่ให้เกิดการท้อแท้ และสิ้นหวังในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย

๒.๑.๔ ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังต่อผู้ป่วย

การเจ็บป่วยทุกชนิดมีผลกระทบต่อภาวะสมดุลของบุคคล ทำให้บุคคลเสียความสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยในระยะต่างๆ การปรับตัว กับความทุกข์ทรมานทางกาย การต้องเผชิญกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วยทางกาย การเผชิญกับอนาคตที่ไม่แน่นอน ผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวเต็มไปด้วยความทุกข์และความเครียดที่วิถีการดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่ว่าผู้ป่วยจะพยายามแสวงหาและติดตามการรักษาสักเพียงใดก็ตาม บางครั้งพบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแต่เพียงเล็กน้อยเท่านั้น บางรายมีการตอบสนองต่อยาที่ใช้ค่อนข้างช้า บางรายถึงกับพบว่ายาและการรักษาต่างๆ ที่ได้รับไม่ได้ช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นเท่าไรนัก แต่สิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอย่างแน่นอนคือ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพที่ก้าวหน้า ทำให้บุคคลต้องเสียพลังงานไปโดยไม่เกิดประโยชน์ และไม่สามารถที่จะใช้พลังงานของตนเองได้ในทางที่เหมาะสม^{๑๔}

สเมลเซอร์และคณะ (Smeltzer et al.) นำเสนอไว้ว่า โรคเรื้อรังเป็นสิ่งที่มีความผลกระทบต่อคนทุกเพศทุกวัยซึ่งเกิดขึ้นได้ตั้งแต่วัยเด็ก ในวัยกลางคน และผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุมักจะมีโรคหลายโรค การเจ็บป่วยเรื้อรังจะพบได้ในประชากร กลุ่มชาติพันธุ์ วัฒนธรรม และเชื้อชาติกลุ่มทั้งหมด อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจจะพบว่า จะเกิดปัญหาในกลุ่มบางกลุ่ม

^{๑๓}ดารณี จามจุรี, รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง, (กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์, ๒๕๔๖), หน้า ๖-๘.

^{๑๔}ดูรายละเอียดใน สมจิต หนูเจริญกุล, “การช่วยเหลือผู้ป่วยที่เผชิญภาวะวิกฤตของชีวิต”, ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม ๔, พิมพ์ครั้งที่ ๑๐, สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๒), หน้า ๑-๕.

มากกว่าคนอื่น ดังตัวอย่างของการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า ชนพื้นเมืองอเมริกันอายุระหว่าง ๔๕ ปี ถึง ๖๔ ปี มีอัตราการตายสูงจากโรคเบาหวานและตบะแข็งมากกว่าชาวผิวขาวในช่วงอายุเดียวกัน เนื่องจากเป็นคนยากจนและขาดความคุ้มครองด้านสุขภาพที่เพียงพอ ทำให้ขาดโอกาสในการจัดการมาตรการป้องกัน^{๑๕} โรคเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งบางคนอาจเป็นบุคคลทุพพลภาพ ไม่สามารถที่จะดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ^{๑๖} สอดคล้องกับการนำเสนอของมิลเลอร์ (Miller) ที่นำเสนอไว้ว่า ถึงแม้การเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลต่อผู้ป่วยต่างกัน แต่สิ่งที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวเหมือนกัน คือ ความอ่อนแอในหน้าที่ทั้งทางกาย รวมถึงจิตวิญญาณ และผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้^{๑๗} สามารถอธิบายถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังต่อไปนี้

๒.๑.๔.๑ ผลกระทบต่อตนเอง

๑) ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย เป็นผลกระทบที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังโดยตรง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหรือหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ จากพยาธิสภาพของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างถาวร รวมทั้งอาจเกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อภาวะกดดันทางจิตใจ สังคม หรือเป็นผลจากการดูแลรักษา ได้แก่ เคมีบำบัด การฉายแสง เป็นต้น ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้านร่างกายที่พบบ่อยมีดังนี้

(๑) ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง มักเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่จากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบกระดูกและข้อ โดยอาจมีความผิดปกติของระบบเหล่านี้โดยตรง หรือความผิดปกติของระบบอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อระบบเหล่านี้

(๒) ความผิดปกติของภาวะโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร ผลกระทบที่พบบ่อยในผู้ป่วยเรื้อรัง คือ ภาวะทุพโภชนาการ โดยอาจเป็นผลโดยตรงจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเองหรืออาจเกิดจากสภาวะจิตใจที่เปราะบาง กล่าวคือ จากการที่ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มักไม่หายขาดมีการกำเริบเป็นครั้งคราวต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

^{๑๕}Smeltzer, Suzanne C., et al., *Brunner and Siddhartha's Textbook of Medical-Surgical Nursing*, 11th ed., (Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006), p. 147.

^{๑๖}ดูรายละเอียดใน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, *คู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน*, พิมพ์ครั้งที่ ๒, อัมพรพรรณ อีรานูตร และคณะ บรรณาธิการ, (ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๕๒), หน้า ๒.

^{๑๗}Miller, J.F., *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness*, p. 4.

อาจมีผล ทำให้ผู้ป่วยเกิดเบื่อหน่าย รับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย นอกจากนี้อาจเป็นผลกระทบจากการรักษาภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่ เคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง อาหารเฉพาะโรคหรือข้อห้ามในการรับประทานอาหาร

(๓) ภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง เป็นผลกระทบด้านร่างกายที่พบในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน

(๔) ความผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ผลกระทบที่พบบ่อยได้แก่ ความเจ็บปวด อาจเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย และแตกต่างกันในแต่ละบุคคลทำให้ความกระปรี้กระเปร่าและควมมีชีวิตชีวาลดลง รับรู้สิ่งแวดล้อมลดลง

(๕) ความผิดปกติของการขับถ่าย พบได้ทั้งท้องผูก ท้องเดิน ถ่ายดำ แตกต่างกันตามสาเหตุ

(๖) การพักผ่อนไม่เพียงพอ ผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเองและหรือจากความกลัว ความวิตกกังวลซึ่งพบได้เสมอ

(๗) การมีข้อจำกัดในการมีเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์เป็นผลกระทบที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การรักษาและความเครียด โดยทำให้เกิดข้อจำกัดในการมีเพศสัมพันธ์ ความต้องการทางเพศลดลง หรือ สมรรถภาพทางเพศลดลง

(๘) ความสามารถในการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพลดลง ในผู้ป่วยเรื้อรังที่ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไปตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงหมดสติ

นอกจากนั้นการเจ็บป่วยเรื้อรังยังก่อให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การป้องกันภาวะวิกฤตที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค และการจัดการกับภาวะวิกฤต การควบคุมอาการและอาการแสดงของโรค การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์และการจัดการปัญหาความยุ่งยากที่เกิดจากการรักษา การป้องกันการแยกตัวจากสังคม หรือการอยู่ตามลำพังคนเดียว การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค ไม่ว่าจะเป็นความเสื่อม หรือระยะสงบของโรค การรักษาความเป็นปกติทั้งด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และวิถีชีวิตของตนเอง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือการดำรงชีพ ไม่ว่าจะเกิดจากการตกงานหรือการที่ต้องเปลี่ยนแปลงการประกอบอาชีพ^{๑๘}

^{๑๘}ดูรายละเอียดใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล, หน้า ๑๒๔-๑๒๕.

๒) ผลกระทบทางด้านจิตใจ

การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสภาวะการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงที่มีลำดับขั้นตอนและมีความสลับซับซ้อนซึ่งมีผลกระทบต่อกระบวนการพัฒนาการของบุคคล ความสำคัญจึงอยู่ที่ผู้ป่วยจะต้องมีความรับผิดชอบต่อนตนเองในการรักษาและดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง หน้าที่ความรับผิดชอบเพื่อควบคุมโรคจึงเป็นเรื่องที่ก่อให้เกิดความยากลำบากต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน เพราะโรคเรื้อรังส่วนมากมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่วนบุคคล จนทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางคนเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง^{๑๙} ซึ่งสอดคล้องกับที่คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่นำเสนอไว้ว่า “ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจที่แสดงออกในลักษณะของการวิตกกังวล มีอาการซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดความไม่มั่นคงในชีวิต กลัวความเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น และอาจคิดฆ่าตัวเองในที่สุด”^{๒๐}

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ มากมายที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ เนื่องจากการถูกคุกคามต่อบทบาทและหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วย ได้แก่ คุกคามต่อความผาสุกของชีวิตและร่างกาย ความสุขสบายและความครบถ้วนของร่างกายทุกโรคเรื้อรัง ความพิการและการรักษา ความเป็นอิสระไม่พึ่งพาผู้อื่นและความเป็นส่วนบุคคล อัตมโนทัศน์และบทบาท เป้าหมายในชีวิตและแผนการในอนาคต สัมพันธภาพในครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน ความสามารถในการคงไว้ซึ่งสภาพแวดล้อมที่เคยชิน ผลกระทบของความเจ็บป่วยและความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล^{๒๑} จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือความเสื่อมของอวัยวะของร่างกายเนื่องจากโรคเรื้อรัง บุคคลจะเกิดปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ ตามมาอย่างต่อเนื่องและเป็นวงจร จะทำให้บุคคลรู้สึกช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ รู้สึกหมดหวัง รู้สึกสูญเสียกลัวโกรธสลับกันไป ผู้ป่วยเรื้อรังมักมีความเศร้าโศกต่อความสูญเสียที่เกิดจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย สูญเสียบทบาท ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังเป็นอย่างมาก คือ การต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นที่ส่งผลต่อการควบคุมการรักษาของตนเอง^{๒๒}

^{๑๙}ดารณี จามจุรี, รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง, หน้า ๒.

^{๒๐}ดูรายละเอียดใน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน, หน้า ๘.

^{๒๑}Falvo, Donna R., *Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability*, 4th ed., (Massachusetts: Jones and Bartlett, 2010), pp. 20-25.

^{๒๒}ดูรายละเอียดใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนมิตีสำคัญสำหรับการดูแล, หน้า ๕๑.

๒.๑.๔.๒ ผลกระทบต่อครอบครัว

ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้น นอกจากจะเกิดขึ้นโดยตรงที่ตัวผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบเจ็บป่วยเรื้อรังต่อครอบครัว สมาชิกในครอบครัวทุกคนย่อมผลกระทบตามไปด้วยไม่มากก็น้อย ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่

๑) ปัญหาและความเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ทำให้ครอบครัวต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น

๒) มีการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว เพื่อให้เหมาะกับสถานการณ์ทั้งนี้เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม เช่น ต้องแยกห้อง หรือเครื่องใช้บางอย่าง เป็นต้น

๓) มีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพ บทบาทและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวดำเนินต่อไป

๔) เกิดปัญหาด้านอารมณ์ขึ้นได้ โดยอาจส่งผลกระทบทั้งตัวผู้ป่วย และต่อสมาชิกในครอบครัวก็อาจมีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกโกรธง่าย หงุดหงิดบ่อย ทำอะไรไม่ถูกต้องไม่ถูกใจ มีความรู้สึกไร้พลัง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัวถูกระทบ ฉะนั้นจึง ที่จะต้องคำนึงถึงสวัสดิการในครอบครัว เพื่อผ่อนคลายให้สมาชิก ในครอบครัวถูกระทบกระเทือนน้อยที่สุด^{๒๓}

นอกจากนี้จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า การเจ็บป่วยเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อความปกติสุขด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ และภาวะเศรษฐกิจของบุคคล การเจ็บป่วยและการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายลดลงและส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านความรู้สึกนึกคิดและสติปัญญา และด้านพฤติกรรม^{๒๔} ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการควบคุมโรคหรืออาการที่เกิดขึ้น ขาดการตระหนักถึงความสำเร็จของตนเอง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถและจะละเลยที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ตามปกติ ดังคำกล่าวที่ว่า

แพทย์และเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ มักมุ่งมั่นและพยายามทำตามแผนการรักษาของตนโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะยอมรับในการกระทำต่างๆ หรือไม่ ผลปรากฏว่าผู้ป่วยต่อต้านและไม่ร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา พฤติกรรมนี้เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเห็นว่าแผนการรักษาของแพทย์ไม่สอดคล้องกับการดำรงชีวิตประจำวันของเขาใช้เวลาของเขาในแต่ละวันอย่างมาก ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ทำให้เขาอ่อนเพลีย

^{๒๓}ดูรายละเอียดใน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน, หน้า ๙-๑๑.

^{๒๔}Kapella, M.C., et al., "Subjective fatigue, influencing variables and consequences in chronic obstructive pulmonary disease", *Nursing Research*, Vol. 55 No. 1 (January-February 2006) : 10-17.

หมดแรง ทำให้เขาเสียเงินจำนวนมากหรือทำให้เขาต้องยุ่งยากในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่^{๒๕}

นอกจากนี้จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงผลประโยชน์ที่ได้รับจากการแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และการมีแรงจูงใจด้านสุขภาพ ร่วมกับปัจจัยร่วมด้านอื่นๆ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล และการให้คุณค่าในการแสดงพฤติกรรมเพื่อการป้องกันนั้นมีปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ คือ ปัจจัยทางด้านลักษณะทางประชากร ลักษณะทางจิตสังคม และปัจจัยด้านโครงสร้าง แรงจูงใจภายใน และแรงจูงใจภายนอก ซึ่งจะจูงใจให้เกิดการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ^{๒๖} นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ และการปฏิบัติของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านลักษณะ ประสบการณ์ และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล ปัจจัยด้านอารมณ์และการคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม และปัจจัยด้านผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรม โดยปัจจัยด้านอารมณ์และการคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมเป็นตัวแปรสำคัญในการจูงใจให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากที่สุด^{๒๗}

สรุปได้ว่า ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้น นอกจากจะเกิดขึ้นโดยตรงที่ตัวผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบเจ็บป่วยเรื้อรังต่อครอบครัว สมาชิกในครอบครัวทุกคนย่อมผลกระทบตามไปด้วยไม่มากนักน้อย ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ระบุไว้ถึงความเปลี่ยนแปลงในครอบครัวที่ต้องแบกรับภาระการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด ทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ในชีวิตการสมรส มีความขัดแย้งในครอบครัว และบางครั้งส่งผลทำให้เกิดการหย่าร้างได้ในที่สุด

๒.๑.๔.๓ ผลกระทบต่อการดูแลรักษา

ผู้ที่เจ็บป่วยนอกจากจะต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ไม่สบายกาย ทนทุกข์ทรมานจากโรคแล้วยังจะต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นภาวะหรือสถานการณ์แปลกใหม่ หรือเปลี่ยนแปลงชีวิตของเขา ทำให้ต้องปรับตัวจนถึงที่สุด ภารกิจหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญนี้ สามารถจำแนกออกได้เป็นกลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

^{๒๕} สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล, หน้า ๕๒.

^{๒๖} Smith, Claudia M. and Maurer, Frances A., *Community health nursing : theory and practice*, 2nd ed., (Philadelphia: Saunders, 2000), p. 452.

^{๒๗} Pender, Nola J., Murdaugh, Carolyn L., and Parsons, Mary A., *Health Promotion in Nurse Practice*, 6th ed., (Boston: Pearson, 2011).

๑) ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยโดยตรง

(๑) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บปวดและความไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในหลาย ๆ ด้าน

(๒) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการตรวจวินิจฉัย เช่น การเจาะเลือดบ่อยๆ การเจาะน้ำไขสันหลัง การแทงเส้นเลือดเพื่อให้น้ำเกลือ การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ เป็นต้น ส่งผลทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลได้ทั้งสิ้น มากหรือน้อยแตกต่างกันไป

(๓) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล การใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยก็ต้องเปลี่ยนไป ทั้งการกินอยู่หลับนอน การรับประทานอาหาร เป็นต้น

(๔) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการสร้างมนุษยสัมพันธ์กับแพทย์ผู้รักษา และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง

๒) ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่ความเจ็บป่วยโดยตรง

ความเจ็บป่วยย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ในด้านชีวิตความเป็นอยู่ การงาน ความรับผิดชอบ ครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยจะต้องเผชิญหน้าและปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ให้ได้ ความเครียดวิตกกังวล อาจเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้ป่วยพยายามปรับตัวต่อเรื่องดังต่อไปนี้

(๑) การรักษาความรู้สึกที่ดีไว้ พยายามให้ตัวเองยังรู้สึกเข้มแข็ง มีความหวัง ไม่ท้อถอย สามารถอดทนต่อความเจ็บปวดให้ผ่านพ้นไปได้

(๒) การรักษาภาพพจน์ของตนเองไว้ ทั้งนี้เพราะการเจ็บป่วยบางอย่างมีผลทำให้สูญเสียความสามารถ สูญเสียอวัยวะ สูญเสียภาพพจน์เดิมที่เป็นลักษณะภายนอกได้

(๓) การรักษาความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วย พี่พว อาศัยตนเองไม่ได้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง หรือกำลังจะถูกทอดทิ้งได้ โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยหนัก ผู้ป่วยที่หมดหวัง หรือผู้ป่วยที่ใกล้จะตาย ยิ่งทำให้ขาดความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องและเพื่อนๆ ไป ทั้งๆ ที่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมาก ในยามที่ไม่สบาย การเยี่ยมเยียนเอาใจใส่จากครอบครัวญาติ และเพื่อนๆ ล้วนมีผลทางด้านกำลังใจต่อผู้ป่วยอย่างมาก

(๔) การเตรียมใจสำหรับอนาคตที่ไม่แน่นอน เพราะว่าโรคนั้นชนิดหรือภาวะเจ็บป่วยบางอย่างมีการดำเนินโรค หรือการพยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอน ซึ่งผลอาจจะดีหรือร้ายก็ได้ นั่นทำให้เกิดความเครียดได้มาก^{๒๘}

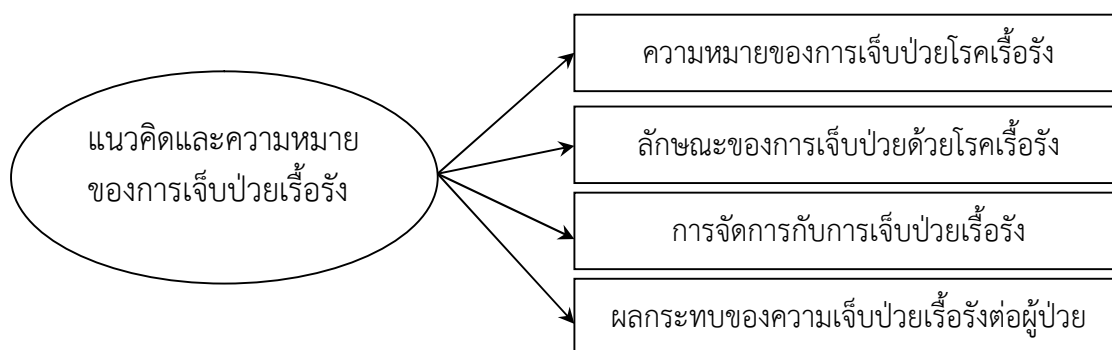
การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่ส่งเสริมให้การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาโรคเรื้อรังประสบความสำเร็จ ทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ การที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรู้สึก

^{๒๘} ศรีประภา ชัยสินธพ, ปฏิบัติทางจิตสังคมอันเป็นผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วย, [ออนไลน์].

แ ห ล ง ที่ ม า : <http://www.ramamental.com/medicalstudent/generalpsyc/psychosocial-aspect-of-physical-illnesses/> [๑๑ กรกฎาคม ๒๕๕๖].

ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้การรักษาโรคเรื้อรังมีการเปลี่ยนผ่านที่ดีขึ้น เพราะว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างย่อมส่งผลต่อการรักษาได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้สามารถเตรียมความพร้อมสำหรับการใช้ชีวิตรวมชีวิตปกติในสังคม^{๒๙}

สรุปได้ว่า ความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญ และจะต้องปรับตัวปรับใจให้ยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นให้ได้ ต้องสร้างภาวะสมดุลขึ้นใหม่ให้กับตนเองทั้งทางกายและทางใจ ผู้ป่วยต้องเผชิญและรับรู้สิ่งต่างๆ มากมายที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บป่วยที่ได้รับ เรื่องราวต่างๆ ที่ได้ยินได้ฟัง จากแพทย์ พยาบาล เกิดความรู้สึกรู้สึกต่างๆ ขึ้น และจำเป็นต้องตอบสนองต่อข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับ เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติให้เกิดการปรับตัวที่ดีได้ อันเป็นผลจากความเจ็บป่วย สามารถสรุปเป็นแผนภาพได้ดังนี้



แผนภาพที่ ๒.๑ องค์ประกอบแนวคิดและความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรัง

^{๒๙}Berntsson, Leeni, et.al., “Adolescent’s experience of well-being when living with a long-term illness or disability”, *Scandinavia Journal of Caring Science*, Vol. 21 No 4 (December 2007) : 419.

๒.๒ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน

องค์การอนามัยโลกได้นำเสนอในรายงานว่า ร้อยละ ๘๕ ในแต่ละประเทศให้หลักการป้องกัน และร้อยละ ๗๗ ได้ดำเนินการตรวจหาปัจจัยเสี่ยงสร้างในการเสริมสร้างสุขภาพและร้อยละ ๘๑ มีปัจจัยเสี่ยงต่อการจัดการโรคในระบบการดูแลสุขภาพพื้นฐาน อย่างไรก็ตาม ในบางประเทศได้สนับสนุนให้มีการช่วยเหลือ และดูแลสุขภาพในระบบการดูแลสุขภาพพื้นฐาน^{๓๐} ความชุกของปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้แตกต่างกันระหว่างกลุ่มรายได้ของแต่ละประเทศ ปัจจัยความเสี่ยงหลายประการมีความชุกสูง ได้แก่ สาเหตุทางกายภาพ การควบคุมปริมาณไขมันทั้งหมด การดูแลสุขภาพที่ต่ำกว่ามาตรฐานและเกิดจากการไม่ดูแลตนเอง เช่น การสูบบุหรี่ ปล่อยให้ตนเองมีน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน^{๓๑} ทั้งนี้เนื่องจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความพิการทางร่างกายและเสียชีวิตในสหรัฐอเมริกา ถึงร้อยละ ๗ จากการเสียชีวิตทั้งหมดในสหรัฐอเมริกา และชาวอเมริกัน ๒๕ ล้านอยู่กับโรคเรื้อรังที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก^{๓๒}

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับความทุกข์และได้รับการเผยแพร่ไปในประเทศต่างๆ ซึ่งในแต่ละประเทศได้นำเอารูปแบบในการดูแลเข้าไปประยุกต์ใช้ในประเทศของตนเองจนเกิดนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยในประเทศของตนผ่านองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาในประเทศ สามารถดำเนินงานจนประสบผลสำเร็จได้รับการยอมรับจากประชาชน และในทางการแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ๑) ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) ๒) Breakthrough series (BTS) ๓) ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model : Expanded CCM) และ ๔) นวัตกรรมในการดูแลโรคเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Condition : ICC) ผู้วิจัยจะได้นำเสนอด้วยรายละเอียดต่อไปนี้

๒.๒.๑ ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM)

ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) เป็นการพัฒนาของนายแพทย์เอ็ดเวิร์ด วากเนอร์ จาก MacColl Institute for Health care Innovation ที่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับประเภทมาตรการและสร้างต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เริ่มขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมในประเทศสหรัฐอเมริกาในทศวรรษ 1990 เนื่องจากการศึกษาถึงความจำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค

^{๓๐}WHO, Assessing national capacity for the prevention and control of non-communicable diseases : report of the 2010 global survey, (Geneva: WHO, 2012), p. 8.

^{๓๑}WHO, Noncommunicable diseases country profiles 2011, (Geneva: WHO, 2011), p. 6.

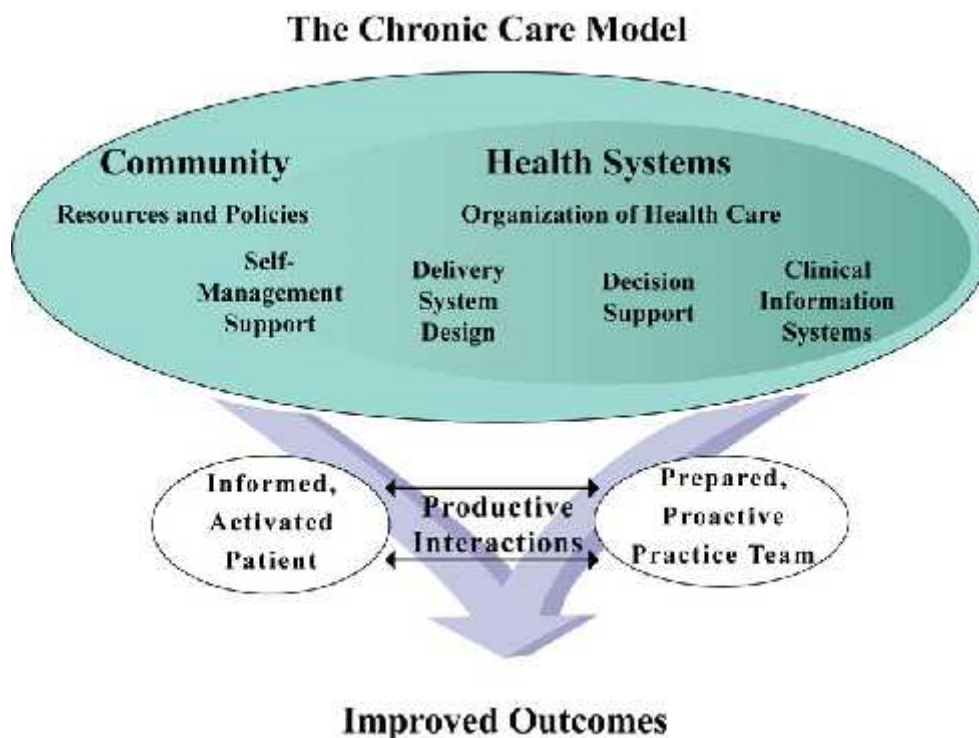
^{๓๒}Farahani, P., "A Perspective on Principles of Comparative Cost-Effectiveness Studies for Pharmacotherapy of Chronic Diseases", *Clinical Diabetes*, Vol. 30 No. 2 (April 2012) : 54.

เรื้อรังที่ได้รับการดูแลที่ต่ำกว่ามาตรฐาน จึงได้มีโครงการในการดูแลรักษาผู้ป่วยภายใต้โครงการที่ชื่อว่า “National Program on Improving Chronic Illness Care” ภายใต้การสนับสนุนของมูลนิธิโรเบิร์ต วู้ด จอห์นสัน (Robert Wood Johnson Foundation) โดยผู้ที่เป็นแกนหลักในการดำเนินการนี้ คือ นายแพทย์วากเนอร์ เอ็ดเวิร์ด (Wagner Edward H.) ซึ่งเป็นแพทย์และผู้อำนวยการของ MacColl Institute for Health care Innovation เมืองซีแอตเติล มลรัฐวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา^{๓๓} นอกจากนี้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) ยังเป็นตัวอย่างที่ดีในการนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลของแพทย์ประจำบ้านที่ผ่านการยอมรับจากแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา และ ประเทศอื่นๆ ว่าสามารถปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย และทำให้สุขภาพดีขึ้น^{๓๔}

ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการพัฒนานั้นเป็นนำกระบวนการต่างที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่แสดงถึงความสัมพันธ์กับส่วนต่าง ๆ ได้แก่ ๑) การสนับสนุนการดูแลตนเอง ๒) การสนับสนุนการตัดสินใจ ๓) การออกแบบระบบการให้บริการ ๔) ระบบข้อมูลทางคลินิก ๕) หน่วยงานบริการสุขภาพ และ ๖) ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน ดังแผนภาพที่ ๒.๒

^{๓๓}Wielawski, I. M., “Improving Chronic Illness Care”, **To Improve Health and Health Care Volume X**. Edited by Stephen L. I. & James R. K., (New Jersey: Robert Wood Johnson Foundation, 2006), p. 5.

^{๓๔}Coleman K., Austin B.T., Brach C., Wagner E.H., “Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium”, **Health Affairs**, Vol. 28, No.1 (January-February 2009) : 75-85.



แผนภาพที่ ๒.๒ ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model หรือ CCM)^{๓๕}

จากแผนภาพที่ ๒.๒ แสดงถึงต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ที่เป็นกระบวนการดูแลโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ แสดงถึงความเชื่อมโยงในกระบวนการต่างๆ ที่มีแนวทางที่ส่งผลต่อภาพรวมในการที่จะนำแนวทางไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ สามารถผสมผสานการทำงานที่เป็นทีม ส่งผลให้ปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ สามารถพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อใช้เป็นส่วนประกอบในการตัดสินใจต่อการประสานความร่วมมือจาก องค์กร และชุมชนต่างๆ ในการเสริมสร้างกิจกรรมดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถอธิบายโดยสังเขปดังนี้^{๓๖}

^{๓๕}Improving chronic illness care, **The Chronic Care Model**, [Online], source: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_CareModel&s=2 [21 November 2014].

^{๓๖}ดูรายละเอียดใน Baumann, L. C. and Thanh Tran Ngoc Dang, “Helping patients with chronic conditions overcome barriers to self-care”, **The Nurse Practitioner**, Vol. 37 No. 3 (March 2012) : 33, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๔ เล่มที่ ๔ การบริหารงบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง : บริการควบคุม ป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง, (กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์, ๒๕๕๓), หน้า ๒๔-๒๕, สุพัตรา ศรีวณิชชากร และ คณะ, การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง, (นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, ๒๕๕๓), หน้า ๒๔-๒๙.

๑) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management support)

สำหรับโรคเรื้อรังนั้น ผู้ป่วยจะเป็นผู้ดูแลสุขภาพที่สำคัญที่สุดของตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องมีชีวิตอยู่เป็นเวลานานกับโรคเรื้อรัง การจัดการดูแลสุขภาพจึงเป็นส่วนสำคัญที่สนับสนุนให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจติดตามด้วยตนเอง การตรวจวัดน้ำตาลในเลือด การชั่งน้ำหนัก และการใช้ยา เป็นต้น

๒) การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support)

คู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ถือเป็นมาตรฐานอันเหมาะสมของการดูแลโรคเรื้อรัง และจะต้องผสมผสานเข้าไปในกระบวนการดูแลผู้ป่วยประจำวันในรูปของการย้าเตือนหรือกระตุ้นเตือน โดยมีหัวหน้าทีมแพทย์คอยควบคุมกำกับให้มีการปฏิบัติตามคู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิกนี้โดยผ่านกระบวนการฝึกอบรมรูปแบบต่างๆ นอกจากนี้ ในทางอุดมคติควรมีผู้เชี่ยวชาญที่พร้อมให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์โดยที่ไม่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ สิ่งสำคัญคือใช้แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย หรืออิงหลักฐานที่ได้รับการยืนยัน

๓) การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery System Design)

จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของการเวชปฏิบัติ มีการสร้างทีมงานดูแลผู้ป่วยที่มีแบ่งงานกันอย่างชัดเจน และแยกระบบการดูแลโรคเรื้อรังที่ต้องการวางแผนการดูแลระยะยาวออกจากระบบการดูแลโรคเฉียบพลัน โดยแพทย์จะเป็นผู้รักษาภาวะเฉียบพลันที่เกิดขึ้นเป็นช่วงๆ ของระยะโรคเรื้อรังที่ยากแก่การรักษา การกำหนดนัดกิจกรรมที่ต้องกระทำเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจตา การตรวจเท้า เป็นต้น และทำการนัดตรวจติดตามอย่างเหมาะสม โดยการมาตรวจตามนัดที่มีการวางแผนอย่างดีเป็นการล่วงหน้าถือเป็นแง่มุมที่สำคัญที่สุดของการออกแบบระบบการให้บริการ

๔) ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information System)

ระบบข้อมูลทางคลินิก เป็นระบบข้อมูลที่มีบทบาทสำคัญมีส่วนช่วยเป็นระบบการย้าเตือนหรือกระตุ้นเตือนให้แพทย์ หรือบุคลากรอื่นๆ ปฏิบัติตามคู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิก เพื่อนำเสนอเป็นข้อมูลป้อนกลับสำหรับแพทย์ในการแสดงให้เห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามตัวชี้วัด และเป็นทะเบียนข้อมูลสำหรับวางแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล หรือการดูแลผู้ป่วยโดยใช้มาตรการเชิงกลุ่ม ทะเบียนผู้ป่วยนี้ถือเป็นสิ่งสำคัญของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นการแจ้งเตือนให้มีการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อถึงกำหนดการตรวจแต่ยังมีได้ทำการตรวจ

๕) การจัดองค์การดูแลสุขภาพ (Health care organization)

ระบบและกลไกที่สนับสนุนการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและมาตรฐานนวัตกรรมใดๆ ที่เกี่ยวข้องก็ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ระบบการเบิกจ่ายหรือตอบแทนการรักษาพยาบาลของระบบสุขภาพเป็นสิ่งที่มผลกระทบต่อพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรังอย่างมาก เพราะว่า การจัดการโรคเรื้อรังมิใช่เพียงการจัดการกับความเจ็บป่วยที่มีอาการขึ้นเป็นครั้งๆ แม้แก้ไขที่ต้นตอสาเหตุให้

หายขาดไม่ได้ แต่ต้องมีกลวิธีในการควบคุม ป้องกันโรค ลดความเสี่ยง ร่วมกับการรักษาพยาบาลตามอาการ เพื่อลดความรุนแรงของอาการแสดง ยับยั้งมิให้โรคลุกลามมากขึ้น รวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อน^{๓๗}

๖) การใช้ทรัพยากรสิ่งสนับสนุน และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Resources and Policies)

ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หน่วยงานบริการสุขภาพจำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงกับทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เช่น สถานที่ออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ และชมรมช่วยเหลือตนเอง การเชื่อมโยงกับชุมชนนี้มีความสำคัญมากสำหรับสถานบริการสุขภาพขนาดเล็กเช่น คลินิกแพทย์ ซึ่งมีทรัพยากรจำกัดและไม่สามารถจัดโปรแกรมต่างๆ ได้เองทั้งหมด เพื่อแนะนำผู้ป่วยไปเข้าร่วมกิจกรรม ส่งต่อผู้ป่วยไปใช้บริการดูแลต่อเนื่องที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือ สถานพยาบาลอื่น สร้างความร่วมมือกับองค์กรชุมชนเพื่อสนับสนุนและพัฒนามาตรการแทรกแซงที่หน่วยบริการไม่สามารถจัดให้ได้^{๓๘}

องค์ประกอบ ๖ องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังนี้จะเกี่ยวเนื่องและอิงอาศัยกันและกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพซึ่งไม่ได้พิจารณาแต่ผลลัพธ์ทางคลินิกเท่านั้น แต่ต้องทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพในการจัดการปัญหาสุขภาพ และกลุ่มเป้าหมายสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมมีคุณภาพที่ดี มีการจัดการเพื่อลดและป้องกันความเสี่ยง ซึ่งจะเกิดขึ้นได้เมื่อทีมผู้ให้บริการมีการเตรียมตัวและร่วมทำงานกับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมความรู้ ศักยภาพและมีความกระตือรือร้นในการร่วมพัฒนา^{๓๙} ดังที่ประชาติป กะทา นำเสนอไว้ว่า “ในชุมชนจึงมีระบบการแพทย์หลายระบบและมีหมอผู้ทำการเยียวยาความเจ็บป่วยหลากหลาย เพราะไม่มีระบบการแพทย์ใดจะตอบสนองความต้องการ หรือเยียวยาความเจ็บป่วย ได้อย่างเบ็ดเสร็จ เด็ดขาด จำเป็นต้องพึ่งพาหลายระบบไปพร้อมกัน”^{๔๐}

จุดมุ่งหมายของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง จะเป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตสำหรับการเปลี่ยนแปลงการดูแลประจำวันสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังอย่างรุนแรง และมี

^{๓๗}สุพัตรา ศรีวณิชชากร, “ปรับตัว ปรับระบบอย่างไร ให้สอดคล้องกับโรคเรื้อรัง”, วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว : ๔.

^{๓๘}สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๔ เล่มที่ ๔ การบริหารงบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง : บริการควบคุม ป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง, หน้า ๒๖.

^{๓๙}สุพัตรา ศรีวณิชชากร และ คณะ, การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง, หน้า ๒๙.

^{๔๐}ประชาติป กะทา, “สุขภาพ โรค การเจ็บป่วย : มุมมองทางมานุษยวิทยาการแพทย์”, หมออนามัย, ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๔ (มกราคม-กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔) : ๖๐.

แผนปฏิบัติการเชิงรุกในการดูแลประชาชน รูปแบบนี้ถูกออกแบบมาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายผ่านกระบวนการดูแลจากทีมงานที่มีประสิทธิภาพและวิธีการที่ดี เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ให้บริการผู้ป่วย และปรับปรุงสุขภาพให้กลับมาสู่สภาพเดิม^{๔๑} ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) แสดงให้เห็นการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม และสิ่งที่ดีที่สุดต้องมีการสนับสนุนและมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ผู้ให้บริการระบบสุขภาพ และ ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในสุขภาพที่ดีที่สุด โดยระบุแหล่งที่มาของอุปสรรค ผู้ดูแลที่เข้าใจและสนับสนุนความต้องการของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญเพื่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง^{๔๒}

ปัจจุบันมีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) ไปประยุกต์ใช้กับโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเสื่อมของสภาพร่างกาย เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคปอดอักเสบเรื้อรัง โรคหอบหืด นอกจากนี้ยังมีการนำไปประยุกต์ใช้กับโรคเรื้อรังอื่นๆ แต่ที่มีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางและเป็นการนำร่องคือการนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Diabetes) หน่วยงานที่นำต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปประยุกต์ใช้ มีทั้งสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนขนาดใหญ่ และขนาดเล็กที่หวังผลกำไรและไม่หวังผลกำไร สถานบริการ สุขภาพปฐมภูมิ และศูนย์สุขภาพชุมชน ประเทศที่นำต้นแบบไปประยุกต์ใช้แล้วมีทั้งในทวีปอเมริกา (สหรัฐอเมริกา และแคนาดา) ทวีปยุโรป (สหราชอาณาจักร เนเธอร์แลนด์ และเดนมาร์ก เป็นต้น) และประเทศออสเตรเลีย อย่างไรก็ตาม องค์การส่วนใหญ่จะนำเพียงบางแง่มุมของต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาประยุกต์ใช้ มีเพียงส่วนน้อยที่นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเต็มรูปแบบ^{๔๓} ทั้งนี้เนื่องจากความพร้อมของทรัพยากร ประเทศใดไม่ว่าจะร่ำรวยเพียงใด ไม่สามารถที่จะทำให้ประชาชนทุกๆ คนเข้าถึงทุกๆ เทคโนโลยีด้านสุขภาพได้ในทันที ขณะที่เมื่อมองไปยังประเทศที่ยากจนที่สุด ยังเห็นการบริการเพียงน้อยนิดที่ประชาชนทั้งประเทศจะได้รับ^{๔๔}

จากการนำเสนอในเบื้องต้นแสดงให้เห็นว่าในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องมีการผสมผสานความร่วมมือจากหลายภาคส่วนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย และเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในแนวทางที่ดีขึ้นและนำไปสู่ความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ จนเกิดเป็นนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม สามารถลดจำนวนของผู้ป่วย และได้แนวทางในการป้องกันไม่ให้จำนวนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มจำนวนขึ้น แต่รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

^{๔๑}Coleman K., et al, “Evidence on the Chronic Care Model in the New Millennium”, *Health Affairs*, Vol. 28 No.1 (January-February 2009) : 75.

^{๔๒}Baumann, Linda C. and Thanh, Tran Ngoc Dang, “Helping patients with chronic conditions overcome barriers to self-care”, *The Nurse Practitioner*, Vol. 37 No. 3 (March 2012) : 37.

^{๔๓}วิโรจน์ เจริญจรัสรังษี, “ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง”, *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* : ๘๗.

^{๔๔}WHO, *The world health report : health systems financing : the path to universal coverage*, (Geneva: WHO, 2010), p. xi, องค์การอนามัยโลก, รายงานอนามัยโลก ประจำปี ๒๕๕๓ การคลังระบบสุขภาพ เส้นทางสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, วิรัตน์ เอื้องพลสวัสดิ์ บรรณาธิการ, (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๖), หน้า ๒๑.

(CCM) ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมานั้นมีข้อจำกัดในการนำไปใช้จึงได้มีการผสมผสานเพื่อนำไปใช้ใน ประเทศต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำเสนอ ดังต่อไปนี้

๒.๒.๒ ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model)

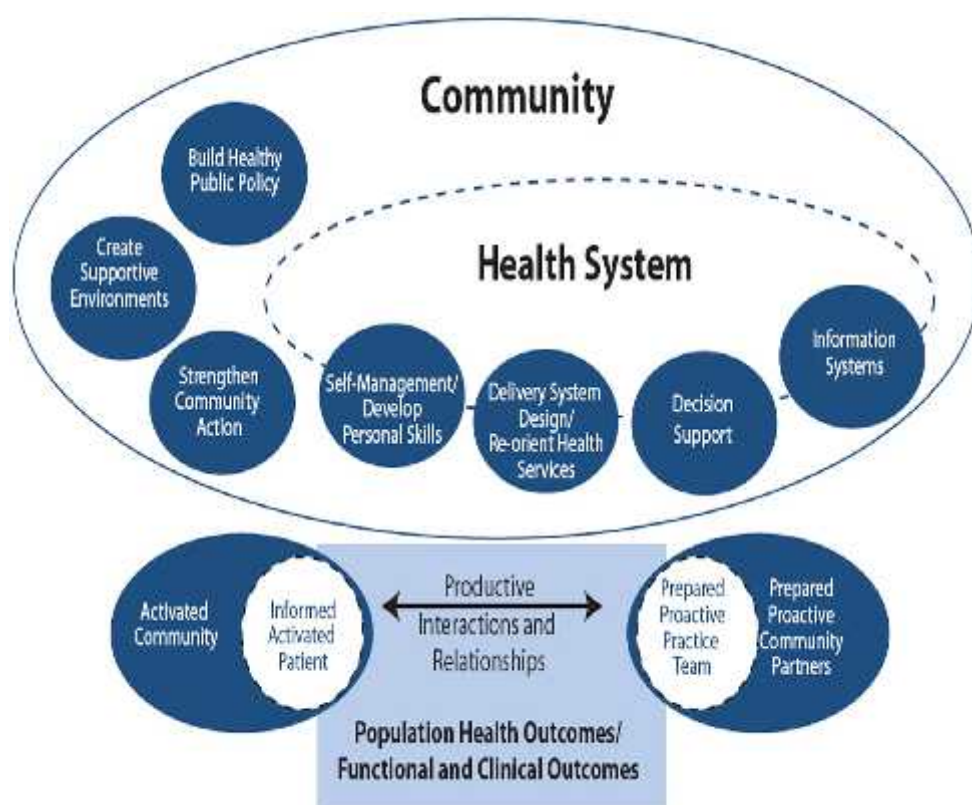
ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model) เป็นชุด ต้นแบบของการนำต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) มาประยุกต์ใช้ในองค์กรดูแลสุขภาพ เพื่อ ยกระดับคุณภาพการดูแลโรคเรื้อรัง โดยพบว่าประสบผลดีในระดับหนึ่ง ต่อมาในวงวิชาการมี ความคิดเห็นว่าแนวคิดของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังนี้อาจนำไปใช้ในการควบคุมป้องกันโรค เรื้อรังได้ด้วยหากมีการปรับเปลี่ยนบางประการ จึงมีการนำหลักการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในระดับประชากรไปหลอมรวมกับต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังดั้งเดิม ผลลัพธ์ ด้านเวชปฏิบัติและด้านผลการรักษาของการดูแลโรคเรื้อรังจะถูกยกระดับคุณภาพได้โดยการมี ปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์ระหว่างผู้ป่วยที่ตื่นตัว และได้รับการเสริมความรู้และทักษะการ การแพทย์ที่มีการเตรียมตัวล่วงหน้า และดำเนินการเชิงรุก แสดงการมีปฏิสัมพันธ์กันและมี อิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านการจัดการโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ ทีมงานพัฒนาคุณภาพที่ นำต้นแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ จะมุ่งเน้นการปรับปรุงพัฒนาที่องค์ประกอบ ๔ ด้าน คือ การ สนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง การออกแบบระบบบริการใหม่ การสนับสนุนการตัดสินใจทาง คลินิก และระบบข้อมูลทางคลินิก^{๔๕}

กลุ่มนักวิชาการในประเทศแคนาดาได้นำต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังมาพัฒนาเป็น ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model) ด้วยเหตุที่แนวคิด ของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังดั้งเดิม ซึ่งมุ่งเน้นด้านการจัดการดูแลผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังแล้ว ยังไม่ เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพในระดับประชากร โดยมีการนำหลักการด้านการสร้างเสริม สุขภาพและการมุ่งเน้นปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health determinant) ไปผสมผสานกับต้นแบบ การดูแลโรคเรื้อรังดั้งเดิม อันจะทำให้สามารถนำหลักการของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังไป ประยุกต์ใช้กับระบบสุขภาพทั้งระบบได้อย่างผสมผสานกลมกลืนกัน ในต้นแบบการดูแลโรค เรื้อรังภาคขยาย ได้ให้คำแนะนำว่า แต่ละส่วนทำงานหลายจุดทั่วทั้งระบบ จะต้องจัดการด้วย ตนเอง เช่น การรับมือกับโรค ความสามารถในการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลสุขภาพ และ ความสามารถในการพัฒนากลยุทธ์สำหรับการดำเนินการในชุมชนในระบบสุขภาพได้ มี หลักฐานเริ่มต้นแนะนำการดูแลสุขภาพหลักที่มีประสิทธิภาพสามารถนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพ และความปลอดภัยของการดูแลสุขภาพ มันเป็นสิ่งสำคัญเพื่อรับทราบแนวคิดที่เกิดขึ้นของ

^{๔๕}ดูรายละเอียดใน วิโรจน์ เจริญจรัสรังษี, “ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย”, วารสาร ระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๖ (พ.ย.-ก.พ. ๒๕๕๒) : ๕๐.

“บ้านสุขภาพ” ใช้เป็นหลักในสหรัฐอเมริกา และบ้านทางการแพทย์ระยะมีการอุดมการณ์ในแคนาดา^{๔๖}

ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย จะสนับสนุนบทบาทแฝงของตัวกำหนดด้านสังคมที่จะมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ชุมชน และประชากรในวงกว้าง การนำต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยายมาประยุกต์ใช้ จะช่วยเสริมความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับวิธีการนำการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล สวมรอยเข้ากับแนวคิดของสุขภาพระดับประชากร ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังแบบใหม่นี้ ที่เกิดจากผสมผสานต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังแบบดั้งเดิมเข้ากับการสร้างเสริมสุขภาพระดับประชากร แสดงให้เห็นชัดถึงความสัมพันธ์ระหว่างระบบบริการสุขภาพและชุมชน ต้นแบบที่มุ่งเน้นกิจกรรมนี้จะขยายขอบการปฏิบัติไปมุ่งเน้นผลลัพธ์สุขภาพของทั้งบุคคล ชุมชน และประชาชนในวงกว้าง ดังแผนภาพที่ ๒.๓



แผนภาพที่ ๒.๓ ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model)^{๔๗}

^{๔๖}Berenson, Robert A., et al., “A house is not a home: Keeping patients at the center of practice redesign”, *Health Affairs*, Vol. 27, No. 5 (September-October 2008) : 1219-1230.

^{๔๗}Nasmith L., et al., *Transforming Care for Canadians with Chronic Health Conditions: Appendices*, (Canada: Canadian Academy of Health Sciences, 2010), p. 12.

จากแผนภาพที่ ๒.๓ เป็นการนำเสนอที่ต้องการพัฒนาระบบการดูแลแบบดั้งเดิมที่ได้รับการพัฒนาในเบื้องต้น มีความต้องการที่จะผสมผสานการสร้างเสริมสุขภาพระดับประชากร (Population health promotion) เข้ากับการป้องกันและการจัดการโรคเรื้อรัง ซึ่งการผสมผสานนี้ขยายขอบเขตของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังออกไป ให้สามารถลดภาระของโรคเรื้อรังได้อย่างเบ็ดเสร็จ โดยสามารถลดผลกระทบต่อตัวบุคคลผู้เป็นโรคเรื้อรัง ส่งเสริมบุคคลในชุมชนที่ยังไม่เป็นโรคเรื้อรัง ให้มีสุขภาพดีด้วย สิ่งทั้ง ๒ ประการนี้จะบังเกิดขึ้นพร้อมๆ กันได้ ใช้กลยุทธ์ที่มีทั้งการดำเนินการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และการจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูง เป็นการนำหลักการด้านการสร้างเสริมสุขภาพระดับประชากรผสมผสานเข้ากับต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยายนี้ เป็นการเพิ่มเติมให้กับองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมทรัพยากรและนโยบายในชุมชน

ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยายจะสนับสนุนบทบาทแห่งของตัวกำหนดด้านสังคมที่จะมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ชุมชน และประชากรในวงกว้าง การนำต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยายมาประยุกต์ใช้ จะช่วยเสริมความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับวิธีการนำการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล สวมรอยเข้ากับแนวคิดของสุขภาพระดับประชากรต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังแบบใหม่นี้ ที่เกิดจากผสมผสานต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังแบบดั้งเดิมเข้ากับการสร้างเสริมสุขภาพระดับประชากร แสดงให้เห็นชัดเจนถึงความสัมพันธ์ระหว่างระบบบริการสุขภาพและชุมชน ต้นแบบที่มุ่งเน้นกิจกรรมนี้จะขยายขอบการปฏิบัติไปมุ่งเน้นผลลัพธ์สุขภาพของทั้งบุคคล ชุมชน และประชาชนในวงกว้าง การเปลี่ยนแปลงของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยายคือ ตำแหน่งการจัดวางองค์ประกอบ ๔ ประการของต้นแบบอันประกอบด้วย ๑) การสนับสนุนการดูแลตนเอง ๒) การสนับสนุนการตัดสินใจ ๓) การจัดรูปแบบการบริการใหม่ และ ๔) ระบบฐานข้อมูล องค์ประกอบเหล่านี้ถูกจัดวางใหม่ให้เชื่อมร้อยเชื่อมต่อระหว่างระบบสุขภาพและชุมชนในวงกว้าง ทั้งนี้เพื่อสื่อความหมายว่าการจัดกิจกรรมขององค์ประกอบทั้ง ๔ ประการนี้สามารถดำเนินการอยู่ในทั้งองค์กรดูแลสุขภาพและชุมชนและมีผลกระทบต่อทั้ง ๒ ส่วนนี้ ซึ่งจะ เป็นทั้งการจัดบริการดูแลสุขภาพระดับบุคคลและการสร้างเสริมสุขภาพในระดับประชากร ตามกฎบัตรอตตาวาด้านการสร้างเสริมสุขภาพกล่าวถึงกิจกรรม ๕ ด้าน คือ^{๔๘}

- ๑) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills)
- ๒) การจัดรูปแบบบริการสุขภาพใหม่ (Re-orient health services)
- ๓) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build healthy public policy)
- ๔) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environments)

^{๔๘}ดูรายละเอียดในวิโรจน์ เจียมจรัสศรี, “ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย”, วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว : ๕๑-๕๖.

๕) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของกิจกรรมในชุมชน (Strengthen community action)

ในการหลอมรวมกิจกรรม ๕ ด้านนี้เข้ากับต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง จะต้องมีการตั้งชื่อและให้คำจำกัดความขององค์ประกอบ ๒ ประการใหม่ และมีการเพิ่มเติมรายละเอียดใหม่ลงในวงรีที่เป็นส่วนของชุมชน นอกจากนี้การผสมผสานการสร้างเสริมสุขภาพระดับประชากรและการดูแลรักษาโรครายบุคคลยังมีผลต่อครึ่งล่างของต้นแบบด้วย

ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย มีสิ่งที่แตกต่างจากต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) คือ มีรายละเอียดที่เกี่ยวข้องระหว่างองค์ประกอบระดับองค์กรรวม (Health care organization) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management support) การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery System Design) การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) ระบบข้อมูล (Information system) กับชุมชน (Community) เพิ่มองค์ประกอบในส่วน of ชุมชน ได้แก่ นโยบายสาธารณะ (Public policy) เช่น การวางมาตรการภาษีควบคุมสินค้าทำลายสุขภาพ และส่งเสริมอาหารที่มีประโยชน์ การปรับสภาพแวดล้อม (Supportive environment) เช่น การปรับปรุงพื้นที่ให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง ทุพพลภาพ และ การสร้างชุมชนเข้มแข็ง (Strengthen community action) คือ การให้ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และกำหนดทิศทางพัฒนาตามความต้องการของตนเอง รวมกลุ่มคนที่ทำงานโดยตรงกับชุมชน สนับสนุน เป็นผู้นำในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ และนำเสนออุปสรรคในการปฏิบัติงานในด้านต่าง ๆ รวมทั้งกำหนดแนวทางในป้องกันและควบคุมการดูแลรักษา เชื่อมโยงระหว่างระบบสุขภาพชุมชน รูปแบบการขับเคลื่อน เพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อระบบสุขภาพสำหรับบุคคล ชุมชน และประชากร

๒.๒.๓ ความร่วมมือระหว่างกลุ่มนักวิจัย : Breakthrough series

Breakthrough Series (BTS) เป็นวิธีการศึกษา (Methodology) ในรูปแบบผสมผสานที่เกิดขึ้นจากการรวมกลุ่มเพื่อการเรียนรู้จากการปรับปรุงงานบริการของหน่วยบริการทางการแพทย์ โดยกลุ่มนักวิจัยอิสระแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard University) ชื่อ “Institute for Healthcare Improvement (IHI)” โดยให้การสนับสนุนวิชาการแก่โรงพยาบาล หรือ คลินิก ในการทำโครงการระยะสั้น โดยมีการศึกษาระหว่าง ๖-๑๕ เดือน มีเป้าหมายเพื่อสร้างและทดลองใช้รูปแบบ (Framework) ที่ช่วยพัฒนาการคุณภาพดูแลโรคใดโรคหนึ่ง ผ่านกระบวนการ PDSA (Plan Do Study Act) ประกอบด้วย ช่วงการลงมือปฏิบัติ (Action period) สนับสนุนกับช่วงการเรียนรู้ (Learning period) โดยมีการจัดให้แต่ละโรงพยาบาลหรือคลินิกที่เข้าร่วมโครงการ ได้นำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และปรึกษากับนักวิชาการ

จุดเริ่มต้นของรูปแบบได้รับแนวความคิด เมื่อหนึ่งในผู้ก่อตั้ง IHI โดยนายแพทย์พอล บาทัลเดน (Paul Batalden, MD) ได้สังเกตเห็นรูปแบบบนผ้าเช็ดปากในที่ประชุมของกลุ่ม

ปฏิบัติ IHI ของเครือข่ายการปรับปรุงและส่งไปให้นายแพทย์ดอน เบอว์วิก (Don Berwick, MD) ซึ่งเป็นซีอีโอของ IHI ซึ่งนายแพทย์ทั้งสองท่านกำลังหาวิธีที่จะเร่งปรับปรุงในการดูแลสุขภาพเกินกว่าสิ่งที่ IHI ประสบความสำเร็จโดยใช้แนวทางการศึกษาแบบดั้งเดิม นายแพทย์พอล บาทัลดอน นายแพทย์ดอน เบอว์วิก และคณะผู้บริหาร IHI มีความกระตือรือร้นที่จะปรับปรุงมาตรฐานการดูแลให้สูงขึ้น เพื่อให้โครงสร้างสำหรับการเรียนรู้และการดำเนินการที่จะมีส่วนร่วมในการทำให้องค์กรจริงในระดับของระบบการเปลี่ยนแปลงที่จะนำไปสู่การปรับปรุงอย่างมากในการดูแล^{๔๙} มีการนำข้อเสนอเพื่อการพัฒนาความร่วมมือ ได้แก่

- ๑) ช่องว่างที่สำคัญที่มีอยู่ระหว่างความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ
- ๒) ไม่ถูกจำกัดการเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติเป็นที่แพร่หลาย
- ๓) ตัวอย่างของการปฏิบัติที่ดีขึ้นและผลลัพธ์ แต่พวกเขาจะต้องอธิบายและเผยแพร่ให้กับองค์กรอื่นๆ
- ๔) การทำงานร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านการทำงานไปสู่จุดมุ่งหมายที่ชัดเจนช่วยให้การปรับปรุง
- ๕) ผลลัพธ์สุขภาพที่เป็นผลของกระบวนการ
- ๖) ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์ของการปรับปรุงวงจรอย่างรวดเร็ว ซึ่งแสดงให้เห็นความสามารถในการพัฒนา

ICIC ได้ร่วมมือกับ IHI ในการนำ CCM เข้าไปเป็น framework ใน BTS ได้พัฒนาแบบสอบถาม Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) เป็นเครื่องมือให้กับหน่วยบริการสุขภาพนั้นประเมินตนเองว่าควรพัฒนาองค์ประกอบใดใน CCM มีการให้ทุนด้วยการสนับสนุนจากมูลนิธิโรเบิร์ต วูด จอห์นสัน (Robert Wood Johnson foundation) แก่โรงพยาบาลหรือคลินิกที่เข้าร่วมโครงการ ผลจากโครงการนี้ได้สร้าง Evidence based เกี่ยวกับ CCM อย่างมากมาย^{๕๐} ดังคำถามจำนวน ๓ ข้อที่ตั้งไว้ว่า ๑) อะไรคือสิ่งที่เราพยายามให้สำเร็จ (วัตถุประสงค์) ในการร่วมกำหนดผลลัพธ์ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านในทีมงาน ๒) จะมีทีมที่มีมาตรการที่เหมาะสมเพื่อติดตามผลความสำเร็จ ได้อย่างไร ๓) อะไรคือสิ่งที่เราสามารถเปลี่ยนแปลงซึ่งจะส่งผลในการปรับปรุง^{๕๑}

รูปแบบ Breakthrough Series (BTS) เป็นนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพสำหรับการทำงานร่วมกันปรับปรุงการแพร่กระจายและการปรับตัวของความรู้ที่มีอยู่ไปยังเว็บไซต์หลาย

^{๔๙}Institute for Healthcare Improvement, **The Breakthrough Series IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement**, (Massachusetts: Cambridge University, 2003), p. 2.

^{๕๐}ปัทมา โกมุทุบุตร. **Review CCM : วิวัฒนาการของ Chronic care model**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://www.gotoknow.org/posts/365680> [๑๖ กันยายน ๒๕๕๖].

^{๕๑}Institute for Healthcare Improvement, "The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement", **Diabetes Spectrum**, Vol. 17 No. 2 (2004) : 99.

เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกัน มันทำให้องค์กรที่มีความหลากหลายร่วมกันเพื่อที่จะเรียนรู้และปรับปรุงหมวดหมู่ความรู้ที่มีอยู่จากแหล่งที่มาที่แตกต่างกันและมีพนักงานที่มีความรู้ในการพัฒนาซึ่งแสดงให้เห็นความสามารถภายในขององค์กรที่เข้าร่วมโครงการเพื่อสร้างการมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนและการเก็บรวบรวมและตรวจสอบมาตรการประสิทธิภาพการทำงานที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้องค์กรสามารถใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์เพื่อทดสอบการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการของการดูแลและแก้ไขให้เกิดการพัฒนาที่พิสูจน์ได้ โอกาสและความท้าทายหลายยังคงอยู่ และการเพิ่มประสิทธิภาพกับรูปแบบ Breakthrough Series (BTS) เป็นทางเลือกที่มีส่วนช่วยลดภาระค่าที่มีค่าใช้จ่ายให้น้อยลง มีการพัฒนาเพื่อให้มีส่วนร่วมมากขึ้นอย่างเต็มที่ สุดท้ายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จและความล้มเหลวมีการนำเสนอร่วมกัน

สรุปได้ว่าความร่วมมือระหว่างกลุ่มนักวิจัย (Breakthrough series) เป็นกระบวนการทางการแพทย์ โดยกลุ่มนักวิจัยอิสระแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดที่ได้นำเอาแนวคิดการดูแลมาผสมผสานสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีมาตรฐานได้รับการยอมรับในทางการแพทย์ ซึ่งในการดำเนินงานนี้เป็นการร่วมมือระหว่างกลุ่มนักวิจัยที่รับทุนสนับสนุนจากมูลนิธิโรเบิร์ต วูด จอห์นสัน ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนในการวิจัย เพื่อลดช่องว่างและเกิดความร่วมมือในด้านต่าง ๆ

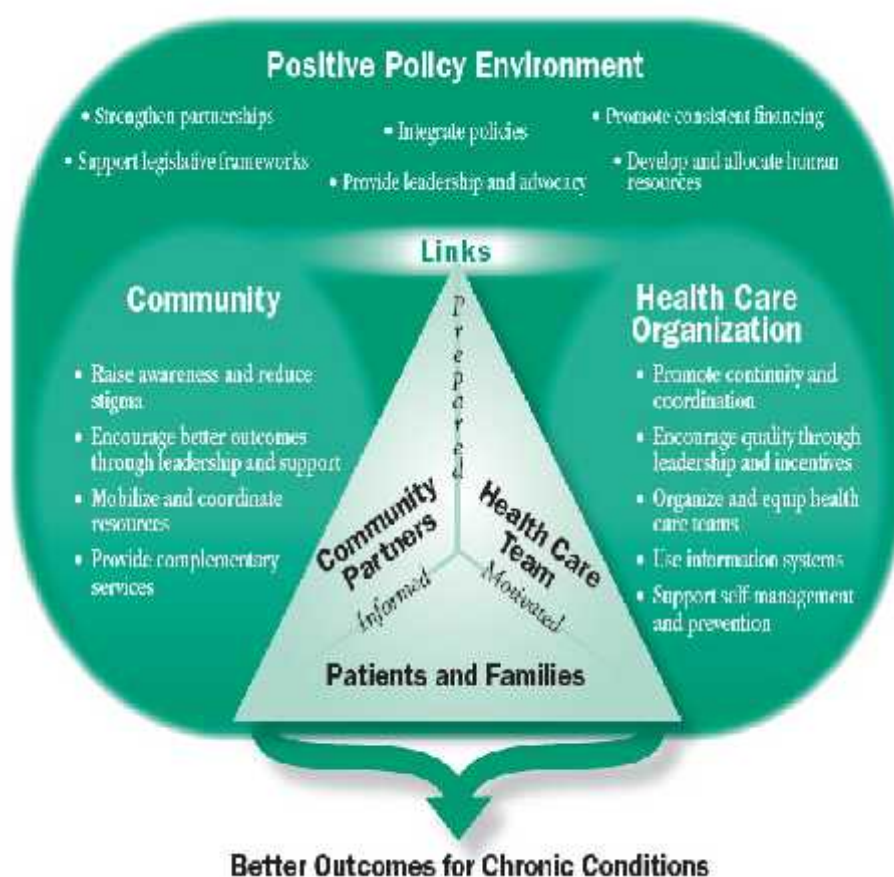
๒.๒.๔ นวัตกรรมในการดูแลโรคเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Condition : ICC)

ในระยะเวลา ๑๐ ปีนับแต่การตีพิมพ์เผยแพร่ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model หรือ CCM) มีการทดสอบสมมติฐานของการดูแลดังกล่าว นอกจากนี้จากผลการวิจัยส่วนหนึ่ง พบว่า องค์ประกอบของ CCM สามารถให้ผลลัพธ์ทางคลินิก สามารถดำเนินการในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในการรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโรคอย่างน้อย ๔ โรค คือ โรคเบาหวาน โรคซึมเศร้า โรคหอบหืด และโรคหัวใจล้มเหลว โดยการมีองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) อันใดอันหนึ่งก็มีผลบวก และยังมีหลายองค์ประกอบก็ยังมีผลบวกมากขึ้น อย่างไรก็ตามไม่สามารถสรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้หรือไม่^{๕๒}

จากข้อสงสัยเกี่ยวกับการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) ไปใช้ในบริบทที่ทรัพยากรจำกัด ส่งผลให้คณะทำงานขององค์การอนามัยโลกด้านดูแลโรคเรื้อรัง นำแนวคิด Wagner's Chronic Care Model มาวิเคราะห์ร่วมกับตัวอย่างการพัฒนาโรคเรื้อรังในประเทศทั้งพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วทั้งโลก เนื่องจากระบบสุขภาพจำเป็นต้องเตรียมพร้อมที่จะปรับให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ ข้อมูลใหม่ และเหตุการณ์ไม่คาดฝัน การเปลี่ยนแปลงในการดูแล

^{๕๒}Tsai, A.C., et al, "A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses", *American Journal of Managed Care*, Vol. 11 No. 8 (August 2005) : 478-488.

รักษาโรค และภาระเช่นเดียวกับวิกฤตโรค สามารถเป็นชนบทธรรมเนียมประเพณีเป็นระบบที่ถูกออกแบบให้ปรับเปลี่ยน การเกิดขึ้นของช่วงการเปลี่ยนภาพของพรรคการเมืองหรือเศรษฐกิจ เอกชนคาดหวังวางแผน และในระบบสุขภาพ ฝั่ระวังประจำ ติดตาม และประเมินผลเป็น กุญแจในระบบเพื่อให้สามารถปรับให้เข้ากับบริบทการเปลี่ยนแปลง เมื่อกระบวนการเหล่านี้ถูก ฝังอยู่ภายในระบบการดูแลสุขภาพ และได้นำเสนอรูปแบบการดูแลภายใต้ชื่อว่า “นวัตกรรม การดูแลโรคเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Condition : ICC)” ที่พัฒนาขึ้นเพื่อ รองรับแรงกดดันในสถานการณ์ต่างๆ ได้ ดังแผนภาพที่ ๒.๔



แผนภาพที่ ๒.๔ แสดงนวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรัง^{๕๓}

จากแผนภาพที่ ๒.๔ ที่แสดงนวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรัง องค์การอนามัยโลกได้สรุปประสบการณ์และบทเรียนการพัฒนาระบบสุขภาพที่จะรองรับการดูแลผู้มีป่วยเรื้อรัง ให้เกิดความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยนำเสนอส่วนประกอบสำคัญในการดูแล ประกอบด้วยภาค

^{๕๓}WHO, Innovative care for chronic conditions : building blocks for action, (Geneva: WHO, 2002), p. 65.

ส่วนสำคัญ ๓ ส่วน คือ ๑) ผู้ป่วยและครอบครัว (Patients and Families) ๒) ชุมชน (Community) และ ๓) ระบบบริการสาธารณสุข (Health Care Organization)

ซึ่งในแต่ละภาคส่วนจะมีบทบาทและตอบสนองต่อบทบาทที่แตกต่างกัน ภายใต้เป้าหมายเดียวกัน คือ สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้ง ๓ ภาคส่วนจึงต้องมีการเชื่อมโยงและสนับสนุนซึ่งกันและกัน สิ่งที่พัฒนาเพิ่มเติมจากต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของวากเนอร์ (Wagner's chronic care model) มีดังนี้

๑) เพิ่มองค์ประกอบของสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ซึ่งส่งอิทธิพลถึงระดับการบริหารในระดับสูง และ ชุมชน

๒) เพิ่มรายละเอียดข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายเพื่อให้ไปถึงเป้าหมาย เป็นข้อเสนอแนะถึงนโยบาย ซึ่งได้จากตัวอย่างโครงการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ประสบความสำเร็จในประเทศต่างๆ

๓) แสดงปฏิสัมพันธ์เชิงระบบ แบ่งเป็นสามระดับจากระดับบุคคล (Micro) องค์กร และชุมชน (Meso) และนโยบายระดับชาติ (Macro) สรุปหลักการโดยย่อ ได้ดังนี้^{๕๔}

(๑) ระดับบุคคล (Micro) ปฏิสัมพันธ์ในระดับนี้เป็นระดับตัวบุคคล ประกอบไปด้วยตัวผู้ป่วยและครอบครัว บุคลากรทีมรักษา และสมาชิกในชุมชน เป้าหมายคือการที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมทักษะที่จำเป็น มีข้อมูลที่เพียงพอ และมีแรงจูงใจ โดยกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง (Self-management support)

(๒) ระดับองค์กรและชุมชน (Meso) การบริหารจัดการภายในหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพ และการเชื่อมโยงกับทรัพยากรในชุมชน เป้าหมายคือ ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่อง ให้มีความถูกต้องตามหลักการ และมีความเชื่อมโยง โดยกระบวนการ จัดระบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ การนำหลักฐานหรือบทเรียนมาใช้ในการพัฒนางานบริการ การใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ การค้นหาบุคคลสำคัญของชุมชน สร้างทัศนคติที่ถูกต้องต่อชุมชนต่อผู้ป่วยเรื้อรัง การประสานทรัพยากรรวมถึงองค์ความรู้ร่วมกันและความร่วมมือกับองค์กรไม่แสวงกำไรต่างๆ ในชุมชน

(๓) ระดับรัฐบาล หรือ ผู้กำหนดแนวนโยบายระดับชาติ (Macro) เนื่องจากการพัฒนาในระดับชุมชน และ ระดับครอบครัว ได้รับอิทธิพลจากนโยบายระดับชาติ เป้าหมายคือ โครงสร้างพื้นฐาน ปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลโรคเรื้อรัง โดยกระบวนการให้ผู้มีอำนาจออกนโยบายในหน่วยงานต่าง ๆ ไม่จำกัดแต่กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันวางแผนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อทั้งด้านการสร้างกำลังคน ความต่อเนื่องของนโยบายงบประมาณ ใช้มาตรการทางกฎหมาย รวมทั้งส่งเสริมให้องค์กรภาคประชาชน มีความเข้มแข็งรักษาสิทธิเพื่อสุขภาพของตนเอง

สุขภาพนั้นเป็นสถานะที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน ตั้งแต่ขณะที่ไม่เจ็บป่วย ไม่มีอาการ มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและเจ็บป่วยรุนแรง ในบางรายมีภาวะผิดปกติที่เรื้อรัง ไม่

^{๕๔}Ibid., pp. 45-65.

หายขาด กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง บางภาวะไม่มีอาการผิดปกติทั้งร่างกายและจิตใจ บางภาวะมีอาการขึ้นลงตามระยะการป่วย การดูแลสุขภาพและสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตามแม้จะมีพยาธิสภาพของโรคหรือปัญหาสุขภาพเรื้อรังก็สามารถมีภาวะสุขภาพที่ดีได้ ทั้งนี้ จุดต่างของหลักการดูแลโรคเรื้อรังและโรคเฉียบพลันคือ การเน้นมีทีมงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เน้นการเสริมศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว^{๕๕}

สามารถสรุปได้ว่า นวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรัง เป็นการผสมผสานการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่มีนโยบายสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม มุ่งการเชื่อมโยงกับชุมชน โดยให้ผู้นำและผู้สนับสนุนร่วมให้บริการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทรัพยากร ร่วมมือกันสร้างความตระหนักในชุมชน และ สร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วย เพื่อการเสริมสร้างระบบบริการสุขภาพ ในการจัดระบบดูแลที่มีทีมบริการที่ดี มีการติดตามกำกับ ประเมินผลเป็นระยะ เสริมสร้างความตระหนักในชุมชน และสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วย ผ่านการใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดูแลและการตัดสินใจ ในการสนับสนุนการดูแลตนเองและการป้องกัน และสิ่งสำคัญคือผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีเป้าหมายและแผนพัฒนาสุขภาพร่วมกับผู้ให้บริการและครอบครัว โดยได้รับการกระตุ้น รับรู้ข้อมูลเสริมทักษะและความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเอง นำมาสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของประชากร

๒.๓ ทฤษฎีการพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ทฤษฎีการพยาบาล (Nursing theory) เป็นคำที่สื่อถึงความรู้ด้านการพยาบาลที่ใช้สำหรับการฝึกฝนวิชาการพยาบาล เป็นสิ่งที่ถือกำเนิดขึ้นในปลายทศวรรษที่ 19 โดยโนติงเกล ฟลอเรนซ์ ที่ได้ค้นคว้าวิจัยในกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และนำเสนอรูปแบบที่มีการทดสอบสมมติฐาน การพยาบาล บุคคล สิ่งแวดล้อม และเป็นรูปแบบในการพยาบาลที่ได้รับการนำเสนอเป็นครั้งแรกปี ค.ศ. 1980^{๕๖} โดยการศึกษาวิชาชีพของเหล่าพยาบาลจะเป็นเรียนวิชาที่เชื่อมโยงต่อกันซึ่งมีการประยุกต์ในการจัดการฝึกฝน ความรู้เหล่านี้อาจจะได้มาจากการศึกษาจากประสบการณ์จริง จากแหล่งข้อมูลทางการอย่าง เช่น จากการวิจัยการพยาบาล หรือจากแหล่งข้อมูลอื่นที่ไม่ใช่การพยาบาล เป็นการยากที่กล่าวถึงทฤษฎีการพยาบาลได้อย่างถูกต้องทั้งหมด การพยาบาลอาจเป็นได้หลายความหมายสำหรับแต่ละบุคคล หลายมหาวิทยาลัยมีความเห็นพ้องต้องกันว่าวิชาการพยาบาลเป็นวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับผู้คน และ สิ่งแวดล้อม โดยอยู่ในวิสัยทัศน์วิชาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ นักวิชาการทางด้านการศึกษาพยาบาลได้นำเสนอดังต่อไปนี้

^{๕๕}ดูรายละเอียดในสุพัตรา ศรีวณิชชากร และ คณะ, การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง, หน้า ๒๓.

^{๕๖}Rankin, S.H. and Rankin, W.W., “Building knowledge”, in *Improving Health through Nursing Research*, edited by Holzemer, William L., (Chichester: Wiley-Blackwell, 2010), p. 16.

เมเลิส อิบราฮิม (Meleis Ibrahim) ให้นิยามว่า ทฤษฎีการพยาบาล (Nursing theories) เปรียบเสมือนเป็นการสรุปทางความคิดเกี่ยวกับข้อความจริงทางการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการอธิบาย และทำนายคุณภาพและผลลัพธ์ของปฏิบัติการพยาบาล และการรักษาพยาบาล อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปรากฏการณ์ ทำนายผลที่จะเกิดขึ้น หรือ การควบคุมปรากฏการณ์ทางการพยาบาล เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายปรากฏการณ์ทางการพยาบาลที่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เพื่อใช้เป็นกระบวนการในการพยาบาล^{๕๗}

ฮอบส์ (Hobbs, J.L.) ให้นิยามว่า การพยาบาลมีคุณลักษณะหลายประการที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การพยาบาลที่เน้นครบวงจรตอบสนองมนุษย์ สถานในการประเมินเน้นปัญหา เน้นการบูรณาการความรู้ตามวัตถุประสงค์ข้อมูล รวมทั้งความรู้ที่สะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์ตามอัตวิสัย เน้นการประยุกต์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการวินิจฉัย มีเป้าหมายเพื่อการอำนวยความสะดวก ส่งเสริมสุขภาพ และการรักษา เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาล^{๕๘}

สมาคมพยาบาลอเมริกา (American Nurses Association) ให้ความหมายทฤษฎีว่า การพยาบาลเป็นการป้องกัน ส่งเสริม และเพิ่มประสิทธิภาพของสุขภาพและความสามารถในการป้องกันการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ บรรเทาของความทุกข์ผ่านการวินิจฉัยและการรักษาตอบสนองมนุษย์ และการสนับสนุนในความดูแลของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และกลุ่มประชากร^{๕๙}

จากการนำเสนอในเบื้องต้นสามารถสรุปได้ว่า ทฤษฎีการพยาบาลเป็นการป้องกัน ส่งเสริม เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยกิจกรรมที่แตกต่างกันออกไป พัฒนาปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น โดยการผสมผสานจากส่วนต่างๆ ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ที่ต้องอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถ มีความตั้งใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง สามารถดำรงชีพออยู่ได้อย่างมีความสุข ทฤษฎีการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับมีรายละเอียดที่น่าสนใจ ดังต่อไปนี้

^{๕๗}See in Meleis, A.I., **Theoretical Nursing : Development and Progress**, 5th ed., (Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011), p. 10.

^{๕๘}Hobbs, Jennifer Lynn, “Defining Nursing Practice : The ANA Social Policy Statement 1980-1983”, **Advances in Nursing Science**, Vol. 32 No. 1 (January-March 2009) : 3-18.

^{๕๙}American Nurses Association, **Nursing’s Social Policy Statement : The Essence of the Profession**, (Maryland: Silver Spring, 2010), p. 13.

๒.๓.๑ ทฤษฎีการพยาบาลของไนติงเกล ฟลอเรนซ์

วิชาชีพพยาบาลเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ต้องมีการฝึกหัด ต้องมีระเบียบวินัย ที่อยู่อาศัยสะอาด ฝ่ายการบริหารและบริการต้องกำหนดวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน ต้องประสานกันเพื่อประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน ไนติงเกล ฟลอเรนซ์ ได้นำเอาประสบการณ์ที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วยนำมาเขียนหนังสือ *Note on Hospitals* พิมพ์ออกเผยแพร่ กล่าวถึงโรงพยาบาลที่สวยแต่ยังบกพร่องในการจัดแผนผังเกี่ยวกับสุขาภิบาลและเครื่องใช้ที่เหมาะสมในการรักษาพยาบาล ต่อมาได้เขียนหนังสือ *Notes on Nursing* หนังสือเล่มนี้ได้ใช้เป็นมาตรฐานในการอบรมถึงปัจจุบัน และมีข้อความที่เป็นอมตะต่องานปฏิบัติการพยาบาล เช่น การมองดูผู้ป่วย การเห็นสิ่งใดต้องใช้การฝึกฝน การเห็นนี้จะช่วยให้พยาบาลทำในสิ่งที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ความเป็นความตายของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับสาเหตุที่ถูกต้องของพยาบาล^{๖๐}

ไนติงเกล ฟลอเรนซ์ เป็นผู้ให้กำเนิดวิชาชีพพยาบาล มีแนวความคิดกว้างไกลในเรื่อง สุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม ได้ชี้ให้เห็นถึงบทบาทที่สำคัญและเป็นเอกลักษณ์ของการพยาบาล ก็คือการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อให้ธรรมชาติสามารถช่วยผู้ป่วยให้หายได้เอง ส่วนที่บ้านนั้นท่านพยายามสอนให้ผู้หญิงรู้จักรักษาความสะอาดของบ้านเรือน ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ไนติงเกลได้ประสบพบเห็นกับการเสียชีวิตของทหารที่บาดเจ็บในโรงพยาบาล ซึ่งมีการสุขาภิบาลและความสะอาดไม่ดีพอ จึงได้ใช้ความพยายามอย่างมากในการปรับปรุงความสะอาดและการสุขาภิบาลของโรงพยาบาลและ พบว่าสามารถลดอัตราการตายของทหารที่บาดเจ็บลงได้จากร้อยละ ๔๒ เหลือร้อยละ ๒.๒ ซึ่งข้อมูลนี้ สนับสนุนแนวคิดและโลกทัศน์ที่เฉพาะของในการมองการพยาบาล^{๖๑}

ในการพยาบาลผู้ป่วยไนติงเกล ฟลอเรนซ์ มองสิ่งแวดล้อมเป็นสภาวะภายนอก ที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการของสิ่งมีชีวิต ซึ่งจะมีส่วนในการป้องกัน หรือส่งเสริมให้เกิดโรคหรือตายได้ ดังนั้นการพยาบาลจึงเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมดังต่อไปนี้

๑) จัดให้มีการระบายอากาศ ให้อากาศ ถ่ายเทได้สะดวก

๒) รักษาอุณหภูมิของห้องให้อบอุ่นพอเหมาะ ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการฟื้นฟูหายจากโรคและการบาดเจ็บ ป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยหนาวสั่น โดยใช้ความร้อนจากกระเป๋าน้ำร้อน

๓) กำจัดกลิ่นต่างๆในตัวผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม และสิ่งของเครื่องใช้

^{๖๐}See in Pfettscher Susan A., “Florence Nitgtingel : Modern Nursing”, in **Nursing Theorists and Their Work**, 7th ed., edited by Alligood, Martha Raile and Tomey, Ann Marriner, (Missouri: Mosby Elsevier, 2010), pp. 71-81, จันทรเพ็ญ สันตวาจา, **แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล**, พิมพ์ครั้งที่ ๕, (กรุงเทพมหานคร: ธนาพรส, ๒๕๕๒), หน้า ๒๐-๒๒.

^{๖๑}ดูรายละเอียดใน สมจิต หนูเจริญกุล, “แนวคิดและทฤษฎีการพยาบาล”, ใน **การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม ๑**, พิมพ์ครั้งที่ ๑๒, สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๒), หน้า ๑-๒,

๔) ควบคุมเสียงเพื่อให้บรรยากาศสงบ ให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับได้เต็มที่ เพราะการนอนหลับจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายได้เร็วขึ้น ในหอผู้ป่วยไม่ควรจะพูด หรือเดินให้มีเสียงดัง

๕) จัดแสงสว่างให้พอเหมาะ เสียงของผู้ป่วยควรอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองออกไปนอกหน้าต่าง เห็นท้องฟ้า และแสงอาทิตย์^{๖๒}

การพยาบาลแผนใหม่ (Modern nursing) เป็นแนวคิดของไนติงเกล ฟลอเรนซ์ ถือว่าเป็นผู้ริเริ่มและเป็นผู้ที่กล่าวอย่างชัดเจนว่า วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีวิชาการที่แตกต่างไปจากวิชาการของแพทย์ พยาบาลต้องศึกษาเรื่องของพยาบาลเพื่อสามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยในบทบาทที่แตกต่างไปจากแพทย์ผู้ให้การรักษา แนวคิดของไนติงเกล ฟลอเรนซ์ เกี่ยวกับความรู้เฉพาะสาขาการพยาบาล เป็นความรู้ซึ่งได้มาจากการสังเกตและบันทึกเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อกระบวนการหายจากโรค (Reparative process) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ความรู้ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงบทบาทและการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมกระบวนการหายจากโรค ไนติงเกลได้กล่าวถึงบุคคล สุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการพยาบาลไว้ดังนี้

๑) บุคคล : ธรรมชาติของคนต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพการดำรงชีวิตของตน เพื่อความเป็นปกติสุขทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

๒) สิ่งแวดล้อม : สิ่งแวดล้อมที่ด้นั้น หมายถึง สภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางจิตสังคมที่เอื้ออำนวยให้บุคคลดำรงภาวะสุขภาพได้ สภาพแวดล้อมทางกายภาพจะเกี่ยวข้องกับความสะดวกสบายอากาศที่ดี อากาศบริสุทธิ์ แสงสว่างเพียงพอ เสียงที่พอเหมาะ มีแหล่งน้ำ อาหารที่ดี รวมทั้งมีการระบายของเสียจากร่างกายที่ถูกสุขอนามัย สภาพแวดล้อมไม่ได้รวมเฉพาะในโรงพยาบาลหรือที่บ้านเท่านั้น แต่จะรวมถึงสภาพในชุมชนด้วยถ้าบรรยากาศในชุมชนเป็นไปตามธรรมชาติ ธรรมชาติดังกล่าวจะช่วยลดอันตรายและป้องกันการเจ็บป่วยให้แก่บุคคลในสังคมได้เป็นอย่างดี

๓) สุขภาพ : การมีสุขภาพดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม ถ้าสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคลเป็นธรรมชาติ จะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดีสำหรับการเจ็บป่วยอาจเกิดจากสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงมากจนเป็นความกดดันเกินความสามารถของร่างกายที่จะปรับตัวได้ เช่น ไม่ได้รับประทานอาหาร น้ำ อากาศ และความอบอุ่นที่เพียงพอ เป็นต้น

๔) การพยาบาล : การพยาบาลคือ การจัดให้บุคคลอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีที่เหมาะสม และส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวกับสภาพแวดล้อมได้ตามปกติ เป้าหมายของการพยาบาลคือ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นธรรมชาติ และมีการให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมให้บุคคลปรับตัวได้ดีในสภาพแวดล้อมที่อาจมีการเปลี่ยนแปลง

^{๖๒}See in Nightingale Florence, **Notes on nursing : what it is and what it is not**, (New York: Dover, 1969), pp. 24-34.

ในติงเกล เชื่อว่าสิ่งแวดล้อมเป็นตัวหลักที่ส่งผลต่อเจ็บป่วยในผู้ป่วย และโรคถือได้ว่าเป็น “ปฏิภานของธรรมชาติกรณากับเงื่อนไขที่เราได้ทำตนเอง” และเน้นประโยชน์ของสภาพแวดล้อมที่ดีในการป้องกันโรค ให้ความสำคัญแก่สภาพแวดล้อม กระตุ้นให้พยาบาลสนใจปฏิภานระหว่างบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม และตระหนักถึงความสำคัญของการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม มุ่งความสะอาดการสุขาภิบาลและสุขอนามัย รวมทั้งเมื่อดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยควรตระหนักถึงการค้นหาสาเหตุของการเจ็บป่วย โดยแพทย์จะเป็นเป็นผู้ช่วยเหลือจัดอุปสรรคต่างๆ ที่ขัดขวางปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับธรรมชาติ เช่น การให้ยารักษาอาการเจ็บป่วยหรือการทำผ่าตัด ฯลฯ ในด้านการพยาบาลเป็นการช่วยเหลือปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมกับบุคคลให้เป็นไปตามธรรมชาติ จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น จัดให้มีการถ่ายเทอากาศที่ดี การรักษาความสะอาด ขจัดสิ่งสกปรกให้หมดไป ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมต่างๆ บนเตียง จัดการแยกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ หรือแนวโน้มที่จะเกิดการติดเชื้อ โดยไม่ให้นำเชื้อไปสู่ผู้อื่นหรือไม่ติดเชื้อจากผู้อื่นในเวลาเดียวกัน ซึ่งในติงเกลได้ให้แนวทางการใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดกฎธรรมชาติไว้ดังนี้

๑) การประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล การรวบรวมข้อมูลและค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพเริ่มจากการสังเกตและวินิจฉัยภาวะสุขภาพอนามัยว่า สภาพแวดล้อมเอื้ออำนวยต่อภาวะสุขภาพหรือเป็นอุปสรรคนำไปสู่การเจ็บป่วย เช่น การถ่ายเทอากาศดีหรือไม่ดีผู้ป่วยสนใจสิ่งแวดล้อมรอบข้างหรือหมกมุ่นอยู่กับตนเอง ฯลฯ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตจะนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล เช่น “ไม่สุขสบายเนื่องจากอากาศอบอ้าว” “มีแนวโน้มอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางจิต เนื่องจากหมกมุ่นกับตนเองและขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อมรอบข้าง” เป็นต้น

๒) การวางแผนการพยาบาล จะมุ่งจัดสภาพที่ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมโดยร่วมมือกับแพทย์ในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อจัดอุปสรรคสิ่งกีดขวางการอยู่ร่วมกันด้วยดีระหว่างคนและสิ่งแวดล้อม และจัดสภาพแวดล้อมโดยรอบรวมทั้งให้การชดเชยทางประสาทสัมผัสที่เป็นการกระตุ้นให้ได้ประกอบกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองความต้องการของร่างกายได้ด้วยดี เป็นต้น

๓) การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสภาพแวดล้อมมุ่งความสบาย ความปลอดภัย และให้กำลังใจ

๔) การประเมินผลการพยาบาล จะเป็นการประเมินสภาพการณ์ที่เป็นจริงทั้งในด้านผู้ป่วยสภาพแวดล้อมและการพยาบาล

แนวคิดทฤษฎีแห่งธรรมชาติของในติงเกลสามารถนำมาใช้ได้ตลอด โดยที่ผู้นำมาใช้มักไม่รู้ตัวว่าได้ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของในติงเกล การปรับสิ่งแวดล้อมของบุคคลให้กลมกลืนกับธรรมชาติที่บุคคลนั้นประสบอยู่ ก็คือ การจัดสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมให้บุคคลปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมได้นั่นเอง หลักแนวคิดดังกล่าวของในติงเกลได้ถูกนำมาใช้ในการ

ปฏิบัติการพยาบาลการทําวินิจฉัยและการศึกษาต่อๆ มาซึ่งนับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของทฤษฎีการพยาบาลที่น่ายักย่องและได้รับการยอมรับเป็นอย่างดี^{๖๓}

สรุปได้ว่าทฤษฎีการพยาบาลของไนติงเกล ฟลอเรนซ์ เป็นแนวคิดทางพยาบาลที่มุ่งเน้นการจัดความสะอาดให้กับผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วย โดยอาศัยธรรมชาติเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการกับระบบสุขอนามัยกับบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยที่การกำเริบส่วนหนึ่งเกิดจากการจัดความสะอาดให้กับผู้ป่วยอย่างขาดความระมัดระวัง ส่งผลให้เกิดการกำเริบ และเสียชีวิตในที่สุด

๒.๓.๒ ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

โอเร็ม (Orem D.E.) เป็นผู้นำเสนอทฤษฎีในการพยาบาลที่สำคัญบุคคลหนึ่งในวงการพยาบาล ซึ่งได้วางรากฐานการพยาบาลจนได้รับการยอมรับและนำไปเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างแพร่หลายในประเทศต่าง ๆ ผลงานที่ได้รับการยอมรับและได้มีการจัดพิมพ์เผยแพร่แนวความคิดโดยมีชื่อว่า Nursing : Concept of Practice ในปี ค.ศ. ๑๙๗๑ และมีการพัฒนาเผยแพร่ ในปี ค.ศ. ๑๙๘๐, ๑๙๘๕, ๑๙๙๑, ๑๙๙๕ และ ๒๐๐๑ ตามลำดับ และได้มีการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในทฤษฎีที่ชื่อว่า “Self-Care Deficit Nursing Theory หรือ SCDNT”^{๖๔} ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่รู้จักกันแพร่หลายในวิชาชีพพยาบาล และมีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นพื้นฐานของการสร้างหลักสูตรในโรงเรียนพยาบาลบางแห่ง และเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยทางการพยาบาล เพื่อทำนายปรากฏการณ์ทางการพยาบาล ทฤษฎีหรือกรอบแนวคิดของโอเร็ม สร้างขึ้นเพื่อตอบคำถามของวิชาชีพว่า “ทำไมบุคคลจึงต้องการการพยาบาล” และ “พยาบาลทำอะไรในสถานการณ์ของความต้อการนั้น” โอเร็ม (Orem) เป็นทั้งนักการศึกษา นักปฏิบัติ และนักบริหารทางการพยาบาล จากประสบการณ์การทำงานเป็นระยะเวลายาวนาน และด้วยความมุ่งมั่นในการพัฒนาวิชาชีพ ทำให้เกิดการหยั่งรู้ในการสร้างมโนคติ จนกระทั่งกลายมาเป็นกรอบแนวคิดและได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1956 จนถึงปัจจุบัน^{๖๕} โอเร็ม (Orem) ได้อธิบายเป้าหมายของทฤษฎีไว้ ๘ ข้อ มีภารกิจ ดังนี้^{๖๖}

๑) การกำหนดมุมมองเกี่ยวกับบุคคลที่เหมาะสมในการพยาบาล

^{๖๓}Pfetscher Susan A., “Florence Nitghtingel : Modern Nursing”, in **Nursing Theorists and Their Work**, pp. 80-82.

^{๖๔}Berbiglia Vioieta A. and Barbara Banfied, “Dorothea E. Orem : Self-care Deficit Theory of Nursing”, in **Nursing Theorists and Their Work**, pp. 265-266.

^{๖๕}พร้อมจิตร์ ห่อนบุญheim, **ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม : แนวคิดและการประยุกต์ในการพยาบาลสูติศาสตร์**, พิมพ์ครั้งที่ ๒ (แก้ไขปรับปรุง), (มหาสารคาม: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ๒๕๕๓), หน้า ๑.

^{๖๖}Orem, D.E., **Nursing : concepts of practice**, 6th ed., (St. Louis: Mosby, 2001), p. 137.

- ๒) เพื่ออธิบายจุดความสนใจหรือเป้าหมายของการพยาบาลอย่างมีในสังคม มนุษย์
- ๓) การกำหนดแนวคิดแผนแม่บทของการพยาบาล ในฐานะที่เป็นสาขาความรู้ และการปฏิบัติ และสร้างระบบของสัญลักษณ์หรือภาษาเพื่อใช้ในการสื่อสาร
- ๔) การกำหนดขอบเขต และชี้แนะกระบวนการคิดและการปฏิบัติทางการพยาบาล การฝึกหัด การวิจัย การพัฒนาและการศึกษาทางการพยาบาล
- ๕) ให้แนวทางที่เป็นข้อสรุปเพื่อการได้มาซึ่งข้อมูล เข้าใจในระบบและทำให้สามารถจัดกลุ่มและจัดรูปแบบของมโนคติจากการรับรู้ถึงความสัมพันธ์เกี่ยวกับองค์ประกอบของสถานการณ์การพยาบาลที่เป็นรูปธรรม
- ๖) การพิจารณาวินิจฉัยจนสามารถอ้างอิงเกี่ยวกับข้อมูลทางการพยาบาลกับสาขาวิชาชีพอื่น และรูปแบบของการใช้ชีวิตประจำวันของบุคคลและครอบครัวในชุมชน
- ๗) การสร้างรูปแบบของการคิดและการสื่อสารทางการพยาบาลให้นักศึกษาพยาบาลและนักเรียนพยาบาล
- ๘) การนำเสนอให้พยาบาลมารวมกลุ่มเป็นนักวิชาการที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จัดโครงสร้างและตรวจสอบความรู้ทางการพยาบาล

การพยาบาลเป็นการบริการเพื่อนมนุษย์ ซึ่งกระทำโดยมีเจตนาที่จะช่วยเหลือ สนับสนุนบุคคลที่มีความต้องการที่ดำรงความมีสุขภาพดีในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย ๓ ทฤษฎี ซึ่งมีความสัมพันธ์กันที่สำคัญที่มีผลต่อการดูแลตนเองทางการพยาบาล และได้รับผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของตนเอง^{๖๗} ได้แก่

๑) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care)

ทฤษฎีการดูแลตนเอง เป็นกรอบแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา กล่าวคือบุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่ และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเรียนรู้ในการกระทำ และผลของการกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือพัฒนาการของบุคคล เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น

๒) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care deficit)

เป็นทฤษฎีที่อธิบายเหตุผลที่บุคคลต้องการการพยาบาลกล่าวคือ ความพร่องในการดูแล ตนเอง เป็นความสัมพันธ์ ของความไม่เท่าเทียมกันของความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่บุคคลใช้ความสามารถในการดูแลตนเองได้เพียงบางส่วน หรือใช้ไม่ได้เลย หรือเมื่อปริมาณหรือคุณภาพของ

^{๖๗}Berbiglia Vioieta A. and Barbara Banfied, “Dorothea E. Orem : Self-care Deficit Theory of Nursing”, in **Nursing Theorists and Their Work**, p. 273.

ความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะ สนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด แสดงถึงการที่บุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเอง

๓) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

ทฤษฎีระบบการพยาบาล เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือ บุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและ ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้นได้ถูกปกป้อง หรือนำมาใช้

หรือได้รับการพัฒนา โดยที่พยาบาลใช้ความสามารถทางการพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือ^{๖๘}

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มประกอบด้วยทฤษฎีย่อยซึ่งมีความสัมพันธ์ และต้องใช้ควบคู่กันไปในทางคลินิกคือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล ด้วยลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลที่จะต้องให้บริการกับประชาชนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา พยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งในสถาบัน โรงพยาบาลและในชุมชน พยาบาลจึงมีแนวคิดในการดูแลตนเองที่พยายามผสมผสานวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ากับความเชื่อ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของบุคคล เพื่อให้ประชาชนได้รู้จักเลือกใช้วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีต่างๆ อย่างชาญฉลาดในการดูแลสุขภาพตนเอง และรู้จักปรับปรุงวิธีการดูแลตนเองที่เรียนรู้ มาจากธรรมชาติ สังคม และวัฒนธรรมของตนเอง ให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพื่อสุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง^{๖๙}

สรุปได้ว่า ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วยทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง และ ทฤษฎีระบบการพยาบาล ซึ่งนำเสนอในแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กัน ที่เริ่มต้นจากการจัดการตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความผาสุก มีสุขภาพที่ดี แต่เมื่อจัดการกับตนเองไม่ได้ตามความเหมาะสมเกิดความบกพร่องจึงจำเป็นต้องมีบุคคลอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องเพื่อให้การช่วยเหลือหน้าที่ของบุคคลให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่ง โครงสร้างและหน้าที่ที่ปกติและเพื่อส่งเสริมการพัฒนาการ และมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเอง

^{๖๘}ดูรายละเอียดใน สมจิต หนูเจริญกุล, “แนวคิดและทฤษฎีการพยาบาล”, ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม ๑, พิมพ์ครั้งที่ ๑๒, สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๒), หน้า ๕-๑๕, พร้อมจิตร ท่อนบุญเต็ม, ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม : แนวคิดและการประยุกต์ในการพยาบาลสู่ศตวรรษที่ ๓, หน้า ๓.

^{๖๙}ดูรายละเอียดใน สมจิต หนูเจริญกุล, “แนวคิดและทฤษฎีการพยาบาล”, ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม ๑, หน้า ๙-๑๖.

๒.๓.๓ ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน

ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ (Human Caring Theory) เป็นหนึ่งในทฤษฎีทางการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง และได้เป็นแนวทางในการดูแลพยาบาลให้กับนักศึกษาพยาบาลที่สนใจ วัตสันมีประสบการณ์ในวิชาชีพอย่างกว้างขวางทั้งในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นอาจารย์พยาบาล นักวิจัย และเป็นผู้บริหารของคณะพยาบาลศาสตร์ ตลอดจนเป็นผู้ตั้งศูนย์การดูแลทางด้านการพยาบาล (Human Science Caring center) ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยโคโลราโด ซึ่งงานเขียนของวัตสันได้รับการพิมพ์ครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1979 ในเรื่อง “การพยาบาล : ปรัชญาและศาสตร์ของการดูแล” (Nursing : Philosophy and Science of Caring) และในปี ค.ศ. 1985 ได้นำเสนอทฤษฎีชื่อว่า “การพยาบาล : ศาสตร์เกี่ยวกับมนุษย์และการดูแล ” (Nursing : Human Science and Human Caring) ได้รับการตีพิมพ์เป็นตำราและใช้กันอย่างกว้าง และได้พิมพ์เผยแพร่อีกในปี ค.ศ. ๑๙๘๘ และ ค.ศ. 1999 จากประสบการณ์ทั้งการทำงานและงานเขียน มีอิทธิพลต่อการพัฒนาทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคล และวัตสันเชื่อว่างานชิ้นนี้ของเธอเป็นได้ทั้งทฤษฎีและปรัชญา ทศณะและกระบวนการทางพยาบาล ผลงานเล่มที่ ๓ ได้รับการเผยแพร่ในปี ค.ศ. 1999 ชื่อว่า กระบวนทัศน์ใหม่ของการพยาบาลและการก้าวพ้น (Postmodern Nursing and Beyond) ซึ่งผลงานที่ได้นำเสนอบางส่วนได้รับการยอมรับและได้นำไปประยุกต์ใช้ในวิทยาลัยทางการพยาบาลทั่วโลก เช่น ออสเตรเลีย บราซิล แคนาดา ญี่ปุ่น นิวซีแลนด์ สหราชอาณาจักร ประเทศในแถบแอฟริกาใต้ ไทย และ เวเนซุเอลา หรือ ในประเทศต่างๆ^{๗๐}

วัตสันได้นำเสนอโมโนทัศน์หลัก ๔ ประการในทฤษฎีการดูแลมนุษย์ คือ มนุษย์ สุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการพยาบาล ซึ่งจะกล่าวโดยละเอียดดังต่อไปนี้

๑) มนุษย์ (Human Being) เป็นองค์รวม ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ จิตวิญญาณเป็นแก่นตัวตน (Self) ของบุคคล เป็นแหล่งที่เกิดความตระหนักในตนเอง ความรู้สึกสำนึกขั้นสูง และเป็นพลังภายใน ซึ่งมนุษย์มีการเจริญเติบโตและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มนุษย์เป็นผู้มีคุณค่าในตนเองและสมควรได้รับการดูแล ได้รับการนับถือ ได้รับความเข้าใจและช่วยเหลือ

๒) สุขภาพ (Health) เป็นภาวะที่มีคุณภาพและมีความกลมกลืนระหว่างร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณหรือมีความสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างตัวตนตามที่รับรู้ และตัวตนตามที่ประสบจริง นอกจากนั้นสุขภาพยังเป็นภาวะที่สุขทั้งร่างกาย จิต และสังคม สามารถทำหน้าที่ได้สูงสุดสามารถปรับตัวในการทำกิจวัตรประจำวันและดำเนินชีวิตได้ ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ

^{๗๐} Jesse, D. E., “Watson’s Philosophy and Theory of Transpersonal Caring”, in *Nursing Theorists and Their Work*, pp. 91-93.

๓) สิ่งแวดล้อม/สังคม (Environment/Society) เป็นสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง สิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้และพัฒนาการของบุคคลที่อยู่ในการดูแลซึ่งกันและกันระหว่างบุคคล ค่านิยมของสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้การดูแลเกิดขึ้น

๔) การพยาบาล (Nursing) เป็นกระบวนการดูแลที่เข้าถึงจิตใจและความรู้สึกของบุคคล (Transpersonal Caring) ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเยียวยาการเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้บุคคลเพิ่มคุณภาพในตนเอง เกิดความรู้จักตนเอง เคารพนับถือตนเอง ดูแลเยียวยาตนเอง เกิดความประจักษ์รู้ในความหมายของสถานะต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต

สาระของทฤษฎีการดูแลมนุษย์ อธิบายถึงการเชื่อมโยงของมนุษย์กับมนุษย์ที่แต่ละฝ่ายต่างสัมผัสถึงจิตใจของกันและกัน ซึ่งวัทสัน ได้กล่าวถึงข้อตกลงเบื้องต้นที่สัมพันธ์กับคุณค่าการดูแลมนุษย์ในการพยาบาลไว้ ๑๑ ประการ ดังนี้

๑) การดูแลและความรักเป็นพลังสากล

๒) มนุษย์ต้องการความรักและการดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต

๓) การพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้การดูแลก่อนให้การดูแลผู้อื่น พยาบาลต้องดูแลตนเองด้วยความสุภาพอ่อนโยน

๔) รักศักดิ์ศรีของตนเอง พยาบาลจึงจะสามารถเคารพและให้การดูแลผู้อื่นด้วยความสุภาพอ่อนโยน และเคารพในศักดิ์ศรีของผู้อื่น

๕) การพยาบาลต้องยึดถือการดูแลความเป็นมนุษย์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพดีและการเจ็บป่วย

๖) การดูแลเป็นแกนกลางของการพยาบาล และเป็นจุดเน้นในการปฏิบัติการพยาบาล

๗) การดูแลเชิงมนุษยนิยมไม่ว่ารายบุคคลหรือกลุ่ม ได้รับความสนใจจากระบบบริการสุขภาพน้อยลง

๘) ค่านิยมเกี่ยวกับการดูแลของพยาบาลถูกบดบังไว้จากการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นค่านิยมหรืออุดมคติที่เน้นความเป็นมนุษย์จึงอยู่ในภาวะวิกฤติ

๙) การอนุรักษ์และการศึกษาเรื่องการดูแลมนุษย์เป็นประเด็นสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลทั้งในปัจจุบันและอนาคต

๑๐) การดูแลมนุษย์ทำได้โดยการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเท่านั้น

๑๑) ประโยชน์ของวิชาชีพการพยาบาลต่อสังคมโดยรวมอยู่ที่การยึดมั่นในการดูแลเชิงมนุษยนิยมทั้งด้านทฤษฎี การปฏิบัติ และการวิจัย

กระบวนการดูแลมนุษย์ เป็นกระบวนการที่พยาบาลและผู้ป่วย ผู้ใช้บริการมีปฏิสัมพันธ์กัน มีการช่วยเหลือกันในสถานการณ์เฉพาะในเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งพยาบาลและ

ผู้ป่วย ผู้ใช้บริการต่างรับรู้ตรงกันถึงการให้และการได้รับการดูแล กระบวนการดูแลมีลักษณะเป็นพลวัตร ประกอบด้วย

๑) บุคคล (Person) หมายถึง พยาบาลและผู้ป่วย/ผู้ให้บริการที่เป็นองค์รวมของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยแต่ละบุคคลต่างมีภูมิหลังหรือประสบการณ์ชีวิตที่เป็นลักษณะเฉพาะของตน ที่เรียกว่า สนามปรากฏการณ์ของชีวิต บุคคลมีตัวตนทั้งในลักษณะที่เป็นอยู่จริง (Self as it is) ตัวตนในอุดมคติ (Ideal self) และตัวตนสูงสุดคือ จิตวิญญาณ (Spiritual self) ซึ่งเป็นแหล่งที่เกิดความตระหนัก ความรู้สำนึกขั้นสูงเป็นพลังภายในที่จะทำให้บุคคลอยู่เหนือตัวตนปกติได้

๒) สนามปรากฏการณ์ (Phenomenal field) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในขณะที่มีการดูแลในช่วงเวลาหนึ่ง หรือสถานที่หนึ่ง เป็นกรอบอ้างอิงของแต่ละบุคคลที่เกิดจากการที่บุคคลให้ความหมายต่อสรรพสิ่งต่างๆ ทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ตามการรับรู้และประสบการณ์

๓) ขณะการดูแลที่เกิดขึ้นจริง (Actual Caring Occasion) เป็นขณะที่เวลาพยาบาลและผู้ป่วย ผู้ใช้บริการรับรู้ตรงกันหรือเข้าใจถึงความรู้สึกซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต มีโอกาสตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีที่ดีหรือเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้นๆ ที่จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ถือว่าเป็นการทำงานร่วมกันอย่างเสมอภาค ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย หรือผู้ให้บริการ เป็นผลให้บุคคลดูแลตนเอง และเรียนรู้ความหมายของสภาวะที่เกิดขึ้นในชีวิต

๔) การดูแลที่เข้าถึงจิตใจของบุคคล (Transpersonal Caring) เป็นการดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกของบุคคล มิได้เป็นเพียงการพบกันในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับอดีต ปัจจุบันและอนาคต การดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกจึงมีความหมายมากกว่าการพบกันในช่วงเวลา พยาบาลและผู้ป่วย ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงความรู้สึกและสัมผัสจิตใจซึ่งกันและกัน^{๗๑}

ทฤษฎีการดูแลของวัทสัน สามารถใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยอาศัยปัจจัยการดูแล ๑๐ ประการ (Ten creative factors) ร่วมกับกระบวนการปฏิบัติการด้วยความรักเพื่อการดูแล (Clinical caritas process) อีก ๑๐ ประการที่วัทสันพัฒนาตั้งแต่ปี ค.ศ.1979 และ มหาวิทยาลัยโคโลราโด ได้รวบรวมและเผยแพร่ทฤษฎีของวัทสันในปี ค.ศ.2008 ปัจจัยที่มีส่วนร่วมในการดูแลประกอบด้วย หลักการ ๑๐ ประการ ดังนี้

๑) สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ (The formation of a humanistic- altruistic system of values)

๒) สร้างความศรัทธาและความหวัง (The installation of faith-hope)

^{๗๑}ดูรายละเอียดใน จันทรเพ็ญ สันตวาจา, แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล, หน้า

๓) ปลูกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น (The cultivation of sensitivity to one's self and to others)

๔) สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ (The development of a helping-trust relationship)

๕) ส่งเสริมและยอมรับความรู้สึกทางบวกและทางลบ (The promotion and acceptance of the expression of positive and negative feelings)

๖) ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ เพื่อการตัดสินใจ (The systematic use of the scientific problem-solving method for decision making)

๗) ส่งเสริมการเรียนการสอนที่เข้าถึงจิตใจผู้อื่น (The promotion of interpersonal teaching-learning)

๘) ครอบคลุม สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ/สร้างสรรค์ สภาพแวดล้อมแห่งการบำบัด (The provision for a supportive, protective and/or corrective mental, physical, socio-cultural and spiritual environment)

๙) พึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่น (Assistance with the gratification of human needs)

๑๐) ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น หรือพลังที่มีอยู่ (The allowance for existential-phenomenological forces)^{๗๒}

ปัจจัยการดูแล ๑๐ ประการ และกระบวนการปฏิบัติการด้วยความรักเพื่อการดูแล (Clinical caritas process) ถือเป็นกรอบการทำงาน (Framework) และเป็นความเชื่อหลัก (Core) ในการปฏิบัติการพยาบาล การดูแลต้องเชื่อมโยงกับความรัก การดูแลไม่ได้มาจากพฤติกรรมหรือความรู้สึกเพียงเท่านั้นหากแต่ก่อปรี่ขึ้นมาจากความเป็นมนุษย์ การดูแลจึงไม่ใช่สิ่งที่เป็นนามธรรม และไม่ได้เป็นเพียงปรัชญา แต่การดูแลคือสิ่งที่ปฏิบัติและสัมผัสได้ การนำของปัจจัยการดูแล ๑๐ ประการ เป็นกระบวนการปฏิบัติการด้วยความรักเพื่อการดูแล (Clinical caritas process) ไปใช้ในการพยาบาล

สามารถสรุปได้ว่า ทฤษฎีการพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย ๑)ทฤษฎีการพยาบาลของไนติงเกล ฟลอเรนซ์ ๒) ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และ ๓) ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัทสัน เป็นต้นแบบของการพยาบาลดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยความร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการดูแล เช่น ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองก่อนเป็นพื้นฐาน หากการดูแลรักษาตนเองไม่เพียงพอจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น เช่น

^{๗๒}Watson, J., *Nursing : the philosophy and science of caring*, (Colorado: University Press of Colorado, 2008), pp. 9-10, ดุรายละเอียดใน จันทรเพ็ญ สันตวาจา, *แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล*, หน้า ๙๑-๙๖.

ครอบครัว ในกรณีที่รักษาตนเองอยู่ที่บ้าน เจ้าหน้าที่ พยาบาล เมื่อจำเป็นต้องพักรักษาตนเองในโรงพยาบาล นอกจากนี้จะต้องมีส่วนร่วมเข้ามาจัดการกับการดูแลความสะอาดทางด้านร่างกาย เครื่องนุ่งห่ม หรือที่พักอาศัยจะต้องได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย

๒.๔ สถานการณ์กลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องเฝ้าระวังตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์ของโรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อ ปัจจุบัน พบว่า สาเหตุการตายส่วนใหญ่ของคนไทยเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งความจริงก็คือ โรคเรื้อรัง มากถึงร้อยละ ๖๐ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น สาเหตุหลักของโรคส่วนใหญ่ร้อยละ ๙๐ เกิดจากพฤติกรรมจากขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักตัวเกิน สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า รับประทานอาหารไม่เหมาะสม เช่น อาหารหวาน มัน เค็ม กินผักน้อยลง^{๗๓} และผู้ป่วยในบางพื้นที่ของประเทศยังขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานที่ควรจะได้รับตามสิทธิ์ ทั้งนี้เนื่องมาจากการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะทีมบริการเฉพาะโรค การขาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา การกระจุกตัวของแพทย์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การขาดอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจรักษา ซึ่งปัญหาเหล่านี้ต้องอาศัยเวลาในการแก้ปัญหาย่างตรงจุดและเหมาะสม^{๗๔}

สำนักกระบวนวิทยา ได้ดำเนินการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๔๖ โดยเฝ้าระวังโรคที่เป็นปัญหาและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ๓ โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือด ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ ได้เพิ่มโรคในการเฝ้าระวังอีก ๒ กลุ่มโรค คือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง^{๗๕} กลุ่มโรคนี้เป็นที่ทราบกันดีว่า เกิดจากวิถีชีวิตของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากทั้งบุคคล พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม จนมีผลกระทบต่อสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีด้วยกันหลายสาเหตุได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เกิน การขาดการออกกำลังกาย ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน การบริโภคอาหารที่ไม่ได้สัดส่วน ความเครียดเรื้อรัง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง^{๗๖}

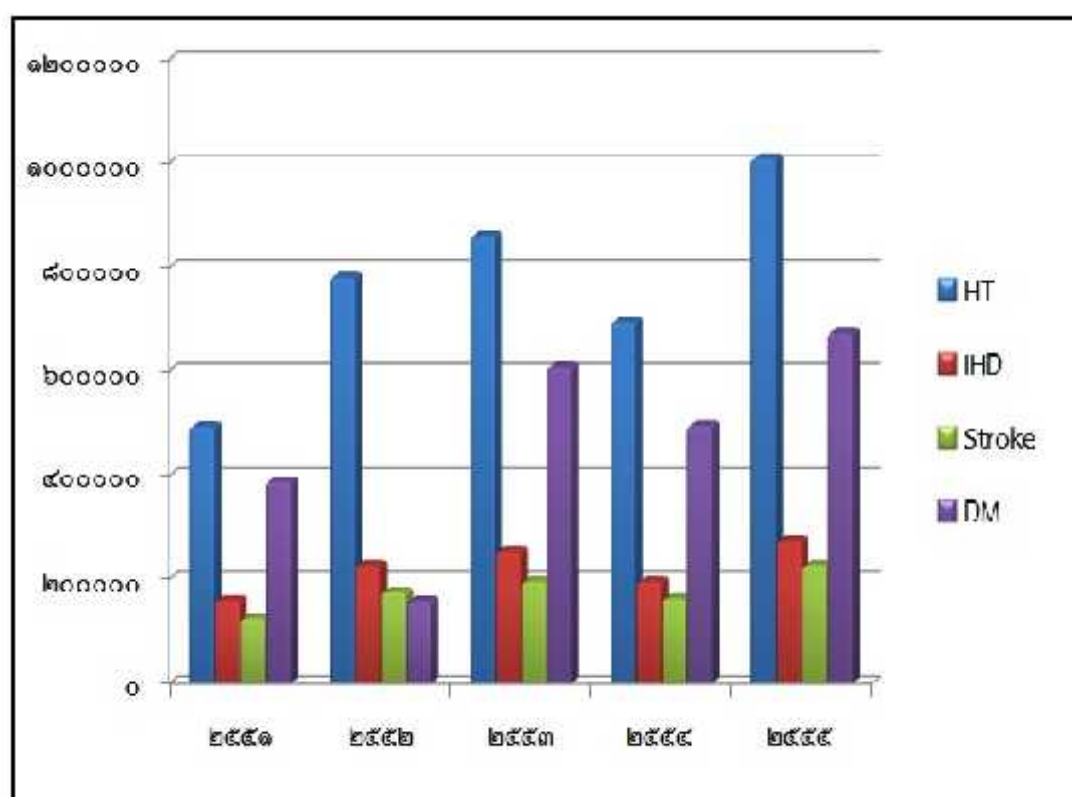
^{๗๓}สุพัตรา ศรีวณิชชากร, “เปิดประเด็น”, ใน การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน, สุพัตรา ศรีวณิชชากร บรรณาธิการ, (นครปฐม: สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, ๒๕๕๕), หน้า ๕.

^{๗๔}ราม ริงสินธุ์ และคณะ, “การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี ๒๕๕๓”, รายงานผลการวิจัย, (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๔), หน้า ๑.

^{๗๕}อมรา ทองหงษ์ กมลชนก เทพสิทธิ ภาควิชา ภาควิชา จงพิริยะอนันต์ และ ธนวันต์ กาบภิรมย์, “รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๕๓”, รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำปี ๒๕๕๓ ฉบับที่ ๑๗ (๔ พฤษภาคม ๒๕๕๕) : ๒๕๗.

^{๗๖}ดูรายละเอียดใน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, รายงานถอดบทเรียนชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ปี ๒๕๕๓, (นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๓), หน้า ๑-๒,

จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๔๖-๒๕๕๕ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) พบว่าจำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองใหญ่หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคเบาหวาน พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกโรคอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๖-๒๕๕๓ ซึ่งในปี ๒๕๕๔ จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคดังกล่าวลดลงทุกโรคและกลับเพิ่มมากขึ้นทุกโรคอีกในปี ๒๕๕๕ ดังข้อมูลตามแผนภูมิที่ ๒.๑ และตารางที่ ๒.๒



แผนภูมิที่ ๒.๑ แผนภูมิอัตราของผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๕^{๗๑)}

^{๗๑)} สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, รายงานประจำปี ๒๕๕๖, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, ๒๕๕๖), หน้า ๓๑.

ตารางที่ ๒.๑ อัตราของผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญระหว่าง
พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๔

พ.ศ.	HT		IHD		Stroke		DM	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๒๕๕๑	๔๙๔,๘๐๙	๘๖๐.๕	๑๕๙,๑๗๖	๒๗๖.๘	๑๒๔,๕๓๒	๒๑๖.๖	๓๘๘,๕๕๑	๖๗๕.๗
๒๕๕๒	๗๘๐,๖๒๙	๑๒๓๐.๒	๑๕๘,๑๕๖	๓๕๙.๓	๑๗๖,๒๐๒	๒๗๗.๗	๒๒๘,๐๓๒	๘๗๙.๖
๒๕๕๓	๘๕๙,๕๘๓	๑๓๔๙.๔	๒๕๓,๐๑๖	๓๙๗.๒	๑๙๖,๑๕๙	๓๐๗.๙	๖๐๗,๘๒๘	๙๕๔.๒
๒๕๕๔	๖๙๔,๓๐๙	๑๑๘๗.๐	๑๙๕,๘๔๙	๓๓๔.๘	๔๙๖,๔๗๑	๒๗๗.๘	๑๖๒,๔๖๗	๘๔๘.๘
๒๕๕๕	๑,๐๐๙,๓๘๕	๑๕๗๐.๖	๒๗๔,๗๕๓	๔๒๗.๕	๒๒๗,๘๔๘	๓๕๔.๕	๖๗๔,๘๒๖	๑๐๕๐.๑

จากแผนภูมิที่ ๒.๑ และ ตารางที่ ๒.๒ สามารถอธิบายได้ว่า อัตราของผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๕ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้แก่ ได้แก่ โรคเบาหวาน (DM) โรคความดันโลหิตสูง (HT) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และหัวใจขาดเลือด (IHD) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยตลอด หากไม่สามารถหยุดยั้งพฤติกรรมเสี่ยงได้ก็จะทำให้ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นในอนาคต^{๗๘} และมีโอกาสที่เพิ่มจำนวนผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ผลกระทบที่จะส่งผลมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น ผลกระทบที่เกิดขึ้นด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทั้งต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ ผู้ที่เป็นโรคลุมนี้อาจเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หรือ เกิดความพิการ ทำให้เป็นภาระและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาไปตลอดชีวิต^{๗๙} ด้วยเหตุที่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่ยั่งยืนและซับซ้อน ต้องการการจัดการดูแลที่เกิดจากการประสานความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพในลักษณะของการบูรณาการเพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและส่งผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี เป็นการเข้าใจถึงปัญหาอย่างแท้จริง เพราะว่าการบูรณาการเป็นการผสมผสานหลายวิธี สามารถช่วยเหลือชาวบ้านให้รู้ทางเลือกในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีสาระและคุ้มค่าอย่างมีคุณภาพ^{๘๐}

ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดจากการตรวจพบมากขึ้นและผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพได้เพิ่มมากขึ้น ความก้าวหน้าในการ

^{๗๘}ดูรายละเอียดในสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๖๓, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, ๒๕๕๔), หน้า ๑-๕.

^{๗๙}กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, รายงานถอดบทเรียนชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ๒๕๕๓, (นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๓), หน้า ๑.

^{๘๐}นิวัฒน์ ศีตลักษณ์ และคณะ, การแพทย์บูรณาการ ฉบับหมอมวลชน, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (นนทบุรี: หมอมวลชน, ๒๕๕๔), หน้า ๑๖.

รักษาโรคเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวจนเกิด โรคอื่นที่รุนแรงต้องการการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น อย่างไรก็ตามยังมี ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ยังไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรค ส่วนกลุ่มที่รับรู้ว่าเป็นโรคเรื้อรังก็ยังไม่ได้เข้าถึงการรักษาพยาบาลและดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จึงสามารถคาดการณ์ได้ว่าโรคเรื้อรัง จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากในอนาคตอันใกล้ หากไม่มีการดำเนินการป้องกันและจัดระบบการดูแลที่เหมาะสม^{๘๑} ทั้งนี้ผลกระทบตามมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่เพียงแต่จะเกิดกับผู้ป่วยเท่านั้นที่ต้องสูญเสียภาวะสุขภาพ กลายเป็นผู้ไร้ความสามารถและเป็นภาระแก่ผู้อื่น แต่การเจ็บป่วยเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว ภาระการดูแล และความอยู่ดีมีสุขในครอบครัว ทางด้านสถานบริการสุขภาพเองต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างมหาศาลเพื่อควบคุมอาการของโรค เพื่อช่วยยืดชีวิตของผู้เจ็บป่วยเรื้อรังให้ยืนยาวขึ้น ในขณะที่ยังไม่สามารถรักษาให้โรคหายขาดได้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีเป้าประสงค์ที่วิจัยในกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวังตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยจะศึกษาในเฉพาะกลุ่มของโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง

การเกิดโรคเรื้อรังกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทั่วโลกที่กำลังเผชิญอย่างยากที่จะหลีกเลี่ยงภายใต้กระแสของสังคมบริโภคนิยมที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนต่อด้านต่างๆ ในระบบการดูแลสุขภาพของประชาชน และส่งผลให้เกิดโรคที่สำคัญต่อสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเหล่านี้พบมากขึ้นตามความเจริญทางวัตถุนิยมของสังคม โรคเหล่านี้มักรักษาไม่หาย ถ้าไม่รู้จักปฏิบัติตนให้ถูกต้องจะเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความพิการ และเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งค่าใช้จ่ายส่วนบุคคล ครอบครัว และประเทศชาติ ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ต้องร่วมมือ ร่วมใจกันหาทางป้องกันและแก้ไข โดยเริ่มต้นที่ตัวเราเองทุกคน ผู้วิจัยจะได้นำเสนอในรายละเอียดโดยสังเขป ดังต่อไปนี้

๒.๔.๑ โรคเบาหวาน

๒.๔.๑.๑ ความหมายของโรคเบาหวาน

นักวิชาการทางด้านการแพทย์ ได้นิยามความหมายเกี่ยวกับโรคเบาหวานในลักษณะที่สอดคล้องกัน ดังต่อไปนี้

โรคเบาหวานเป็นชื่อโรคชนิดหนึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ^{๘๒} เป็นโรคที่รู้จักกันทั่วไปตั้งแต่ต้นคริสต์ศตวรรษ มีบันทึกว่านายแพทย์ชาวกรีก ชื่อกาลเลน (Galen) ได้บรรยายถึงโรคที่ทำให้ผู้ป่วยผอมลง ปัสสาวะบ่อย หิวบ่อย กินน้ำมาก และถึงแก่ความตายภายหลัง

^{๘๑}ศิริอร สีนธู, “สถานการณ์โรคเรื้อรังในสังคมไทย”, ใน บทความวิชาการ การศึกษาต่อเนื่องสาขาศาสตร์ เล่มที่ ๑๐ การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, ศิริอร สีนธู และสุพัตรา บัวทิ บรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์, ๒๕๕๓) : ๑๕-๒๑.

^{๘๒}ราชบัณฑิตยสถาน, พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๕๒, (กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์, ๒๕๕๖), หน้า ๖๓๗.

หลังจากเป็นโรคไม่นาน ต่อมานายแพทย์ชาวโรมัน ชื่อแอรีเทียส (Aretaeus) ได้ตั้งชื่อโรคตามอาการนี้ว่า ไตอะบีส (Diabetes) หมายถึง การที่ร่างกายขับน้ำหรือปัสสาวะออกมามากกว่าปกติ ในภายหลังนายแพทย์ชาวอังกฤษ ชื่อ โทมัส วิลลิส (Thomas Willis) ได้ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะของผู้ป่วย และบันทึกไว้ว่าถ้าปัสสาวะของผู้ป่วยมีรสหวานเหมือนน้ำผึ้ง ผู้ป่วยจะผอมลง อ่อนเพลียและตายในที่สุด จึงมีผู้เติมคำว่า เมลลิตัส (Mellitus) ซึ่งเป็นภาษาลาติน หมายถึง น้ำผึ้ง ลงท้ายคำว่า ไตอะบีส เป็น คำว่า ไตอะบีส เมลลิตัส (Diabetes Mellitus) หมายถึง โรคที่ปัสสาวะมีรสหวานเหมือนน้ำผึ้ง^{๘๓} โรคเบาหวานแบ่งเป็น ๔ ชนิดตามสาเหตุของการเกิดโรค ดังนี้

- ๑) โรคเบาหวานชนิดที่ ๑ (type 1 diabetes mellitus, T1DM)
- ๒) โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (type 2 diabetes mellitus, T2DM)
- ๓) โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (other specific types)
- ๔) โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus, GDM)^{๘๔}

โรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อชนิดเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับทางโภชนาการ และรักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะส่งผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ปัจจุบันผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ได้น้อยหรือไม่ได้เลย ซึ่งฮอร์โมนชนิดนี้มีหน้าที่คอยช่วยให้ร่างกายเผาผลาญน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงาน เมื่ออินซูลินในร่างกายไม่พอหรือมีพอแต่ใช้ไม่ได้ น้ำตาลก็ไม่ถูกนำไปใช้ จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือดและอวัยวะต่างๆ เมื่อน้ำตาลคั่งในเลือดมากๆ ก็จะถูกไตกรองออกมาในปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะหวาน หรือมีมดขึ้นได้ จึงเรียกว่า “เบาหวาน”^{๘๕} ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดซึ่งได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ^{๘๖} และพบระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า ๑๒๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ โดย

^{๘๓}ดูรายละเอียดในวลัย อินทรมรรย, “ประวัติของโรคเบาหวาน”, ใน เอกสารการสอนชุดวิชา อาหารบำบัดโรค หน่วยที่ ๘-๑๕, พิมพ์ครั้งที่ ๑๓, (นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ๒๕๕๒), หน้า ๔๓.

^{๘๔}สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และอื่น ๆ, แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๕๗, (กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์, ๒๕๕๗), หน้า ๑.

^{๘๕}สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป ๒ : ๓๕๐ โรคกับการดูแลรักษาและป้องกัน, พิมพ์ครั้งที่ ๔ (ฉบับปรับปรุง), (กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก แพทย์เชิง, ๒๕๕๑), หน้า ๗๗๗, สมพงษ์ สุวรรณวลัยกร และคณะ, สุขภาพดี หมอจุฬาฯ, โมนา อัครวิญญู บรรณาธิการ, พิมพ์ครั้งที่ ๙, (กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, ๒๕๕๓), หน้า ๒๔.

^{๘๖}เทพ ทิมะทองคำ และคณะ, ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน, พิมพ์ครั้งที่ ๗, (กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๘), หน้า ๒๗.

เจาะเลือดหลังดื่มน้ำและน้ำอย่างน้อย ๘ ชั่วโมงก่อนเจาะเลือด^{๘๗} เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานพบมากขึ้นเรื่อยๆ ในทุกปี ซึ่งตามการคาดคะเนขององค์การอนามัยโลก ในอีก ๒๐ ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น และโรคเบาหวานก็ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่ออวัยวะต่างๆ ที่สำคัญของร่างกาย เช่น ตา ไต ระบบประสาท ระบบหัวใจ หลอดเลือด^{๘๘}

สรุปได้ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย ทำให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ หรืออาจกล่าวได้ว่า ประสิทธิภาพของฮอร์โมนอินซูลินลดลง ร่างกายมีความดื้อต่ออินซูลิน หรือมีการสร้างอินซูลินจากตับอ่อนลดลง เมื่อร่างกายนำน้ำตาลมาใช้ไม่ได้ จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่ออวัยวะต่างๆ ที่สำคัญของร่างกาย เช่น ตา ไต ระบบประสาท ระบบหัวใจ หลอดเลือด เป็นต้น

๒.๔.๑.๒ สาเหตุของโรคเบาหวาน

โรคนี้เกิดจากตับอ่อนสร้าง ฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ได้น้อย หรือไม่ได้เลย ฮอร์โมนชนิดนี้มีหน้าที่คอยช่วยให้ร่างกายเผาผลาญน้ำตาลมาใช้เป็นพลังงาน เมื่ออินซูลินในร่างกายไม่พอ น้ำตาลก็ไม่ถูกนำไปใช้ จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือดและอวัยวะต่างๆ ทำให้ร่างกายผ่ายผอม ไม่มีไขมัน กล้ามเนื้อฝ่อลีบ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย นอกจากนี้ การมีน้ำตาลคั่งอยู่ในอวัยวะต่าง ๆ จะทำให้อวัยวะต่าง ๆ เกิดความผิดปกติ และนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนมากมาย สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน สามารถอธิบายตามชนิดของโรคเบาหวาน^{๘๙} ได้ดังนี้

(๑) สาเหตุของโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (type 1 diabetes)

สาเหตุของโรคเบาหวานชนิดที่ ๑ ส่วนใหญ่เกิดจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันตนเอง (autoimmune) และ ส่วนน้อยไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic) โดยทั่วไปพบมีปัจจัยหลัก ๒ ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทั้ง ๒ ชนิดนี้จะส่งเสริมกันทำให้เกิดการตอบสนองต่อระบบภูมิคุ้มกัน มาทำลายเซลล์บีตา (beta-cells) ของตับอ่อน เมื่อถูกทำลายมาก การสร้างอินซูลินไม่เพียงพอ ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง

(๒) สาเหตุของโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (type 2 diabetes mellitus)

ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดเบาหวานมีหลายประการ เช่น

-ความอ้วน เนื่องจากในคนอ้วนเนื้อเยื่อมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้ฮอร์โมนอินซูลินออกฤทธิ์ได้น้อยลง เกิดการดื้อต่อการออกฤทธิ์อินซูลิน ทำให้การขนส่งกลูโคสเข้าเซลล์

^{๘๗}พระมหาสมพงษ์ สุนตจิตโตและอุทัย สดสุข, การป้องกันและรักษาโรคเบาหวานวิถีพุทธ, (กรุงเทพมหานคร: นิวธรรมดาการพิมพ์, ๒๕๕๔), หน้า ๓.

^{๘๘}สุนทร ตันพนันท์, ตำราโรคเบาหวาน, (กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, ๒๕๔๖), หน้า ๒.

^{๘๙}ดูรายละเอียดใน กองบรรณาธิการใกล้หมอ, รู้ทันเบาหวาน ๑, (กรุงเทพมหานคร: ใกล้หมอ, ๒๕๔๙), หน้า ๕๐-๖๙, สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน, คู่มือหน่วยบริการปฐมภูมิ : การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ, สุรเกียรติ อาชานานุภาพ และคณะ บรรณาธิการ, (นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน, ๒๕๕๒), หน้า ๗-๙.

ลดลง และขัดขวางการเผาผลาญกลูโคสภายในเซลล์ คนที่อ้วนส่วนกลาง (central obesity) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ สูงถึงเกือบ ๓ เท่า ของคนที่มีน้ำหนักปกติ

-พันธุกรรม จากการศึกษาฝาแฝดในไข่ใบเดียวกัน (Identical twins) พบว่าเมื่อคนหนึ่งเป็นโรคเบาหวานก่อนอายุ ๔๐ ปี และเป็นชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ประมาณร้อยละ ๙๐ ของคู่แฝด อีกคนหนึ่งจะเป็นเบาหวานด้วย

-สิ่งแวดล้อม ได้แก่ โภชนาการ ความอ้วน ความอ้วนทำให้เกิดการดื้อต่อการออกฤทธิ์ของอินซูลิน การขนถ่ายกลูโคสเข้าสู่เซลล์ลดลง หรือขัดขวางเมตาบอลิซึมของกลูโคสภายในเซลล์ หรือการดื้ออินซูลินจากจำนวนหน่วยรับอินซูลิน (Insulin receptor) ที่ลดลง ผู้ที่รับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตมาก อาหารที่มีน้ำตาลมากจะดูดซึมได้รวดเร็ว ทำให้กระตุ้นการหลั่งของอินซูลินจากเบต้าเซลล์อย่างเฉียบพลัน การขาดการออกกำลังกายจะทำให้เนื้อเยื่อมีปฏิกิริยาตอบสนองต่ออินซูลินไม่ดีเท่าที่ควร ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย จึงมีโอกาสเป็นเบาหวานมากกว่าผู้ที่ออกกำลังกายอยู่เสมอ

-จากความผิดปกติของตับอ่อน ตับอ่อนเกิดการอักเสบ เช่น มะเร็ง เนื้องอก หรือ ตับอ่อนได้รับความกระทบกระเทือน การติดเชื้อไวรัสบางชนิด มีส่วนสัมพันธ์กับเบาหวานชนิดที่ ๒

-ความเครียด มีผลไปกระตุ้นให้มีการหลั่งของฮอร์โมนหลายตัวในร่างกาย ซึ่งขัดขวางการทำงานของอินซูลิน ทำให้เกิดการดื้ออินซูลิน (insulin resistance) ความเครียดจากการทำงานเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒

-สาเหตุอื่น ๆ เช่น การที่มีฮอร์โมนควบคุมการเจริญเติบโตสูงมากผิดปกติ ซึ่งฮอร์โมนนี้มีความสามารถในการต่อต้านอินซูลิน ทำให้ความสามารถในการใช้กลูโคสของกล้ามเนื้อลดลง การใช้ยาพวกกลูโคคอร์ติคอยด์และยากุมกำเนิด จะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างกลูโคสมากขึ้น ประวัติครอบครัว โดยเฉพาะญาติสายตรง^{๔๐}

๒.๔.๑.๓ สถานการณ์ของโรคเบาหวานในสังคมไทย

จากการรายงานการวิจัยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒ พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีร้อยละ ๖.๙ ผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าในผู้ชาย (ร้อยละ ๗.๗ และ ๖.๐ ตามลำดับ) กลุ่มอายุที่มีความชุกของโรคสูงสุด คือ กลุ่มอายุ ๖๐-๖๙ ปี คือ พบผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ ๑๖.๗ ในส่วนผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นเบาหวานแต่ไม่ได้รับการรักษาพบร้อยละ ๓.๓ ของผู้เป็นเบาหวานทั้งหมด ส่วนที่เหลือประมาณ ๒ ใน ๓ ของผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการรักษาอยู่ และร้อยละ ๒๘.๕ ของผู้ที่เป็นเบาหวานทั้งหมดมีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ต่ำกว่า ๑๒๖

^{๔๐}ดูรายละเอียดใน สุพัตรา ศรีวณิชชากร, “แนวคิดทิศทางที่เหมาะสมของระบบบริการในการจัดการโรคเรื้อรัง (เบาหวาน)”, ใน การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ, สายศิริ ด่านวัฒนะ บรรณาธิการ, (นนทบุรี: สหพัฒนพิบูล, ๒๕๕๒), หน้า ๓๒.

มก./ดล. ส่วนความชุกของภาวะบกพร่องของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร โดยรวมร้อยละ ๑๐.๗ ผู้ชายมีความชุกสูงกว่าผู้หญิงเล็กน้อยความชุกเพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้นในผู้ชาย^{๙๑} และจากการรายงานของสำนักโรคระบาดวิทยา ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จำนวน ๑๗๙,๕๗๙ ราย อัตราป่วย ๒๗๙.๘๓ ต่อประชากรแสนคน^{๙๒} เบาหวานไม่ใช่โรคที่ทำการรักษาให้หายขาดได้ แต่ทำการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ คนที่เป็นเบาหวานแล้วก็ป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนทั้งหลายลดเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่ คนที่ยังไม่เป็นก็สามารถป้องกันไม่ให้เป็นเบาหวานได้สิ่งสำคัญที่สุดของการดูแลเบาหวาน คือ การสอนให้ผู้ที่มีความเสี่ยง และผู้ที่เป็นเบาหวานแล้วรู้จักดูแลตนเอง ในเรื่องของอาหารและการออกกำลังกาย นั่นคือ “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม”^{๙๓} หมายถึงการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ และการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ร่วมกับมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยโรค เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และความดันโลหิตได้^{๙๔}

สามารถสรุปได้ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่ ความอ้วน อายุ วิธีการดำเนินชีวิต การรับประทานอาหาร ขาดการออกกำลังกาย การนอนพักผ่อนน้อย นอนไม่เป็นเวลา ภาวะเครียด ยาบางชนิด การติดเชื้อหรือมีเหตุต่างๆ ที่มีผลทำให้ตับอ่อนทำหน้าที่ลดลง ผลิตอินซูลินได้น้อยเกินไป หรือไม่ผลิตเลย หรือผลิตอินซูลินได้ จึงทำให้ประสิทธิภาพในการนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ลดลง เมื่อน้ำตาลไม่ถูกนำไปใช้เป็นพลังงาน จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือดทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงตามมา เนื่องจากตับอ่อนทำหน้าที่นำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ เพื่อเผาผลาญเป็นพลังงานช่วยให้ร่างกายสามารถเคลื่อนไหวทำกิจกรรมต่างๆ ได้ เมื่อร่างกายนำน้ำตาลมาใช้ไม่ได้ จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่ออวัยวะต่างๆ ที่สำคัญของร่างกาย

^{๙๑}ราม รัชสินธุ์ และคณะ, “การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี ๒๕๕๓”, หน้า ๓.

^{๙๒}อมรา ทองหงษ์ กมลชนก เทพสิทธิ และ ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์, “รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. ๒๕๕๔”, รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำปีสัปดาห์, ปีที่ ๔๔ ฉบับที่ ๑๐ (๑๕ มีนาคม ๒๕๕๖) : ๑๔๖.

^{๙๓}เทพ หิมะทองคำ, “ทิศทางการพัฒนาระบบดูแลเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ” ใน การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ, สายศิริ ด่านวัฒนะ บรรณาธิการ, (นนทบุรี: สหพัฒนพิบูล, ๒๕๕๒), หน้า ๒๐.

^{๙๔}สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. ๒๕๕๔, หน้า ๑๓.

๒.๔.๒ โรคความดันโลหิตสูง

๒.๔.๒.๑ ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

นักวิชาการทางด้านการแพทย์ ได้นิยามความหมายเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในลักษณะที่สอดคล้องกัน ดังต่อไปนี้

โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐ มม.ปรอท และหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ มม.ปรอท^{๔๕} โรคนี้นำไปสู่ภาวะปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือโรคอื่นๆ ได้หากไม่ได้รับการดูแลตนเองที่ดีและหรือได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม โรคความดันโลหิตสูง พบได้ประมาณร้อยละ ๑๐

ของประชากรทั่วโลก เป็นภาวะเรื้อรังที่พบได้บ่อยในคนไทย^{๔๖} ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญมากอย่างหนึ่งของประเทศ เนื่องจากผู้ที่มีภาวะนี้ส่วนมากมักไม่มีอาการหรืออาการแสดงในระยะแรก แต่มักมีอาการหรืออาการแสดงเมื่อเป็นมากหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายเกิดขึ้นกับหัวใจ ตา ไต และสมอง เป็นภาวะเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ทำให้มีผลกระทบทั้งตัวผู้ป่วยและ ครอบครัว จากการสำรวจสุขภาพของประชากรไทยครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒ พบผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ ๒๑.๔ ของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มักจะไม่มีอาการ และไม่สามารถควบคุมให้ความดันโลหิตตามค่าเป้าหมายได้ ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่พบบ่อย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ปัจจุบันพบอุบัติการณ์สูงมากขึ้นในประชากรวัยหนุ่มสาว เนื่องจากภาวะเครียดทางจิตใจ การแข่งขันในอาชีพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดำรงชีพ และบริโภคอาหาร ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจตาย สมองพิการ ไตพิการ ฯลฯ ที่สำคัญคือภาวะความดันโลหิตสูงมักไม่มีอาการ แต่เป็นฆาตกรเงียบ จึงควรได้รับความเอาใจใส่ทั้งจากแพทย์ทุกแขนงและประชาชนทั่วไป เพราะโรคแทรกซ้อนและปัญหาต่างๆ จากความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งที่ป้องกันได้^{๔๗}

^{๔๕}กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางเวชปฏิบัติ การดูแลโภชนบำบัดในโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสำหรับผู้สูงอายุ, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, ๒๕๔๙), หน้า ๑๙,

^{๔๖}สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๕๕, (กรุงเทพมหานคร: อีวันน้ำพรีนติ้ง, ๒๕๕๕), หน้า ๑, สิทธิชัย อาชาอินดี, “ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง” ใน คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง, ไยวรรณ ณะมัย และคณะ บรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, ๒๕๕๕), หน้า ๑๕.

^{๔๗}สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง, ไยวรรณ ณะมัย และคณะ บรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, ๒๕๕๕), คำนำ.

๒.๔.๒.๒ สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

นักวิชาการทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุขได้ค้นคว้า วิจัย ทดลองและบันทึกถึงสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง โดยสามารถแบ่งตามสาเหตุใหญ่ ๆ เป็น ๒ ชนิด คือ

๑) ความดันโลหิตสูงชนิดทุรารบสาเหตุ (Secondary Hypertension) พบได้ร้อยละ ๑๐ หรือน้อยกว่า ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจาก โรคพิษแห่งครรภ์ การได้รับยาหรือฮอร์โมนบางอย่าง หรือ จากโรคของอวัยวะต่าง ๆ เช่น โรคไต โรคของต่อมไร้ท่อ ความผิดปกติของ หลอดเลือดแดง ถ้ารักษาสาเหตุของโรคได้ โรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้จะหายไปด้วย

๒) ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทุรารบสาเหตุ (Primary Hypertension or Essential Hypertension) พบได้ถึงร้อยละ ๙๐-๙๕ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้ได้แก่ กรรมพันธุ์ การรับประทานโซเดียมหรือเกลือมาก ความอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น โรคความดันโลหิตสูงพบได้ประมาณร้อยละ ๕-๑๐ ของคนทั่วไป ส่วนใหญ่จะเริ่มเป็นในคนที่อายุมากกว่า ๓๐ ปี ขึ้นไป โดยไม่ทุรารบสาเหตุแน่ชัด ส่วนน้อยที่อาจจะเป็นในคนที่อายุน้อยกว่า ๓๐ ปี ซึ่งมักจะมี ความผิดปกติอื่นๆ ของร่างกายร่วมด้วย โดยกลไกการเกิดอาจเกี่ยวข้องกับการที่ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System) มีการทำงานมากขึ้น การสร้างฮอร์โมนบางชนิดมีผลต่อการเก็บเกลือโซเดียมมากผิดปกติ การรับประทานเกลือโซเดียมมากเป็นเวลานาน การรับประทานโปแตสเซียมและแคลเซียมไม่เพียงพอ การหลังเรนนิน (Rennin)* มากผิดปกติ การขาดสารขยายหลอดเลือด เช่น โพรสตาแกลนดิน (Prostaglandins) ความผิดปกติแต่กำเนิดของเส้นเลือด ความอ้วน การมีปัจจัยการเจริญเติบโตของหลอดเลือด (Vascular Growth Factor) เพิ่มขึ้นและความเปลี่ยนแปลงในการขนส่งไอออนผ่านเยื่อหุ้มเซลล์ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะมีผลต่อความดันโลหิต โดยการเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดใน ๑ นาที (Cardiac Output) และหรือการเพิ่มของแรงต้านของหลอดเลือด (Peripheral Resistance) จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

*Rennin คือ เอนไซม์ที่ทำให้นมเป็นก้อน พบในน้ำย่อยกระเพาะอาหาร; สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และคณะ, พจนานุกรมศัพท์แพทย์, หน้า ๑๐๓๔.

๒.๔.๒. ๓ สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในสังคมไทย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข^{๔๘} ได้รายงานสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔* ได้รับรายงานผู้ป่วยใหม่ ๓๗๙,๕๕๑ ราย อัตราป่วย ๕๙๑.๓๘ ต่อประชากรแสนคน และผู้ป่วยสะสม (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔) จำนวน ๑,๙๙๗,๗๗๐ ราย จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ๓๗๙,๕๕๑ ราย จำแนกเป็นเพศชาย ๑๔๘,๖๒๗ ราย อัตราป่วย ๔๗๐.๔๔ ต่อประชากรแสนคน และเพศหญิง ๒๓๐,๙๒๔ ราย (๗๐๘.๖๒) อัตราส่วนเพศชายต่อหญิง เท่ากับ ๑ : ๑.๕๕ จำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป มีอัตราป่วยสูงสุด เท่ากับ ๒,๖๔๙.๗๙ ต่อประชากรแสนคน (๒๐๖,๔๕๗) รองลงมา กลุ่มอายุ ๕๐-๕๙ ปี อัตราป่วย ๑,๓๑๑.๒๒ ต่อประชากรแสนคน (๑๐๒,๐๘๕ ราย) กลุ่มอายุ ๔๐-๔๙ ปี อัตราป่วย ๔๙๙.๘๖ ต่อประชากรแสนคน (๕๒,๙๓๙ ราย) กลุ่มอายุต่ำกว่า ๔๐ ปี อัตราป่วย ๔๔.๑๔ ต่อประชากรแสนคน (๑๘,๐๒๕ ราย) แม้อัตราการเสียชีวิตจากความดันโลหิตสูง โดยตรงมีแนวโน้มลดลง แต่กลับทำให้อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคปลายทางที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แนวโน้มอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมองหัวใจล้มเหลวและไตเรื้อรังที่มีสาเหตุจากความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็นอีกเท่าตัว ในทุก ๆ ๑๐ ปีข้างหน้า เนื่องจากความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือดอาจจัดได้ว่าเป็นโรคระบาดใหม่ของคนไทย ในประเทศไทยอาจต้องใช้เวลามากกว่า ๔๐ ปี ในการจัดการลดการระบาดของภาวะความดันโลหิตสูงและโรคปลายทาง เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีมาตรการระดับชาติที่เป็นมาตรฐานเชิงรูปธรรม เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเพื่อเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ในปัจจุบันและอนาคตทางระบาดวิทยาของโรคหัวใจและหลอดเลือดของคนไทย^{๔๙}

สรุปได้ว่า โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตตัวบนมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐ มม.ปรอท และหรือความดันโลหิตตัวล่าง มากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ มม.ปรอท เกิดจากความดันโลหิต คือ แรงดันที่หัวใจบีบตัวส่งเลือดจากหัวใจไปตามหลอดเลือดแดงเพื่อเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น สมอง ไต แขน ขา รวมทั้งตัวกล้ามเนื้อหัวใจเองด้วย โดยจำแนกระดับความรุนแรงที่ระดับความดันโลหิตทั้งสองค่าตามเกณฑ์มีทั้งหมดในระดับค่าปกติ โรคนี้

^{๔๘}อมรา ทองหงษ์ กมลชนก เทพสิทธิ และ ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์, “รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. ๒๕๕๔”, รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำปีฉบับที่ ๑๐ (๑๕ มีนาคม ๒๕๕๖) : ๑๔๖.

*จากรายงานที่ได้รับทั้งหมด ๔๖ จังหวัด ได้แก่ สมุทรปราการ สมุทรสาคร สมุทรสงคราม พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี อ่างทอง ลพบุรี นครปฐม จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี สิงห์บุรี ประจวบคีรีขันธ์ เลย หนองบัวลำภู หนองคาย ขอนแก่น อุดรธานี อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ร้อยเอ็ด สุรินทร์ บุรีรัมย์ มหาสารคาม เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน พะเยา พิษณุโลก สุโขทัย พิจิตร ลำปาง นครสวรรค์ อุทัยธานี เพชรบูรณ์ แพร่ แม่ฮ่องสอน นครศรีธรรมราช ชุมพร สุราษฎร์ธานี กระบี่ พังงา ภูเก็ต สตูล ปัตตานี และ ยะลา

^{๔๙}ศิริอร สินธุ, “สถานการณ์โรคเรื้อรังในสังคมไทย”, ใน บทความวิชาการ การศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ ๑๐ การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, หน้า ๑๕.

นำไปสู่ภาวะปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต ได้หากไม่ได้รับการดูแลตนเองที่ดีและหรือได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้ได้แก่ กรรมพันธุ์ การรับประทานโซเดียมหรือเกลือมาก ความอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น

๒.๔.๓ โรคหลอดเลือดหัวใจ

๒.๔.๓.๑ ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจ

นักวิชาการทางด้านการแพทย์ ได้นิยามความหมายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ในลักษณะที่สอดคล้องกัน ดังต่อไปนี้

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease; CAD) หรือ โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease; IHD) คือ โรคของหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงหัวใจตีบหรืออุดตันส่วนใหญ่เกิดจากไขมัน และเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังหลอดเลือด ทำให้เยื่อภายในของผนังหลอดเลือดส่วนนั้นหนา ทำให้หลอดเลือดตีบ ถ้าหลอดเลือดแดงนั้นตีบร้อยละ ๕๐ หรือมากกว่า ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บอก ใจสั่น เหงื่อออก จะเป็นลม หหมดสติ เสียชีวิตเฉียบพลันได้^{๑๐๐} โรคหลอดเลือดหัวใจจัดเป็นโรคปลายทางของความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ที่เกิดจากปัจจัยกระตุ้นหลายประการ โรคหลอดเลือดหัวใจจะเริ่มพบในกลุ่มอายุน้อยลงคือประมาณ ๔๐ ปี ขึ้นไป และพบสูงสุดในกลุ่มอายุ ๗๐-๙๐ ปี ปัจจุบันแม้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจและหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มลดลง แต่อุบัติการณ์ของกลุ่มที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญไม่ได้ ลดลงตามไปด้วยเลย ดังนั้นในอนาคตจำนวนผู้ป่วยอาจกลับมาสูงขึ้นก็เป็นได้ หากไม่ได้รับการวางแผนจัดการกับโรคอย่างสมบูรณ์แบบและมีประสิทธิภาพเพียงพอ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีโอกาสที่จะพัฒนากลายเป็นกลุ่มอาการ ที่เรียกว่า หัวใจวายเรื้อรังหลังจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Post MI & CHF) เพิ่มมากขึ้น^{๑๐๑}

๒.๔.๓.๒ สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ

สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ การมีไขมันจับที่ผนังของหลอดเลือดหัวใจ ที่เรียกว่า พลาค (Plaque) จึงส่งผลให้ผนังหลอดเลือดแข็ง หนา ช่องในหลอดเลือดจึงตีบแคบลง และเมื่อพลาคนี้อาจทำให้เกิดการอักเสบของผนังหลอดเลือด หรือ ผนังหลอดเลือดบาดเจ็บเสียหาย ร่างกายจะซ่อมแซมผนังส่วนเสียหายโดยการจับตัวเป็นก้อนของเกร็ดเลือด และเม็ดเลือดขาว จึงยิ่งส่งผลให้ช่องในหลอดเลือดตีบแคบลงอีก เลือดจึงหล่อเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง จึงเกิดเป็นโรค กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และบ่อยครั้ง การซ่อมแซมจากร่างกายนี้ ก่อให้เกิด

^{๑๐๐}สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางเวชปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุโรคหัวใจและหลอดเลือด, (นนทบุรี: ซีจี พูล, ๒๕๕๑), หน้า ๕.

^{๑๐๑}ดูรายละเอียดในศิริอร สินธุ, “สถานการณ์โรคเรื้อรังในสังคมไทย”, ใน บทความวิชาการ การศึกษาต่อเนื่องสาขาศาสนาพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ ๑๐ การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, หน้า ๑๕-๒๒.

เลือดถึงอุดตัน จึงส่งผลให้เกิด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเหตุขาดเลือด ซึ่ง อาจเกิดได้อย่างเฉียบพลัน และเมื่อรุนแรง จะเป็นสาเหตุให้หัวใจหยุดทำงานทันที จึงเสียชีวิตได้ทันที กะทันหัน นอกจากนั้น หลอดเลือดหัวใจ ยังสามารถบีบหดตัวได้ ดังนั้นเมื่อมีการหดตัวของหลอดเลือด จึงส่งผลให้รูท่อนหลอดเลือดตีบแคบลง จึงเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดได้ เช่น จากภาวะมีความเครียดสูง เป็นต้น^{๑๐๒}

๒.๔.๓.๓ สถานการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจในสังคมไทย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข^{๑๐๓} ได้รายงานสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ได้รับรายงานผู้ป่วยใหม่ จำนวน ๒๑,๗๘๒ ราย อัตราป่วย ๓๓.๙๔ ต่อประชากรแสนคนและผู้ป่วยสะสม (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔) จำนวน ๕๐,๗๔๕ ราย อัตราความชุก ๑๑๓.๐๐ ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ๒๑,๗๘๒ ราย จำแนกเป็นเพศชาย ๑๐,๘๘๐ ราย อัตราป่วย ๓๔.๔๔ ต่อประชากรแสนคน และเพศหญิง ๑๐,๙๐๒ ราย (๓๓.๔๕) อัตรา-ส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ ๑:๑ จำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป อัตราป่วยสูงสุด เท่ากับ ๑๙๗.๑๙ ต่อประชากรแสนคน (๑๕,๓๖๔ ราย) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ ๕๐-๕๙ ปี อัตราป่วย ๕๓.๙๑ ต่อประชากรแสนคน (๔,๑๙๗ ราย) กลุ่มอายุ ๔๐-๔๙ ปี อัตราป่วย ๑๔.๔๐ ต่อประชากรแสนคน (๑,๕๒๕ ราย) และกลุ่มอายุต่ำกว่า ๔๐ ปี อัตราป่วย ๑.๕๙ ต่อประชากรแสนคน (๖๙๐ ราย)

สรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง โรคของหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงหัวใจตีบหรืออุดตัน ส่วนใหญ่เกิดจากไขมัน และเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังหลอดเลือด ทำให้เยื่อภายในของผนังหลอดเลือดส่วนนั้นหนา ทำให้หลอดเลือดตีบ สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ การมีไขมันจับที่ผนังของหลอดเลือดหัวใจ จึงส่งผลให้ผนังหลอดเลือดแข็ง หนา ช่องในหลอดเลือดจึงตีบแคบลง ก่อให้เกิดการอักเสบของผนังหลอดเลือด หรือ ผนังหลอดเลือดบาดเจ็บเสียหาย นอกจากนั้น หลอดเลือดหัวใจยังสามารถบีบหดตัวได้ ดังนั้นเมื่อมีการหดตัวของหลอดเลือด จึงส่งผลให้รูท่อนหลอดเลือดตีบแคบลง จึงเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดได้ เช่น จากภาวะมีความเครียดสูง เป็นต้น

๒.๔.๔ โรคหลอดเลือดสมอง

๒.๔.๔.๑ ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

นักวิชาการทางด้านการแพทย์ ได้นิยามความหมายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในลักษณะที่สอดคล้องกัน ดังต่อไปนี้

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke, cerebrovascular disease) หมายถึง ภาวะของ หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงที่สมองเกิดการตีบ ตัน หรือ มีภาวะของหลอดเลือดในสมองแตก

^{๑๐๒} พวงทอง ไกรพิบูลย์, โรคหัวใจ : โรคหลอดเลือดหัวใจ, [ออนไลน์], แหล่งที่มา : <http://haamor.com/th/#article102> [๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๗].

^{๑๐๓} อมรา ทองหงษ์ กมลชนก เทพสิทธิ และ ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์, “รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. ๒๕๕๔”, รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำปี ๒๕๕๔ : ๑๔๙.

(Burst) ส่งผลให้มีการคั่งของเลือดรอบเนื้อเยื่อสมอง ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงที่สมองลดลง สมองขาดออกซิเจนและอาหาร ทำให้เซลล์สมองตาย^{๑๐๔} จัดอยู่ในกลุ่มโรคของระบบการไหลเวียนที่เป็นโรคปลายทางของความดันโลหิตสูง นับได้ว่าเป็นโรคอันดับต้นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพในทุกประเทศทั่วโลก ทำให้เกิดการเสียชีวิตและพิการ ซึ่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยครอบครัวและสังคม องค์การอนามัยโลกประมาณการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองไว้ราว ๑.๑ ล้านคนในปีค.ศ. 2000 เพิ่มขึ้นเป็น ๑.๕ ล้านคนในปีค.ศ. 2025 ในประเทศไทยมีผู้ป่วยใหม่เกิดขึ้นประมาณ ๑๕๐,๐๐๐ คนต่อปี หรือ ๒๐๖.๓๔ ต่อแสนประชากร โดยมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรือทุกๆ ๑ นาทีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใหม่จำนวน ๔ ราย และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ๑๑ ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรกมากกว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำถึง ๔ เท่าตัว ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุอันดับที่ ๒ และ ๓ ของความสูญเสียของประเทศ เนื่องจากการป่วย พิการ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในผู้หญิง และผู้ชาย สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่เป็นการศึกษาาร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ ๑ ในเพศหญิงและอันดับ ๒ ในเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year) ที่สำคัญอันดับที่ ๒ ทั้งในชายและหญิง ดังนั้น การทำความเข้าใจโรคหลอดเลือดสมองในด้านอุบัติการณ์ จะช่วยให้สามารถเข้าใจและวิเคราะห์ สถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น อันจะนำไปสู่การวางแผนจัดการโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{๑๐๕}

๒.๔.๔.๒ ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองมี ๒ ประเภท คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ ๗๕-๘๐ และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการมีเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) พบประมาณร้อยละ ๒๐-๒๕ อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเป็นสมองขาดเลือดหรือเลือดออกในสมองหลังการเกิดโรคผู้ป่วยมักจะมี ความพิการหลงเหลืออยู่ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ภาพลักษณ์ ภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัว บางรายจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้านส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในปัจจุบัน ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้พัฒนาไปมากทั้งในเรื่องการรณรงค์เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับอาการที่สงสัยว่าจะเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เพราะถือว่าโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องรีบเข้ารับ

^{๑๐๔}ศิริรัตน์ สีสางรัส และจรรยา วิรุฬราช, “โรคหลอดเลือดสมอง : การให้การพยาบาลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย”, วารสารพยาบาลสาธารณสุข, ปีที่ ๒๑ ฉบับที่ ๓ (กันยายน - ธันวาคม ๒๕๕๐) : ๘๑.

^{๑๐๕}สรวง ปันจยีสี่ และคณะ, แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตกสำหรับแพทย์, (กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส, ๒๕๕๖), หน้า ๑.

การรักษาในโรงพยาบาล ดังจะเห็นว่าบางครั้งจะเรียกโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเฉียบพลันว่า “Brain attack” เช่นเดียวกับที่เรียกโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดว่า “Heart attack” ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรตลอดจนประชาชนทั่วไปได้ตระหนักถึงความสำคัญของโรคที่ต้องได้รับการรักษาอย่างรีบด่วน ดังมีคำกล่าวที่ว่า “time is brain”^{๑๐๖}

๓) สถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง ในสังคมไทย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข^{๑๐๗} ได้รายงานสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ.๒๕๕๔ ได้รับรายงานผู้ป่วยใหม่ จำนวน ๑๘,๖๒๙ ราย อัตราป่วย ๒๙.๐๓ ต่อประชากรแสนคน และผู้ป่วยสะสม (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔) จำนวน ๕๙,๔๙๐ ราย อัตราความชุก ๙๒.๖๙ ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน ๑๘,๖๒๙ ราย จำแนกเป็นเพศชาย ๑๐,๖๔๖ ราย อัตราป่วยเท่ากับ ๓๓.๗๐ ต่อประชากรแสนคน และเพศหญิง ๗,๙๘๓ ราย อัตราป่วย ๒๔.๕๐ ต่อประชากรแสนคน พบเพศชายป่วยมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย อัตราส่วนเพศหญิงต่อชาย เท่ากับ ๑๑.๒๗ จำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยสูงสุด เท่ากับ ๑๕๓.๕๓ ต่อประชากรแสนคน (๑๑,๙๖๒ ราย) รองลงมา กลุ่มอายุ ๕๐-๕๙ ปี (๓,๖๒๓ ราย) อัตราป่วย ๔๖.๕๔ ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุ ๔๐-๔๙ ปี (๑,๘๔๒ ราย) อัตราป่วย ๑๗.๓๙ ต่อประชากรแสนคน และกลุ่มอายุต่ำกว่า ๔๐ ปี (๑,๑๙๓ ราย) อัตราป่วย ๒.๗๔ ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายใหม่จำนวน ๑๘,๖๒๙ ราย พบอาการอัมพาต จำนวน ๙,๘๗๔ ราย ร้อยละ ๕๓.๐๐ รองลงมา คือ เนื้อสมองตายจากการขาดเลือด ๔,๖๘๔ ราย ร้อยละ ๒๕.๑๔ เลือดออกในสมองใหญ่ ๒,๒๐๗ ราย ร้อยละ ๑๑.๘๕ เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง ๑,๐๗๓ ราย ร้อยละ ๕.๗๖ และเลือดออกในสมองที่อื่นๆ ๗๙๑ ราย ร้อยละ ๔.๒๕

ระบาดวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองพบในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบททั้งในเอเชียและยุโรป โดยอุบัติการณ์ ในประเทศไทยจะพบมากที่สุด ภาคกลาง (ร้อยละ ๑.๙๙) รองลงมาคือภาคใต้ (ร้อยละ ๑.๕) ถัดมาคือภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากัน (ร้อยละ ๐.๖) และอาศัยในเขตเมืองเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๖๒.๑) พบในเพศชาย มากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย และมักเกิดในผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป แต่จากสถิติของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขชี้ให้เห็นว่าการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเริ่มพบเพิ่มขึ้นในช่วงอายุที่น้อยกว่า ๖๐ ปี คือ ๔.๕๘๖ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๔๙ กลายเป็น ๕๑๔๗ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๕๐ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพพื้นฐานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่พบ มากที่สุด รองลงมาคือภาวะไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน โรคหัวใจขาดเลือด การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และหัวใจเต้นผิดปกติ ตามลำดับ

^{๑๐๖} ประคอง อินทสมบัติ และคณะ, แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป, (กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา, ๒๕๕๐), หน้า ๒.

^{๑๐๗} อมรา ทองหงษ์ กมลชนก เทพสิทธิ และ ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์, “รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. ๒๕๕๔”, รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ : ๑๔๙.

ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันมีความก้าวหน้าไปมาก การศึกษาชี้ชัดว่าเวลาเป็นปัจจัยที่สำคัญมากในการรักษา โดยพบว่าหากสามารถแก้ไขการอุดตันของหลอดเลือดสมองได้อย่างทันท่วงทีจะส่งผลให้อัตราตายหรือพิการลดลง สำหรับการรักษาเฉพาะของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่มีหลักฐานยืนยันว่าได้ผลในการลดอัตราตายหรือพิการ โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๓ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ การให้ยาแอสไพรินภายใน ๔๘ ชั่วโมง ในขนาดอย่างน้อย ๑๖๐ มิลลิกรัมต่อวัน และการรับตัวผู้ป่วยเข้ารักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน^{๑๐๘}

สรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงที่สมองเกิดการตีบ ตัน หรือ มีภาวะของหลอดเลือดในสมองแตก ส่งผลให้มีการคั่งของเลือดรอบเนื้อเยื่อสมอง ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงที่สมองลดลง สมองขาดออกซิเจนและอาหาร ทำให้เซลล์สมองตาย โรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกได้เป็น ๒ ประเภท ได้แก่ ประเภทที่มีการตีบหรือเกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองโดยเกิดขึ้นนานกว่า ๒๔ ชั่วโมง และการแตกของหลอดเลือดในสมองและทำให้มีการคั่งของเลือดรอบๆ เซลล์สมอง

จากการนำเสนอในเบื้องต้นสามารถสรุปได้ว่า โรคเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวังตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้เนื่องจากเบาหวานจะเป็นโรคตั้งต้นของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และ โรคหลอดเลือดสมอง ที่มักเกิดตามมาถ้าไม่สามารถควบคุมโรคได้ ซึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่พบได้มากที่สุด ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดสูงเป็น ๔ เท่าของคนทั่วไป และผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าร้อยละ ๗๐ เสียชีวิตจากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกชนิดเพิ่มสูงขึ้น ๓-๔ เท่า ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอีกด้วย ที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การขาดการออกกำลังกาย การมีความเครียดเรื้อรัง การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและมลพิษด้านสิ่งแวดล้อม ผลกระทบตามมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่เพียงแต่จะเกิดกับผู้ป่วยเท่านั้นที่ต้องสูญเสียภาวะสุขภาพ กลายเป็นผู้ไร้ความสามารถและเป็นภาระแก่ผู้อื่น แต่การเจ็บป่วยเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว ภาระการดูแล และความอยู่ดีมีสุขในครอบครัว ทางด้านสถานบริการสุขภาพเองต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างมหาศาลเพื่อควบคุมอาการของโรค เพื่อช่วยยืดชีวิตของผู้เจ็บป่วยเรื้อรังให้นานยิ่งขึ้น

^{๑๐๘} ยงชัย นิละนนท์ และคณะ, “การประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในประเทศไทยโดยการศึกษาแบบสหสถาบัน”, รายงานผลการวิจัย, (สมาคมหลอดเลือดสมองไทย: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.), ๒๕๕๒), หน้า ๑.

๒.๕ แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๒.๕.๑ การใช้ยาในการรักษา

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยอาจได้รับยาหลายชนิด เช่น ยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือด ยาลดความดันเลือด ยาป้องกันหลอดเลือดอุดตัน ยาลดไขมันในเลือด และในผู้ป่วยบางรายอาจได้รับยาฉีดอินซูลินเพื่อลดน้ำตาลในเลือดด้วย การใช้ยาอย่างถูกวิธีจะทำให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาที่ดี ผู้วิจัยจะขอยกตัวอย่างการใช้ยาในการรักษาผู้ป่วย โดยสังเขป ดังนี้

๑) การใช้ยาในการรักษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีสาเหตุที่เกิดจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ในปริมาณที่สูงพอที่จะจัดการเก็บน้ำตาลจากเลือดเข้าสู่เซลล์เพื่อทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดกลับสู่ค่าปกติ ผู้ป่วยจึงเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง รศ.ภ.ญ.บุษบา จินดาวิจักษ์ณ์ ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อธิบายไว้ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด แต่ก็สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ โดยการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และใช้ยา เพียงเท่านี้ผู้ป่วยก็จะมีชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขเหมือนคนทั่วไป ในเรื่องการใช้ยา มียาอยู่ ๒ ประเภทได้แก่ ยารับประทาน และยาฉีดอินซูลิน ยารับประทานรักษาโรคเบาหวานยังแบ่งออกได้อีก ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มยาที่กระตุ้นการทำงานของตับอ่อนให้สร้างอินซูลิน กลุ่มยาที่ส่งเสริมการทำงานของอินซูลิน โดยลดการสร้างน้ำตาลจากตับและทำให้น้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้มากขึ้นและกลุ่มยาที่ขัดขวางการดูดซึมน้ำตาลจากทางเดินอาหารเข้าสู่กระแสเลือด ยาทั้ง ๓ กลุ่มมีวิธีรับประทานต่างกันไป บางชนิดต้องรับประทานก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง บางชนิดต้องรับประทานพร้อมอาหารและ บางชนิดต้องรับประทานหลังอาหาร อย่างไรก็ตาม ข้อที่สำคัญคือ การรับประทานยาจะต้องตรงเวลา และไม่ขาดยา^{๑๐๙} ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ต้องฉีดอินซูลินเป็นหลัก สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ส่วนหนึ่งอาจเริ่มด้วยการปรับพฤติกรรม คือ ควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายก่อน หากควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเป้าหมายจึงเริ่มให้ยาโดยเลือกยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ในบางกรณีจำเป็นต้องเริ่มยาลดระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่แรกซึ่งอาจเป็นยากินหรือยาฉีดขึ้นกับระดับน้ำตาลในเลือดและสถานะเจ็บป่วยอื่นๆ ที่อาจมีร่วมด้วย^{๑๑๐} ซึ่งรายละเอียดของใช้ยาเพื่อการรักษา มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

(๑) ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด

^{๑๐๙}บุษบา จินดาวิจักษ์ณ์, ยารักษาโรคเบาหวาน-ใช้อย่างไร, [ออนไลน์], แหล่งที่มา : <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/27/> [๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๗].

^{๑๑๐}วรรณิ นิธิยานันท์ และคณะ, แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. ๒๕๕๗, (กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์, ๒๕๕๗), หน้า ๓๗-๓๘.

ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับอนุมัติการใช้จากคณะกรรมการอาหาร และยาแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่มใหญ่ตามกลไกของการออกฤทธิ์ ได้แก่

- กลุ่มที่กระตุ้นให้มีการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อนเพิ่มขึ้น (insulin secretagogue) ได้แก่ ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (sulfonylurea) ยากลุ่มที่ไม่ใช่ซัลโฟนิลยูเรีย (non-sulfonylurea หรือ glinide) และยาที่ยับยั้งการทำลาย glucagon like peptide-1 (GLP-1) ได้แก่ ยากลุ่ม DPP-4 inhibitor (หรือ gliptin)

- กลุ่มที่ลดภาวะดื้ออินซูลินคือ biguanide และกลุ่ม thiazolidinedione หรือ glitazone

- กลุ่มที่ยับยั้งเอนไซม์ alpha-glucosidase (alpha-glucosidase inhibitor) ที่เยื่อบุลำไส้ทำให้ลดการดูดซึมกลูโคสจากลำไส้

(๒) ยาฉีดอินซูลิน

อินซูลินที่ใช้ในปัจจุบัน สังเคราะห์ขึ้นโดยกระบวนการ genetic engineering มีโครงสร้างเช่นเดียวกับอินซูลินที่ร่างกายคนสร้างขึ้น เรียกว่า ฮิวแมนอินซูลิน (human insulin) ระยะเวลาหลังมีการดัดแปลง human insulin ให้มีการออกฤทธิ์ตามต้องการ เรียกอินซูลินดัดแปลงนี้ว่าอินซูลินอะนาล็อก (insulin analog) อินซูลินแบ่งเป็น ๔ ชนิด ตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ ดังนี้

- ฮิวแมนอินซูลินออกฤทธิ์สั้น (short acting หรือ regular human insulin, RI)
- ฮิวแมนอินซูลินออกฤทธิ์นานปานกลาง (intermediate acting insulin, NPH)
- อินซูลินอะนาล็อกออกฤทธิ์เร็ว (rapid acting insulin analog, RAA) เป็นอินซูลินรุ่นใหม่ที่เกิดจากการดัดแปลงกรดอะมิโนที่สายของฮิวแมนอินซูลิน

- อินซูลินอะนาล็อกออกฤทธิ์ยาว (long acting insulin analog, LAA) เป็นอินซูลินรุ่นใหม่ที่เกิดจากการดัดแปลงกรดอะมิโนที่สายของฮิวแมนอินซูลิน และเพิ่มเติมกรดอะมิโน หรือเสริมแต่งสายของอินซูลินด้วยกรดไขมัน

นอกจากนี้ยังมีอินซูลินผสมสำเร็จรูป (premixed insulin) เพื่อสะดวกในการใช้ ได้แก่ ฮิวแมนอินซูลินออกฤทธิ์สั้นผสมกับฮิวแมนอินซูลินออกฤทธิ์นานปานกลาง และอินซูลินอะนาล็อกออกฤทธิ์เร็วผสมกับอินซูลินอะนาล็อกออกฤทธิ์นานปานกลาง ข้อจำกัดของอินซูลินผสมสำเร็จรูปคือ ไม่สามารถเพิ่มขนาดอินซูลินเพียงชนิดใดชนิดหนึ่งได้ เมื่อปรับเปลี่ยนปริมาณที่ฉีด สัดส่วนของอินซูลินทั้งสองชนิดจะคงที่อินซูลินที่จำหน่ายมีความเข้มข้นของอินซูลิน ๑๐๐ ยูนิตต่อมิลลิลิตร

(๓) ยาฉีด GLP-1 Analog

เป็นยากลุ่มใหม่ที่สังเคราะห์ขึ้นเลียนแบบ GLP-1 เพื่อทำให้ออกฤทธิ์ได้นานขึ้น ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้น การหลั่งอินซูลินและยับยั้งการหลั่งกลูคากอน นอกจากนี้ ยังมีผลลดการบีบตัวของกระเพาะอาหารทำให้อิ่มเร็วขึ้น และลดความอยากอาหารโดยออกฤทธิ์ที่ศูนย์ความอยากอาหารที่ไฮโปทาลามัสยาในกลุ่มนี้ได้แก่ exenatide, liraglutide

สามารถสรุปได้ว่า ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานประกอบ ยารับประทาน และ ยาฉีดอินซูลิน ซึ่งการใช้ยาจะต้องให้เหมาะสมกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นต่อร่างกาย เช่น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ต้องฉีดอินซูลินเป็นหลัก สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ส่วนหนึ่งอาจเริ่มด้วยการปรับพฤติกรรม คือ ควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายก่อน หากควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเป้าหมายจึงเริ่มให้ยาโดยเลือกยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ในบางกรณีจำเป็นต้องเริ่มยาลดระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่แรกซึ่งอาจเป็นยากินหรือยาฉีดขึ้นกับระดับน้ำตาลในเลือดและสภาวะเจ็บป่วยอื่นๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย แต่สิ่งที่มีส่วนสำคัญในการรักษาคือผู้ป่วยจะต้องมีวินัยในการใช้ยาเคร่งครัด

๒) การใช้ยาในการรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง มีหลายกลุ่ม ออกฤทธิ์ต่างๆ กันไป เช่น ยาขับปัสสาวะ ทำให้มีปัสสาวะมากขึ้น ยาชะลอการเต้นของหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นช้าลง ยาขยายหลอดเลือดทำให้รูของหลอดเลือดกว้างขึ้น เลือดจึงไหลได้ดีขึ้นและมีแรงดันน้อยลง จากยากลุ่มต่างๆ นี้ แพทย์จะเลือกยาที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย มีข้อที่ควรทราบ คือ ยาขับปัสสาวะทำให้ผู้ที่รับประทานยานั้นเข้าห้องน้ำบ่อยกว่าปกติ เพราะยาขับปัสสาวะมีฤทธิ์ขับน้ำออกจากหลอดเลือด ทำให้ปริมาตรเลือดในหลอดเลือดลดลง ความดันโลหิตจึงลดลง^{๑๑๑}

ภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่มีการเฝ้าระวังและปล่อยให้เกิดความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ อัมพาตจากสมองขาดเลือด ไตเสื่อม เป็นต้น ซึ่งโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เหล่านี้สามารถป้องกันหรือชะลอให้เกิดช้าลงได้ โดยการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงมีหลายชนิด และมีกลไกในการลดความดันโลหิตแตกต่างกัน การคัดเลือกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายมีความสำคัญมากเท่ากับการติดตามผลการรักษาและความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่ง ดังนั้นข้อมูลทางเภสัชวิทยาของยาแต่ละกลุ่ม จึงเป็นสิ่งสำคัญในการนำมาประกอบการพิจารณาเลือกยาแต่ละชนิด^{๑๑๒} การจำแนกประเภทยาลดความดันโลหิตสูง มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

(1) ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) แบ่งได้เป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่

-Thiazide diuretics ได้แก่ hydrochlorothiazide

Thiazide diuretics แนะนำให้ใช้เป็นยาอันดับแรกที่ใช้ในการรักษาความดันโลหิตสูงหากไม่มีข้อห้ามใช้ เนื่องจากมีประสิทธิภาพไม่ด้อยกว่ายากลุ่มอื่นในการลดอัตราการตายหรือการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง การให้

^{๑๑๑}บุษบา จินดาวิจักขณ์, ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง...ใช้อย่างไร, [ออนไลน์], แหล่งที่มา : <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/31/> [๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๗].

^{๑๑๒}ดูรายละเอียดในพรทิพย์ ชูจอหอ, “ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง”, ใน คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง, ไยวรรณ ธนะมัย และคณะ บรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, ๒๕๕๕), หน้า ๙๓-๑๐๒.

ยาขับปัสสาวะควรให้ในขนาดต่ำ โดยมีหลักฐานทางคลินิกพบว่าการให้ยา HCTZ 12.5-25 มิลลิกรัมต่อวัน สามารถลดความดันโลหิตได้ดี และหากให้ยาร่วมกับยาลดความดันโลหิตชนิดอื่น ควรให้ยาเพียง ๖.๒๕ มิลลิกรัมต่อวัน โดยการให้ยาขนาดสูงกว่า ๒๕ มิลลิกรัมต่อวัน อาจเพิ่มอาการข้างเคียงจากยาได้ ยานี้ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง เนื่องจากไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา

-Loop's diuretics ได้แก่ furosemide Loop diuretic มักใช้ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้เฉพาะ เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง (GFR < 30ml/min) ร่วมกับมีความดันโลหิตสูง เพื่อยับยั้งการดูดกลับของโซเดียมบริเวณ ascending limb ของ henle's loop ผลข้างเคียงคล้ายกับกลุ่ม thiazides แต่มีผลข้างเคียงต่อระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดน้อยกว่า และมีผลข้างเคียงทำให้เกิดพิษต่อหู (ototoxicity) โดยเฉพาะเมื่อให้ยาในขนาดที่สูงเกินไป

-Potassium sparing diuretics ได้แก่ amiloride, spironolactone ยากลุ่มนี้มีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตได้น้อยเมื่อใช้เป็นยาเดี่ยว มักให้ร่วมกับ thiazide diuretics หรือ loop's diuretics เพื่อลดการเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

(๒) ยากลุ่ม beta-blockers ยากลุ่มนี้มีประโยชน์ทางการแพทย์หลายอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งใช้รักษาโรคหัวใจ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด, โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ, ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้นการให้ยา beta-blockers ในการรักษาความดันโลหิตสูงที่มีโรคหัวใจบางชนิดร่วมด้วย

(๓) Angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs) ยากลุ่ม ACEI เป็นยาที่มีประสิทธิภาพดีในการลดความดันโลหิต และมีผลในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจโตตลอดจนมีผลดีต่อไตและหลอดเลือดที่ไต จึงสามารถใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงและมีภาวะโรคไตร่วมด้วย ซึ่งจะช่วยชะลอการเสื่อมของไต

นอกยาในกลุ่มที่ได้นำเสนอในเบื้องต้นยังกลุ่มยาที่นำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความคุ้มค่าที่แตกต่างกันจึงจำเป็นต้องการใช้อย่างระมัดระวังเพื่อให้มีการดูแลที่เหมาะสมกับการดูแลรักษา ดังที่คณะกรรมการสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย แนะนำไว้ว่า

ความคุ้มค่าของการรักษาความดันโลหิตสูงคือค่ายา ที่ใช้ในการรักษาและระดับความเลี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยขณะเริ่มทำการรักษา เนื่องจากประเทศไทยยังเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา และมีความจำกัดในเรื่องของทรัพยากรแพทย์จึงควรที่จะใช้ยาด้วยความระมัดระวัง สำหรับในรายที่มีความเลี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงมาก และจะได้ประโยชน์สูงสุดจากการควบคุมความดันโลหิตด้วยยาผสมหลายขนาน ยาบางขนานที่มีราคาแพงก็อาจมีความ

คุ้มค่า แต่ในรายที่มีความเสี่ยงน้อย การให้ยาลดความดันโลหิตที่มีราคาแพงก็อาจไม่คุ้มค่า^{๑๑๓}

สามารถสรุปได้ว่า ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีหลาย เนื่องจาก การความดันโลหิตสูงจะมีผลข้างเคียงมาจากการทำงานที่ผิดปกติของโรคร่างกาย และ ผลข้างเคียงที่มีผลมาจากการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด โรคไต เป็นต้น ซึ่งการใช้ยาของแพทย์จึงมีความระมัดระวังอย่างมากในใช้ในแต่ละชนิด เพื่อให้เกิดผลที่คุ้มค่ากับการรักษาให้มากที่สุด

๓) การใช้ยาในการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ โรคหัวใจขาดเลือด

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจำนวนหนึ่งจะไม่ปรากฏอาการแต่อย่างใด (silent myocardial ischemia or silent myocardial infarction) ซึ่งจะพบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะได้รับ การวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือดโดยบังเอิญจากการตรวจร่างกายประจำปี เช่น จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีอาการเจ็บเค้นอกที่เป็นลักษณะเฉพาะ (Typical angina pectoris) อาการนำที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์มีดังนี้

- (๑) กลุ่มอาการเจ็บเค้นอก
- (๒) เหนื่อยง่ายขณะออกกำลังกาย
- (๓) กลุ่มอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง
- (๔) อาการเนื่องจากความดันโลหิตต่ำเฉียบพลัน
- (๕) อาการหมดสติหรือหัวใจหยุดเต้น

ทั้งนี้เนื่องจากโรคหัวใจขาดเลือด เป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากไขมันและเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลให้เยื่อผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงเมื่อหลอดเลือดแดงนี้ตีบร้อยละ ๕๐ หรือ มากกว่า ยาที่ใช้บ่อยในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

(๑) ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic therapy) เป็นยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ยาละลายลิ่มเลือดในปัจจุบันมี ๒ กลุ่ม คือ กลุ่ม fibrin non-specific agents เช่น Streptokinase และ กลุ่ม fibrin specific agents เช่น Alteplase (tPA), Tenecteplase (TNK-tPA) ยากลุ่มหลังมีข้อดีกว่า คือ ไม่ทำให้ร่างกายสร้าง

^{๑๑๓} สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คู่มือแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๕๑, (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๒), หน้า ๓๕

ภูมิคุ้มกันต่อต้านฤทธิ์ยาทำให้ใช้ซ้ำได้ ระหว่างที่ให้ยาไม่ทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลงอันเป็นผลข้างเคียงของยา และมีโอกาสเปิดเส้นเลือดที่อุดตันสำเร็จได้ในอัตราที่สูงกว่า^{๑๑๔}

(๒) ยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelet drug) จัดอยู่ในกลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือด/ยาต้านการจับตัวเป็นก้อนของเลือด คือ ยาที่ใช้รักษาโรคหรือภาวะผิดปกติต่างๆ เพื่อให้เลือดแข็งตัวได้ช้าลง หรือให้เลือดไม่เกิดการจับตัวกันจนเกิดเป็นก้อนหรือเป็นลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือดเป็นยาที่ลดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (Platelet aggregation) ที่ก่อให้เกิดเป็นลิ่มเลือด ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดจนส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ขาดเลือดที่ไปหล่อเลี้ยง^{๑๑๕} ยาต้านเกล็ดเลือดจึงเป็นยาหลักในการป้องกันและรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี (coronary artery disease) รวมทั้งโรคของหลอดเลือดแดงอื่นๆ เช่น หลอดเลือดสมองและหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (cerebral and peripheral vascular disease)^{๑๑๖}

ยาที่ใช้ในรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ โรคหัวใจขาดเลือด ที่นิยมใช้ในการรักษา ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างกลุ่มยาที่ใช้ในการรักษา ได้แก่

๑) ยาแอสไพริน (Aspirin ASA) ใช้ในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดทุกรายที่ไม่มีข้อห้ามใช้เพื่อป้องกันการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อน (secondary prevention)

๒) Thienopyridine ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ไม่สามารถให้ยา ASA ได้ (ใช้แทน ASA) ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ขดลวดถ่างหลอดเลือดหัวใจ (coronary stents) โดยให้ร่วมกับ ASA นาน ๑-๑๒ เดือน ขึ้นกับชนิดขดลวดถ่างหลอดเลือดหัวใจที่ใช้ และผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มความเสี่ยงสูง และปานกลาง โดยให้ร่วมกับ ASA นาน ๑๒ เดือน

๓) Non-thienopyridine P2Y12 receptor antagonist ใช้ในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยให้ร่วมกับ ASA เป็นเวลา ๑๒ เดือน

๔) Factor Xainhibitor ใช้ในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ไม่มีแผนจะทำ PCI โดยให้เป็นเวลา ๕-๘ วัน และผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่ได้รับ reperfusion therapy

^{๑๑๔}ดูรายละเอียดในสุรพันธ์ สิทธิสุข และ ฆนัท ครุธกุล บรรณาธิการ, **แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยฉบับปรับปรุง ปี ๒๕๕๗**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ๒๕๕๗), หน้า ๒๕-๓๐.

^{๑๑๕}พรลภัส บุญสอน, **ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet drug)**, [ออนไลน์], แหล่งที่มา : <http://haamor.com/th/ยาต้านเกล็ดเลือด/#article101> [๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๗].

^{๑๑๖}นพดล ชำนาญผล, “การจัดการยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจและต้องได้รับการทำหัตถการทางทันตกรรมและการผ่าตัด”, **สงขลานครินทร์เวชสาร**, ปีที่ ๒๙ ฉบับที่ ๒ (มีนาคม-เมษายน ๒๕๕๔) : ๗๘.

๕) Fibrinolytic Agents ใช้ในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST elevation ภายใน ๑๒ ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการ

๖) Heparin (UFH) ใช้ในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน Warfarin ใช้ในการรักษาผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด systemic emboli โดยให้ร่วมกับ ASA

๗) Nitrates ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ที่ยังมีการเจ็บแน่นอก (ใช้บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก) หรือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด ที่ต้องการควบคุมลดความดันเลือด และรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว^{๑๑๗}

นอกจากยาที่ได้นำเสนอในเบื้องต้นนั้น ยังมียาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เนื่องจากยาบางชนิดจำเป็นต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมของผู้ป่วย และคำนึงถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นในการใช้ยา หรือการแพ้ยา เช่น ผู้ป่วยที่แพ้ยาแอสไพริน (ASA) เป็นต้น

๔) การใช้ยาในการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ ๓ ในประชากรไทย (๒๐.๖ รายต่อประชากรหนึ่งแสน) และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่เป็นการศึกษาร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ ๑ ในเพศหญิงและอันดับ ๒ ในเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year) ที่สำคัญอันดับที่ ๒ ทั้งในชายและหญิง^{๑๑๘}

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีอยู่ด้วยกัน ๓ กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้คือ

(๑) ยากลุ่ม Antiplatelet aggregation หรือ Platelet inhibitors ซึ่งเป็นยาด้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ Aspirin (ASA) และ Clopidogral ยาในกลุ่มนี้ใช้สำหรับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

(๒) ยากลุ่ม Anticoagulants เช่น Warfarin และ Heparin ยาในกลุ่มนี้ใช้สำหรับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน

(๓) ยากลุ่ม Thrombolytic agents หรือ Fibrinolysis agents ยาในกลุ่มนี้ใช้สำหรับการรักษาการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) ซึ่งจะรักษาได้ผลดีหากอาการของโรคหลอดเลือดสมองชนิด Ischemic stroke เกิดขึ้นภายใน ๓

^{๑๑๗} คุรยละเอียดในสุรพันธ์ สิทธิสุข และ มนต์ คุรุกุล บรรณาธิการ, แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยฉบับปรับปรุง ปี ๒๕๕๗, หน้า ๖๑-๖๗.

^{๑๑๘} ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และอื่นๆ, แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมอง แดกสำหรับแพทย์, สวิง ปันยัสสีห์ นครชัย เฟื่อนปฐม และ กุลพัฒน์ วีรสาร บรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส, ๒๕๕๖), หน้า ๑.

ชั่วโมงแรกนับจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการ แต่ไม่เหมาะกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก เนื่องจากอาจทำให้มีภาวะเลือดออกมากขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย^{๑๑๙}

โรคเรื้อรังเป็นโรคที่เมื่อเริ่มเป็นแล้วมักไม่หายขาด จะต้องให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดไป เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้ลุกลามจนเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเป็นอันตรายรุนแรงได้ ระยะเวลาของการใช้ยาแบ่งได้เป็น ๓ แบบคือ

๑) การใช้ยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ยาที่ใช้ควบคุมอาการหรือความรุนแรงของโรคเรื้อรัง มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ยาออกฤทธิ์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และสามารถควบคุมอาการและความรุนแรงของโรคดังกล่าวได้อยู่ตลอดเวลา เพื่อไม่ให้ระดับความรุนแรงของโรคลุกลามมากขึ้น อาจก่อให้เกิดอันตรายได้ จึงเป็นการใช้ยาเพื่อป้องกันอันตรายจากโรคเรื้อรัง จะต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง ห้ามหยุดยาด้วยตัวเองหรือหยุดยาเมื่ออาการทุเลาลงแล้ว หรือไม่มีอาการแล้วก็ตาม (ยกเว้นกรณีที่มีอาการอันไม่พึงประสงค์อย่างรุนแรง จะต้องปรึกษาแพทย์ทันที)

๒) การใช้ยาเมื่อมีอาการเท่านั้น ตัวอย่างเช่น ยาแก้ปวด ยานอนหลับ ยาระบาย ฯลฯ ยาเหล่านี้เป็นยาที่ใช้รักษาตามอาการ เพื่อบรรเทาอาการใดอาการหนึ่งเท่านั้น ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมโรคเรื้อรัง จึงไม่จำเป็นต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานๆ เมื่อใดที่อาการดีขึ้นแล้ว ก็หยุดยาได้ เมื่อใดที่เริ่มมีอาการอีกจึงจะต้องใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น

๓) การใช้ยาดิตต่อกันจนหมด ยาเหล่านี้มักจะมีฤทธิ์ต้านเชื้อโรค ใช้รักษาโรคติดเชื้อจากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา หรือ ไวรัส ฯลฯ ซึ่งควรใช้ติดต่อกันจนหมดตามจำนวนที่แพทย์สั่ง เมื่อครบแล้วก็ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ต่อไปอีก เพราะยาเหล่านี้จะมีฤทธิ์ต้านเชื้อโรค เมื่อเชื้อหมดแล้ว ก็ไม่มีความจำเป็นต้องใช้นี้^{๑๒๐}

สามารถสรุปได้ว่า การใช้ยาในการรักษาโรคนั้นเป็นเพียงการยับยั้ง หรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยให้ทุเลาลง ซึ่งในบางกรณีต้องใช้ยาหลายอย่างเพื่อควบคุมการกำเริบของโรค แต่สิ่งที่สำคัญต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง ทั้งนี้เนื่องจากยาหลายอย่างมีผลข้างเคียง จึงต้องเพิ่มความระมัดระวังในการรักษา นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงระยะเวลาของการใช้ยา ซึ่งในผู้ป่วยบางรายจะต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องในการรักษา ทั้งนี้อาจจะใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลจะต้องเอาใจใส่ต่อการดูแลรักษา เพื่อการมีชีวิตที่ยาวนานต่อไป

^{๑๑๙} สิริรัตน์ สีสางรัส และ จริญญา วิรุฬราช, “โรคหลอดเลือดสมอง : การให้การพยาบาลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย”, วารสารพยาบาลสาธารณสุข, ปีที่ ๒๑ ฉบับที่ ๓ (กันยายน - ธันวาคม ๒๕๕๐) : ๘๓-๘๔.

^{๑๒๐} วิรัตน์ ทองรอด, “ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการใช้ยา”, หมอชาวบ้าน ปีที่ ๒๙ ฉบับที่ ๓๔๒ (ตุลาคม ๒๕๕๐) : ๑๐.

๒.๕.๒ การใช้แพทย์ทางเลือก

องค์การอนามัยโลกแห่งสหประชาชาติมีการค้นพบ ว่าโรคชนิดต่างๆ ของมนุษย์ โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อเจ็บปวด โรคประสาท และโรคข้อกระดูก หากรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด จะไม่สามารถทำให้อาการหายโดยสิ้นเชิง จึงตั้งหัวข้อการวิจัยเพื่อรวบรวมและคัดเลือกวิธีการรักษาที่ดี ซึ่งก็ได้พบวิธีประเภทที่ไม่อาศัยการทานยา แล้วก็ตั้งชื่อให้การแพทย์ชนิดนี้ว่า การแพทย์ทางเลือก

การแพทย์ทางเลือก คือ การแพทย์ที่ไม่ใช่การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์อื่นๆ ที่เหลือถือเป็นการแพทย์ทางเลือกทั้งหมด การจำแนกการแพทย์แพทย์ทางเลือกนั้น จำแนกได้หลายแบบ วิธีแรกจำแนกตามการนำไปใช้มีดังนี้

- ๑) การแพทย์ทางเลือกที่นำไปใช้เสริมหรือใช้ร่วมกับการแพทย์แพทย์แผนปัจจุบัน
- ๒) การแพทย์ทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ทดแทนการแพทย์แผนปัจจุบันได้ โดยไม่ต้องอาศัยการแพทย์แผนปัจจุบัน

การจำแนกตามกลุ่มของการแพทย์ทางเลือก หน่วยงานของ National Center of Complementary And Alternative Medicine (NCCAM) ของสหรัฐอเมริกา ในปี ๒๐๐๕ ได้จำแนกออกเป็น ๕ กลุ่มดังนี้

- ๑) การแพทย์ทางเลือกที่มีวิธีการตรวจรักษาวินิจฉัยและการบำบัดรักษาที่มีหลากหลายวิธีการ ทั้งด้านการให้ยา การใช้เครื่องมือมาช่วยในการบำบัดรักษาและหัตถการต่างๆ เช่น การแพทย์แผนโบราณของจีน การแพทย์แบบอายุรเวช ของอินเดีย เป็นต้น
- ๒) วิธีการบำบัดรักษาแบบใช้กายและใจ เช่น การใช้สมาธิบำบัด โยคะ ชี่กง เป็นต้น
- ๓) วิธีการบำบัดรักษาโดยการใช้ สารชีวภาพ สารเคมีต่างๆ เช่น สมุนไพร วิตามิน หรือแม้กระทั่งอาหารสุขภาพ เป็นต้น
- ๔) วิธีการบำบัดรักษาโดยการใช้ หัตถการต่างๆ เช่น การนวด การตัด การจัดกระดูก เป็นต้น
- ๕) วิธีการบำบัดรักษาที่ใช้พลังงานในการบำบัดรักษา ที่สามารถวัดได้และไม่สามารถวัดได้ ในการบำบัดรักษา เช่น การสวดมนต์บำบัด พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล เรกิ โยเร เป็นต้น^{๑๒๑}

ขอบเขตของการแพทย์ทางเลือก คือ วิธีรักษาโรคที่ไม่อาศัยการรับประทานยา การผ่าตัดหรือ วิธีอื่นๆ ที่ใช้ในการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งสามารถบรรเทาอาการและรักษาโรคให้หายได้ ประโยชน์ที่การแพทย์ทางเลือกสร้างขึ้นให้แก่โลกมนุษย์ ก็คือได้เสนอวิธีการรักษาที่ใช้ได้อย่างกว้างขวาง ซึ่งเป็นวิธีที่รักษาด้วยพลังผสมหลายชนิดและอาศัยปฏิกิริยาของอวัยวะ

^{๑๒๑} เทวัญ ธาณิรัตน์, “การแพทย์ทางเลือกคืออะไร”, วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก, ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ (กันยายน-ธันวาคม ๒๕๕๑) : ๗-๘.

ร่างกาย เซลล์ ตลอดจนกระทั้งยีนของมนุษย์ โดยสร้างการรักษาดังกล่าวไว้อยู่บนพื้นฐานของเครื่องอุปกรณ์ที่มีความละเอียดอ่อน การรักษาด้วยวิธีนี้เป็นการควบคุมไม่ให้เชื้อโรคเกิดการกระจายและเปลี่ยนแปลงทางเคมี จนกว่าการทำงานของอวัยวะร่างกายคืนสู่สภาพเดิม และจากการทบทวนวรรณกรรมของนักวิชาการได้แสดงถึงความจำเป็นของการแพทย์ทางเลือก ดังนี้

๑) พัฒนาการของเทคโนโลยีอุตสาหกรรมและเกษตรกรรม ก่อให้เกิดมลภาวะ เป็นเหตุให้ร่างกายของเราเจ็บป่วย แต่โรคเรื้อรังเหล่านี้ยากที่จะรักษาหายได้ด้วยยาแผนปัจจุบัน หากไม่มีการแพทย์ทางเลือกมาใช้ในการรักษาควบคู่กันไป

๒) ความเครียดในการทำงานหรือการแข่งขันในสังคม ทำให้มีอาการต่างๆ ที่การแพทย์ทั่วไปไม่สามารถสังเกตเห็นหรือไม่สามารถรักษาได้ แต่การแพทย์ทางเลือกกลับมีบทบาทสำคัญในกรณีดังกล่าว

๓) ยาทุกชนิด ยาแผนปัจจุบันของโลกตะวันตก เมื่อใช้รักษาเป็นเวลานานก็จะหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ต้องเผชิญกับผลข้างเคียง

๔) สำหรับโรคเรื้อรัง การรักษาด้วยยาบางทีก็แค่เพื่อยืดเวลาชีวิตหรือผ่อนคลายความเจ็บปวดอย่างชั่วคราวเท่านั้น โดยเชิงลึกแล้วอาจจะเป็นการให้เวลาเชื้อโรคในการระบาดอย่างช้าๆ แต่ไม่อาจจะรักษาโรคได้จากต้นเหตุเลย (อย่างเช่นโรคความดันสูง โรคเบาหวาน โรคนอนไม่หลับ โรคหายใจเฉียบพลัน และอาการปวดหัว เป็นต้น) และการใช้เป็นเวลานานยังทำให้เกิดตัวยา ในแง่การแพทย์ทางเลือกก็จะมีส่วนช่วยในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

๕) การแพทย์ทางเลือกไม่จำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญมารักษา และไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก

๖) การรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกสามารถแบ่งเบาภาระของครอบครัวได้

๗) หากรักษาได้โดยไม่ต้องอาศัยการทานยาหรือฉีดยา ก็จะเป็นทางออกที่ดีที่สุด

๘) การรักษาด้วยตัวเองเป็นข้อได้เปรียบอีกข้อหนึ่งของการแพทย์ทางเลือก เพราะผู้ป่วยเองจะมีโอกาสทำความเข้าใจกับต้นสายปลายเหตุของโรคโดยตรง รับรู้สถานการณ์ของการรักษา และสามารถปรับปรุงการรักษาจากประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งดีกว่าและมีประสิทธิภาพสูงกว่าการรักษาด้วยคนอื่น^{๑๒๒}

สรุปได้ว่า การใช้แพทย์ทางเลือกเป็นกระบวนการหนึ่งที่น่ามาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีข้อจำกัดในการดูแลรักษา ทั้งนี้เนื่องจากโรคเรื้อรังจะมีการกำเริบของโรคอยู่ตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดการรักษามีระยะเวลายาวนาน ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจของผู้ป่วย และผู้ที่ต้องดูแล ทั้งนี้การใช้แพทย์ทางเลือกจะเป็นกระบวนการหนึ่งที่จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้แนวทางการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพตรง

^{๑๒๒}SOQI, การแพทย์ทางเลือก, [ออนไลน์], แหล่งที่มา : <http://www.chi-exercise.com/index.php?lay=show&ac=article&id=538604571> [๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗].

๒.๕.๓ การควบคุมอาหาร

อาหาร คือ สิ่งที่บริโภคเข้าไปแล้วให้ประโยชน์แก่ร่างกาย ทำให้ร่างกายเจริญเติบโต ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ทำให้การสารอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกายในด้านต่างๆ ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามิน เกลือแร่และ น้ำ อาหารเป็นปัจจัยสำคัญของการดำรงชีวิต การได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายจะทำให้ร่างกายเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ และมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์แข็งแรง แต่ถ้าหากได้รับประทานไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายหรือเกิดภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ (Under-Nutrition) ขาดสารอาหารเกิดภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ทำให้การเจริญของร่างกายผิดปกติ เจ็บป่วยหรือเสียชีวิตได้ง่าย^{๑๒๓} อาหารจึงมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย รวมทั้งพัฒนาการทางสมองและสติปัญญา ป้องกันโรค มีผลต่อสุขภาพจิตและความมั่นคงทางอารมณ์^{๑๒๔}

การรับประทานอาหารนอกจากจะเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ทำให้เรารู้สึกอิ่มและมีพลังในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ แล้ว ยังมีผลต่อสุขภาพระยะยาวของเราด้วย อาหารหวาน-มัน-เค็ม ส่งผลร้ายต่อสุขภาพโดยเฉพาะถ้ากินปริมาณมากอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคอ้วน เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ที่ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างมหาศาล คนไทยกินอาหารรสหวานมากขึ้น สังเกตได้จากอาหารที่ขายเกือบทุกชนิดในปัจจุบันที่มีรสหวานมากขึ้น แม้แต่อาหารคาวที่ขายทั่วไปจำพวกแกงเผ็ด ผัดพริกต่างๆ ก็ยังมีการเติมน้ำตาลจนรสชาติออกหวานต่างจากอดีตที่อาหารคาวอร่อยจากความเผ็ดและเครื่องเทศที่ใช้ ยังมีก๋วยเตี๋ยวที่เป็นอาหารยอดนิยมอีกอย่าง สิ่งที่เรามักเห็นจนคุ้นตาคือการเติมน้ำตาลในชามก๋วยเตี๋ยวโดยไม่ต้องชิมรสในปริมาณมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละคน ข้อมูลจากศูนย์บริหารการผลิต สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทรายระบุว่า คนไทยบริโภคน้ำตาลโดยเฉลี่ยเพิ่มจาก ๑๒.๗ กิโลกรัม/คน/ปี เมื่อ พ.ศ.๒๕๒๖ เป็น ๓๐.๕ กิโลกรัม/คน/ปี ใน พ.ศ.๒๕๔๖ ปัจจุบันปริมาณการบริโภคน้ำตาลอาจสูงมากกว่านี้ ข้อมูลดังกล่าวนำมาคำนวณให้เห็นภาพชัดขึ้นได้ดังนี้ การบริโภคน้ำตาล ๓๐.๕ กิโลกรัมต่อปี เทียบกับการบริโภคน้ำตาลวันละ ๘๓.๖ กรัมหรือประมาณ ๑๖.๗ ช้อนชา ซึ่งสูงกว่าคำแนะนำที่ให้ผู้ใหญ่กินน้ำตาลได้ไม่เกินวันละ ๖ ช้อนชาต่อวันถึงเกือบ ๓ เท่า การบริโภคน้ำตาลที่มากเกินไปนี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อ้วนง่ายขึ้นและ

^{๑๒๓} ปรรัตน์ ศุภมิตรโยธิน, *อาหารและโภชนาการ*, (กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์, ๒๕๕๖), หน้า ๒.

^{๑๒๔} อัจฉรา ดลวิทยาคูณ, *พื้นฐานโภชนาการ*, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์, ๒๕๕๖), หน้า ๘.

ทำให้น้ำตาลไหลเวียนอยู่ในกระแสเลือดนานกว่าปกติ ส่งผลให้เซลล์ผนังหลอดเลือดถูกทำลายได้ง่ายขึ้น และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานได้มากขึ้น^{๑๒๕}

หัวใจสำคัญของการควบคุมเบาหวาน คือ การรับประทานอาหารให้พอดีกับความ ต้องการของร่างกายไม่มากหรือน้อยเกินไป การรับประทานมากเกินไปจะทำให้น้ำตาลขึ้นสูง หรือ ขึ้นเร็วเกินไป ในขณะที่เดียวกันถ้ารับประทานน้อยเกินไปอาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไปจนเป็นอันตรายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคนเป็นเบาหวานที่มีการฉีดอินซูลิน ที่จริงแล้ว หลักการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวานก็ไม่แตกต่างจากหลักการรับประทานเพื่อให้ มีสุขภาพที่ดีของคนทั่วไป คือการรับประทานอาหารให้ครบทุกหมวดหมู่ให้ถูกสัดส่วน ปริมาณ พอเหมาะ และมีความหลากหลาย สามารถอธิบายได้ดังนี้

๑) อาหารประเภทแป้ง คนเป็นเบาหวานควรเลือกกินข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ หรือ แป้งที่ไม่ขัดสีมากกว่าข้าวขาว เพราะร่างกายย่อยและดูดซึมได้ช้ากว่า ระดับน้ำตาลในเลือดจึง ไม่ขึ้นสูงเร็ว ที่สำคัญต้องระวังปริมาณที่รับประทานอย่าให้มากเกินไป โดยทั่วไปไม่ควรกินมื้อ ละ ๒-๓ ทัพพี ยกเว้นในคนที่ทำงานหนักต้องใช้แรงมาก หรือเล่นกีฬาอาจต้องการมากขึ้น

๒) อาหารประเภทผัก คนเป็นเบาหวานควรเน้นการกินผักให้มากขึ้น ผักส่วนใหญ่มี วิตามินสูงจึงช่วยให้กระบวนการย่อยและการดูดซึมเกิดขึ้นช้าๆ ร่างกายดูดซึมน้ำตาลไปใช้ได้ ดีขึ้น จึงไม่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง นอกจากนี้อาหารที่มีใยอาหารสูงทำให้อิ่มท้อง กินอาหาร ได้น้อยลง จึงช่วยในการลดน้ำหนัก ส่งผลให้การทำงานของอินซูลินดีขึ้น จึงช่วยลดความรุนแรง ของโรคเบาหวานลงได้โดยปกติควร กินผักต่างๆ ให้ได้อย่างน้อยวันละ ๕-๖ ทัพพี ถ้าเป็นผักสด ลวก หรือต้ม จะดีกว่าการนำผักไปผัดหรือทอดเพราะอาจทำให้ได้ไขมันมากเกินไป

๓) อาหารประเภทไขมัน คนเป็นเบาหวานควรหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูงโดยเฉพาะ ไขมันจากสัตว์ และระวังไม่ใช้น้ำมันในการประกอบอาหารมากเกินไป การลดอาหารไขมันจะ ช่วยควบคุมน้ำหนักตัว ทำให้อินซูลินทำงานดีขึ้น จึงควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น

นอกจากนี้ยังควรลดอาหารเค็มเพื่อป้องกันความดันเลือดสูงและไตเสื่อม และ หลีกเลี่ยงการกินขนมหวานหรือการใช้น้ำตาลในการปรุงอาหารโดยไม่จำเป็น ถ้าอยากกินขนม หวานควรลดข้าวในมือนั้นลง และอาหารประเภทผักให้มาก หรืออาจใช้น้ำตาลเทียมแทนก็ได้ ปริมาณอาหารที่รับประทานมีส่วนสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันอย่างมาก ฉะนั้น ควรกินแต่พออิ่ม และหมั่นชั่งน้ำหนักตัวเป็นระยะ ระวังไม่ให้มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ถ้าน้ำหนักตัว เพิ่มขึ้นแสดงว่ากินมากเกินไป หรือกินไม่ถูกสัดส่วน ควรลดปริมาณอาหารที่กินลงอีก แต่ถ้าเป็นผู้ที่มี น้ำหนักเกินอยู่แล้ว การที่น้ำหนักค่อยๆ ลดลงและเรารู้สึกสบายดีก็ถือว่าปริมาณอาหารที่กินนั้น เหมาะสม ถ้าไม่แน่ใจว่ากินได้ถูกต้องคนเป็นเบาหวาน อาจปรึกษานักกำหนดอาหารหรือนัก โภชนาการ เพื่อเรียนรู้ชนิดและปริมาณอาหารที่เหมาะสม

^{๑๒๕}ดูรายละเอียดในวันทนี เกரியสินยศ, “หยุดหวาน-มัน-เค็ม หยุดยั้งโรคเรื้อรัง”, หมอชาวบ้าน, ปีที่ ๓๓ ฉบับที่ ๓๙๓ (มกราคม ๒๕๕๕) : ๑๐-๑๘.

การรับประทานอาหารเป็นเวลาเป็นเรื่องสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ คนเป็นเบาหวานจึงควรกินอาหารวันละ ๓ มื้อ (ยกเว้นผู้เป็นเบาหวานที่ ฉีดอินซูลิน อาจต้องกินอาหารว่างตอนบ่าย หรือก่อนนอนด้วย) หลีกเลี่ยงการกินจุบจิบ หรือการงดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่ง^{๑๒๖}

สรุปได้ว่า การควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น จำเป็นต้องมีสารอาหารครบถ้วนทั้งปริมาณ และคุณภาพ เหมาะสมกับสภาพความต้องการ ทางร่างกายของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับสภาพของโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักมีการสูญเสียพลังงาน และร่างกายมีการเผาผลาญพลังงานมากขึ้น ทั้งนี้ สาเหตุอาจเกิดจากความเสื่อมสภาพของร่างกาย ในขณะที่เจ็บป่วย นอกนี้ผู้ป่วยจะต้องมีวินัยในการบริโภคอาหาร จำเป็นจะต้องเลือกอาหารที่เหมาะสมกับร่างกายของตนเอง เช่น ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จะต้องระมัดระวังการบริโภคอาหารประเภท หวาน มัน เค็ม ซึ่งเป็นอาหารที่ควรงดเว้นในการรับประทาน ควรเลือกรับประทานในปริมาณที่เหมาะสม เพราะถ้าเกิดการควบคุมปริมาณไม่ได้จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้เป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในกรณีของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานถ้าควบคุมปริมาณน้ำตาลไม่ได้ มีปริมาณน้ำตาลในร่างกายเกินกำหนด จะส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะอื่นๆ มีส่วนส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง หรือภาวะไตวายได้ในที่สุด

๒.๖ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทยปัจจุบัน

สถานการณ์โรคเรื้อรังและความชุกมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และภายใต้การเพิ่มขึ้นพบว่ามีผู้ป่วยเพียงครึ่งหนึ่งที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล และอีกครึ่งหนึ่งยังอยู่ในชุมชนโดยไม่ได้รับการรักษา ซึ่งในกลุ่มนี้มีทั้งที่ได้รับการคัดกรองแล้วและยังไม่คัดกรอง กลุ่มยังไม่ขึ้นทะเบียนการเข้าถึงบริการ เป็นต้น จากสถานการณ์ในเบื้องต้นจึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีสมรรถภาพที่ดี ผู้วิจัยจะได้นำเสนอในรายละเอียดต่อไป ดังนี้

๒.๖.๑ การพัฒนาระบบการให้บริการ

ธรรมชาติของโรคเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลง ไม่หยุดนิ่ง และมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ วิธีจัดการดูแลโรคเรื้อรังจึงต้องเปลี่ยนแปลงไปตามเส้นทางความก้าวหน้าของโรค การจัดการดูแลจึงจำเป็นต้องสร้างวิธีการที่สอดคล้องกับธรรมชาติของโรคเรื้อรังที่เป็นพลวัต รวมทั้งบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การจัดการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการการดูแลและบริบทของสังคมมีความสำคัญกับประสิทธิภาพของการให้บริการสุขภาพ ซึ่งการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ต้องอาศัยการประสานความร่วมมือระหว่าง นักวิชาการ นักปฏิบัติการ

^{๑๒๖} วันทนี เกரியสินยศ, “กินอย่างไร เมื่อเป็นโรคเบาหวาน”, หมอชาวบ้าน, ปีที่ ๒๗ ฉบับที่ ๓๑๖ (สิงหาคม ๒๕๔๘) : ๔๘-๕๐.

และประชาชน ผู้ใช้บริการร่วมกันออกแบบจัดระบบการดูแลใน รูปแบบต่างๆ ที่มีลักษณะ สอดคล้องกับความต้องการของทุกฝ่าย ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบการ ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามเป้าหมายการมีสุขภาวะที่ดีขึ้นของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง^{๑๒๗} ที่ประสบกับ ปัญหาในด้านที่แตกต่างกันไป ตามลักษณะของการดำเนินชีวิตประจำวันรอบตัวของกลุ่ม บุคคล^{๑๒๘} จากเหตุผลในเบื้องต้น ผู้รับผิดชอบนโยบายในการดูแลผู้ป่วยจึงได้วางกรอบและ แนวทางในการปฏิบัติงาน ดังนี้

๑) สถานการณ์ระดับปฐมภูมิ : เน้นสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันไม่ให้เกิดโรค ลด พฤติกรรมเสี่ยง ในกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป กิจกรรมเน้นให้ความรู้ ความเข้าใจ สร้างความตระหนักและการปฏิบัติที่ละวันปัจจัยเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ออกกำลังกาย ความเครียด อาหาร

๒) ระดับทุติยภูมิ : เป้าหมายเน้นรักษา ดูแลต่อเนื่อง ปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย ส่งเสริมการดูแลตนเอง (Self-management support) ปัจจุบันพบว่า เน้นการจ่ายยาในโรงพยาบาล ซึ่งมีปัญหาความต่อเนื่องบ้าง เริ่มมีการ กระจ่ายไปที่หน่วยใกล้บ้าน ให้ความรู้เป็นชุดๆ ที่เหมือนกัน ไม่ได้ปรับตามลักษณะบุคคล การ สนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเองก็น้อยลง

๓) ระดับตติยภูมิ : เป้าหมายเน้นรักษาโรคร้าย ประคับประคองเพื่อลดอันตราย และความพิการ ปัจจุบันพบว่า เน้นการจ่ายยามากการตรวจเลือด ตรวจคัดกรองความแทรก ซ้อนยังไม่ครอบคลุม

เนื่องจากโรคเรื้อรังมีความซับซ้อนของความเจ็บป่วย ฉะนั้นในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จึงต้องมีองค์ประกอบของบุคลากรในหน่วยงานหลายระดับ อันได้แก่ เกษัชกร นัก กายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักจิตวิทยา เป็นต้น เพื่อจัดการให้อยู่กับโรคเรื้อรังได้อย่างดีและ มีความสุข ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและระบบบริการทางการแพทย์ เข้ามาเป็นส่วนร่วมใน การจัดการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดเครือข่ายสังคมที่พระมหาสุทิตย์ อาภากร (อบอุ่น) ได้นำเสนอว่า

เครือข่ายทางสังคม คือ มิติคุณค่าแห่งความสัมพันธ์ซึ่งแสดงความสัมพันธ์เชิงระบบที่ อธิบายถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม มิติแห่งการประสานความร่วมมือ เช่น การ ติดต่อสื่อสาร การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประสานผลประโยชน์ ความไว้วางใจความเอื้อ

^{๑๒๗} ศิริอร สินธุ, “แนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง”, ใน บทความวิชาการ การศึกษา ต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ ๑๐ การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, ศิริอร สินธุ และ สุพัตรา บัวที บรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์, ๒๕๕๓) : ๑.

^{๑๒๘} จันทร์จาริ เกตุมาโร, อาชีวนามัย, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง, ๒๕๕๖), หน้า ๑๓.

อาหาร ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้สมาชิกและกลุ่มต่าง ๆ มีความผูกพันต่อกันในเสริมพลังในการแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมกัน^{๑๒๙}

สุขภาพนั้นเป็นสถานะที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน ตั้งแต่ขณะที่ไม่เจ็บป่วย ไม่มีอาการ มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและเจ็บป่วยรุนแรง ในบางรายมีภาวะผิดปกติที่เรื้อรังไม่หายขาด กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง บางภาวะไม่มีอาการผิดปกติทั้งร่างกายและจิตใจ บางภาวะมีอาการขึ้นลงตามระยะการป่วย อย่างไรก็ตามแม้จะมีสภาพของโรคหรือปัญหาสุขภาพเรื้อรังก็สามารถมีภาวะสุขภาพที่ดีได้ ทั้งนี้ จุดต่างของหลักการดูแลโรคเรื้อรังและโรคเฉียบพลันคือ การเน้นมิตินานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เน้นการเสริมศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

นอกจากนี้ภาคส่วนสำคัญ ๓ ส่วน คือ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและระบบบริการสุขภาพ เป็นเป้าประสงค์ของการจัดคลินิกบริการอยู่ที่ทำให้โอกาสผู้ป่วย ครอบครัวได้ร่วมประเมินความเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพร่วมกัน และเรียนรู้การจัดการโรค รวมทั้งเรื่องอื่นๆ เพื่อสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล มีศักยภาพและสามารถจัดการปัญหาสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามจากการประเมินสถานการณ์ประชากรเป้าหมายในพื้นที่ที่หน่วยบริการรับผิดชอบจำเป็นต้องเห็นขนาดของปัญหาในแต่ละกลุ่มเป้าหมายย่อย กำหนดผลลัพธ์และแนวทางการทำงานให้ชัดเจนและเหมาะสมกับสภาพปัญหา และความต้องการของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ดังตารางที่ ๒.๒

^{๑๒๙}ดูรายละเอียดใน พระมหาสุทิตย์ อาภากร (อบอูน), เครือข่าย : ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ, ปาริชาติ วลัยเสถียร บรรณาธิการ, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข, ๒๕๔๘), หน้า ๔๕-๔๖.

ตารางที่ ๒.๒ แสดงการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ
สูงสุด^{๑๓๐}

กลุ่มเป้าหมายหลัก	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	แนวทางการทำงาน
กลุ่มประชากรปกติที่ยังไม่ป่วย	-เพิ่มสมรรถนะของร่างกายให้แข็งแรง -ปรับพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง -ปรับปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยง ปรับพฤติกรรม และสภาพแวดล้อม	บูรณาการกับการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย การรณรงค์และความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน
กลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยง (น้ำหนักเกิน ประวัติพันธุกรรม มีพฤติกรรมเสี่ยง)	ปรับพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมเพื่อลดภาวะเสี่ยง	เฝ้าระวัง ค้นหา คัดกรองและติดตามกลุ่มเสี่ยง มีกระบวนการให้ความรู้ข้อมูลและสนับสนุนให้เกิดการปรับพฤติกรรมตามลักษณะของกลุ่มเสี่ยง
กลุ่มผู้ป่วยในระยะแรกและระยะที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน	-ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง อย่างเป็นองค์รวม (กาย จิตใจ สังคม ปัญญา) ทันเวลา ต่อเนื่อง เฝ้าระวังและลดภาวะเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน -ผู้ป่วยสามารถปรับชีวิตประจำวันได้เหมาะสม	ค้นหาผู้ป่วยและให้การดูแลได้เร็วตั้งแต่ระยะแรก ดูแลให้การรักษาอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานและติดตามต่อเนื่อง พร้อมสนับสนุนให้ความรู้เสริมทักษะผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเฝ้าระวัง และคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเฉพาะโรค
กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน	ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถปรับวิถีชีวิตอยู่กับโรคและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีความสุข	ดูแลรักษาโรคและภาวะแทรกซ้อนตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเฉพาะโรคฟื้นฟูทางกายและใจในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนและความพิการ

จากตารางที่ ๒.๓ สามารถสรุปได้ว่า ในการจัดการดูแลสุขภาพของประชาชนประกอบด้วย ๑) กลุ่มประชากรปกติที่ยังไม่ป่วย ๒) กลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยง ๓) กลุ่มผู้ป่วยในระยะแรกและระยะที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน และ ๔) กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน จะต้อง

^{๑๓๐}สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง, (นนทบุรี: สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิง, ๒๕๕๓), หน้า ๓๖-๓๗.

การบูรณาการร่วมกันเพื่อกำหนดแนวทางในการดูแล ธรรมชาติให้ความรู้กับผู้ที่ยังไม่ป่วย ในส่วนที่ป่วยแล้วจะต้องได้รับการแนะนำที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันอาการลุกลามของโรค หรือการกำเริบของโรค ทั้งนี้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลสุขภาพจากบุคคลรอบข้าง ตลอดถึงทีมสหวิชาชีพ จึงต้องรู้ถึงประวัติการเจ็บป่วยของผู้ที่อยู่ในการดูแลของตน เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

๒.๖.๒ การส่งเสริมการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง (Self-care) เป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตน ทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย^{๑๓๑} การสนับสนุนการดูแลตนเองจึงหมายถึงความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีทักษะและความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วยของตนเอง จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือหรือวิธีการที่ใช้ในการดูแลตนเอง เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหาร การส่งต่อไปยังบริการที่มีอยู่ในชุมชน และการประเมินปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ เป็นการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตั้งแต่ในระยะแรกที่เข้าอยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องมีการวางแผนร่วมกันจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย โดยเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างดี เพื่อหวังผลให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลตัวเองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{๑๓๒} การพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนและการพัฒนาระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิให้มีความเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชนไปจนถึง ระบบสุขภาพพื้นฐานที่ให้บริการโดยองค์กรสุขภาพต่าง ๆ หรืออาจกล่าวได้ว่า แนวคิดใหม่เรื่องสุขภาพเป็นการผสมผสานการพัฒนาระบบสุขภาพพื้นฐานของระบบการแพทย์แผนตะวันตก เข้ากับแนวคิดเรื่องการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนานวัตกรรมของการแพทย์ทางเลือก และการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล กลุ่ม ครอบครัว และชุมชนใน ๒ ลักษณะ ได้แก่

๑) การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ ซึ่งประกอบด้วยการดูแลส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และ การป้องกันโรคซึ่งมี ๓ ลักษณะ ได้แก่

(๑) การป้องกันโรคเบื้องต้น

(๒) การป้องกันความรุนแรงของโรค

(๓) การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

^{๑๓๑} สมจิต หนูเจริญกุล, การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์, พิมพ์ครั้งที่ ๓ กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พริ้นติ้ง, ๒๕๓๗), หน้า ๘.

^{๑๓๒} อัมพรพรรณ อีรานูตรและคณะ, “การพัฒนารูปแบบการบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง”, วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, ปีที่ ๓๒ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มีนาคม ๒๕๕๒) : ๓.

๒) การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ประกอบด้วยองค์ประกอบ ๔ ระดับ ได้แก่

- (๑) การดูแลสุขภาพตนเองในระดับบุคคล
- (๒) การดูแลสุขภาพตนเองระดับครอบครัว
- (๓) การดูแล สุขภาพโดยเครือข่ายทางสังคม
- (๔) การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน

การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติและการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้บุคคลสามารถกลับไปมีชีวิตที่มีความสุขเช่นเดิมในทุกมิติ มิได้จำกัดอยู่เฉพาะการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยเท่านั้น นอกจากนี้ การมีสุขภาพดีของบุคคลยังมียังมีองค์ประกอบมากมาย หลายระดับตั้งแต่ระดับบุคคลไปจนถึงระดับสังคมและมีบุคคล องค์กร ตลอดจนชุมชนเข้ามาเกี่ยวข้องในหลากหลายมิติเพื่อให้บุคคลสามารถกลับไปมีชีวิตที่มีความสุขเช่นเดิมในทุกมิติ มิได้จำกัดอยู่เฉพาะการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยเท่านั้น นอกจากนี้การมีสุขภาพดีของบุคคลยังมียังมีองค์ประกอบมากมาย หลายระดับตั้งแต่ระดับบุคคลไปจนถึงระดับสังคม^{๑๓๓}

สามารถสรุปได้ว่า การส่งเสริมการดูแลตนเอง เป็นวิธีการหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองทั้งในขณะที่ร่างกายมีความปกติไม่มีโรคเบียดเบียน และ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ทั้งนี้เนื่องจากการคุกคามของโรคจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยไม่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีพฤติกรรมดำเนินชีวิตที่ขาดการเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเอง เพื่อเป็นการป้องกันในกลุ่มบุคคลที่ยังไม่เจ็บป่วยจึงจำเป็นต้องให้ความรู้ในการดูแลรักษาตนเองไม่ให้เกิดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดเจ็บป่วย และเมื่อมีการเจ็บป่วยขึ้นจะต้องรู้จักการดูแลตนเอง เอาใจใส่ต่อการรักษา เพื่อควบคุมการกำเริบของโรค จนสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

๒.๖.๓ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ การฝึกทักษะ การจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้บุคคลครอบครัว และชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพดี จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมเทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันทำให้ชีวิตของคนไทยมีความเสี่ยงต่อภัยทางสุขภาพ การติดเชื้อโรค และภัยอันตรายต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ประชาชนจำนวนไม่น้อยที่เจ็บป่วยด้วยโรคป้องกันได้ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยซึ่งเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่

- ๑) การรับประทานอาหารไม่สะอาด ไม่ล้างมือ ทำให้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหาร
- ๒) การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และมีการออกกำลังกายน้อย ทำให้เป็นโรคอ้วน มีโรคแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น
- ๓) การรับประทานอาหารที่มีสารปนเปื้อน สุบบุหรี่ และ ดื่มสุรา

^{๑๓๓} คุรยละเอียดในพัชรินทร์ สิริสุนทร, แนวคิด ทฤษฎี เทคนิค และการประยุกต์เพื่อการพัฒนาสังคม, (กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๖), หน้า ๗๗๙-๗๘๑.

๔) ความเครียดจากปัญหาต่าง ๆ ทำให้คนไทยมีปัญหาสุขภาพจิต

การเจ็บป่วย และการเกิดปัญหาสุขภาพจะน้อยลง หากทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง การละเลยในการปฏิบัติสุขบัญญัติข้อใดข้อหนึ่ง หมายถึง เรามีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรืออันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งอาจจะเล็กน้อยหรือรุนแรง หรือเริ่มต้นด้วยการเจ็บป่วยเล็กน้อย แต่อาจนำไป หรือเป็นบ่อเกิดของโรคแทรกซ้อนที่มีอันตรายร้ายแรงตามมาในภายหลัง ทั้งนี้การพัฒนาพฤติกรรมให้ได้ผลดีขึ้นอยู่กับปัจจัย ๓ กลุ่มคือ^{๑๓๔}

กลุ่ม ๑ ปัจจัยนำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่อยู่ภายในตัวบุคคลที่ทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพหรือไม่เพียงใด ประกอบด้วย ความรู้ ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม รวมไปถึงคุณลักษณะของประชากร เช่น เพศ อายุ สถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น

กลุ่ม ๒ ปัจจัยเอื้อ เป็นกลุ่มปัจจัยเอื้อที่จำเป็นต้องมีและเหมาะสมจึงจะทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ได้แก่ ความสะดวกความเพียงพอ เหมาะสม ระยะทาง ใกล้/ไกล ในการไปใช้บริการหรือเข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่ม ๓ ปัจจัยเสริม เป็นกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคคลรอบข้างซึ่งอาจสนับสนุนจิตใจ และขัดขวางการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ สำหรับกระบวนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

การจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้บุคคลสามารถดำรงไว้ซึ่งหน้าที่และมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด ต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต อุปสรรคสำคัญของการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ห่างไกลในเขตชนบท คือ การขาดแคลนบุคลากรทางสุขภาพ และทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพ การใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจในการจัดการบริการที่อาศัยการจัดการบริการในลักษณะผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง และการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่อง น่าจะเป็นแนวทางที่น่าจะช่วยให้ผู้ใช้บริการสามารถควบคุมการดำเนินชีวิต มีอิสระ และจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการนำเสนอของสุพัตรา บัวทิว่า “การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อเป็นเครือข่ายในการดูแลโรคเรื้อรัง เป็นวิธีการที่จะทำให้ทรัพยากรในการจัดการดูแลโรคเรื้อรัง ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ และความผาสุกของผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง”^{๑๓๕}

สรุปได้ว่า การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคต่างๆ เช่น การให้ความรู้ในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากจากปัญหาต่างๆ เป็นต้น เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ ทศนคติ หรือค่านิยมที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตในสังคม ตลอดจนสามารถรู้เท่าทันกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคม เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

^{๑๓๔} กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติในสถานศึกษา, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: โอวาทย์, ๒๕๕๒), หน้า ๑-๖.

^{๑๓๕} สุพัตรา บัวทิ, “การสร้างพลังอำนาจกับการจัดการโรคเรื้อรังในเขตชนบท”, วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, ปีที่ ๓๔ ฉบับที่ ๔ (ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๔) : ๘๕.

๒.๖.๔ การส่งเสริมสุขบัญญัติในการดูแลตนเอง

สุขบัญญัติเป็นข้อกำหนดพื้นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งพัฒนามาจาก “กติกานามัย” ที่เริ่มใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๔๗๕ และมีการปรับปรุงเนื้อหาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์และปัญหาสาธารณสุข เพื่อการมีสุขภาพดี และลดความเสี่ยงต่อโรคภัยไข้เจ็บหรืออันตรายต่อสุขภาพ จึงต้องใส่ใจและปฏิบัติสุขบัญญัติ ๑๐ ประการ^{๑๓๖} ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

๑) ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด การรักษาความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า และของใช้เป็น การดูแลสุขภาพเบื้องต้นที่สำคัญ เพื่อป้องกันสิ่งสกปรก ผื่นละออง และเชื้อโรคที่ติดมาในชีวิตประจำวันเข้าสู่ร่างกายซึ่งจะทำให้เจ็บป่วยได้

๒) รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง ฟันทำหน้าที่บดเคี้ยวอาหาร ช่วยในการออกเสียง หากเราดูแลฟันไม่ดี อาจส่งผลทำให้ระบบย่อยอาหารไม่ดี ทำให้เสียสุขภาพได้

๓) ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารและหลังขับถ่าย การล้างมือบ่อยๆ สามารถป้องกันโรคต่างๆ ได้ เช่น ท้องร่วง ท้องเสีย บิด ตับอักเสบ เป็นต้น

๔) บริโภคอาหารอย่างเหมาะสม อาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการกำหนดสภาวะสุขภาพของคน การรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์อย่างพอเพียงและเหมาะสม จะทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงแต่หากกินอาหารที่มีสารปนเปื้อน ไม่ถูกหลักโภชนาการ หรือมากเกินไป ก็จะก่อให้เกิดโรครตามมามากมาย

๕) งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ เพราะเป็นอบายมุข และภัยร้ายแรงที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพกาย จิต ทรัพย์สิน และนำไปสู่ปัญหาสังคมมากมาย

๖) สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น เพราะครอบครัวที่อบอุ่นเป็นพื้นฐานทางจิตใจที่สำคัญ ครอบครัวที่อบอุ่นทำให้บ้านน่าอยู่ ซึ่งสมาชิกทุกคนมีส่วนสำคัญที่จะสร้างความสัมพันธ์เพื่อให้เกิดความสุขในครอบครัว

๗) ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท ความประมาทนำมาซึ่งอุบัติเหตุ และอุบัติเหตุ ซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียทั้งทรัพย์สิน เงินทอง เสียเวลา เสียอวัยวะทำให้เป็นคนพิการ และที่ร้ายแรง คืออาจเสียชีวิตได้

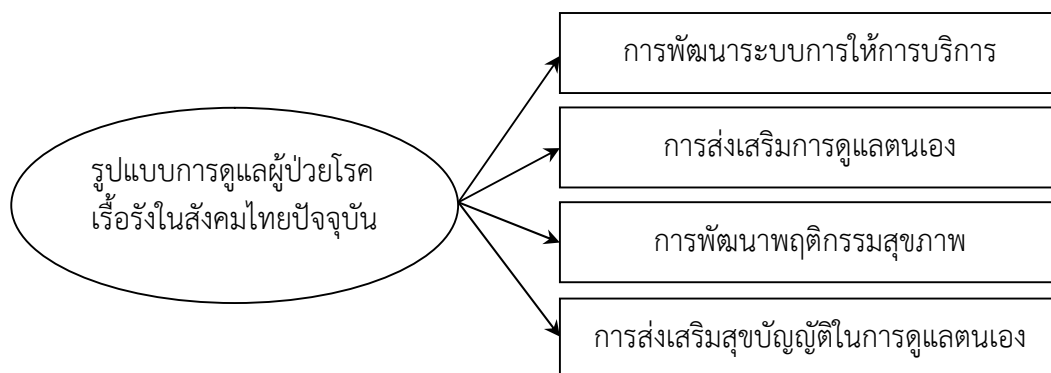
๘) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกายทำให้อัตราการเต้นของหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น เป็นการบริหารปอด หัวใจ กล้ามเนื้อ ทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง จิตใจแจ่มใส ผ่อนคลายความเครียด มีภูมิคุ้มกันโรค ทำให้รูปร่างและบุคลิกดี ช่วยป้องกันโรค เป็นการใช้เวลาว่างอย่างเป็นประโยชน์ และเป็นการสร้างความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว เพื่อนๆ และคนอื่นๆ

^{๑๓๖}ดูรายละเอียดใน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติในสถานศึกษา, หน้า ๗-๑๐.

๙) ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ จิตใจที่แจ่มใสจะทำให้ร่างกายแข็งแรง เมื่อเรามีความสุข มีจิตใจแจ่มใส ร่าเริงอารมณ์ดีอยู่เสมอ ส่งผลให้ร่างกายพลอยมีความสุขไปด้วย ทำให้หน้าตา ผิวพรรณผ่องใส ไม่แก่เร็ว คนรอบข้างก็อยากจะเข้าใกล้ อยากคบหาสมาคมด้วย เมื่อคิดทำอะไรก็โปร่งใสราบรื่น

๑๐) มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม สิ่งมีชีวิตทุกชนิดอาศัยสิ่งแวดล้อมในการดำรงชีวิต เพราะสิ่งแวดล้อมที่ดีมีความสมดุลทางธรรมชาติ ทำให้สิ่งมีชีวิตดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพและเป็นสุข

จากการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทยปัจจุบัน สามารถสรุปได้ว่า สถานการณ์โรคเรื้อรังมีการระบาดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มีผู้ป่วยเพียงครึ่งหนึ่งที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล และอีกครึ่งหนึ่งยังอยู่ในชุมชนโดยไม่ได้รับการรักษา ซึ่งในกลุ่มนี้มีทั้งที่ได้รับการคัดกรองแล้วและยังไม่ได้คัดกรอง และการเข้าถึงบริการ จึงได้เกิดการเรียนที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น จึงเกิดการพัฒนาระบบการให้บริการขึ้น เนื่องจากโรคเรื้อรังมีความซับซ้อนของ ความเจ็บป่วย ฉะนั้นในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจึงต้องมียोगค์ประกอบของบุคลากรในหน่วยงาน หลายระดับเข้ามาเป็นส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้ป่วย และการส่งเสริมการดูแลตนเอง เป็นวิธีการหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองทั้งในขณะที่ร่างกายมีความปกติไม่มีโรคเบียดเบียน และ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ทั้งนี้เนื่องจากการคุกคามของโรคจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยไม่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ขาดการเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเอง ตลอดจนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคต่างๆ ได้แก่ การให้ความรู้ในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากจากปัญหาต่างๆ เป็นต้น เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ ทศนคติ หรือค่านิยมที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตในสังคม ตลอดจนสามารถรู้เท่าทันกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคม เทคโนโลยี และ สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข สามารถสรุปได้ดัง แผนภาพที่ ๒.๕



แผนภาพที่ ๒.๕ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทยปัจจุบัน

๒.๗ การจัดการปัญหาภาวะความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัจจุบันโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ อันดับหนึ่งของประเทศไทยและทั่วโลก มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในอนาคต ในประเทศไทยจากการรายงานสถิติสาธารณสุข พบว่าจำนวน ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกโรค เนื่องจากกลุ่มโรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ไม่สามารถกลับไปปกติดังเดิมได้ เป็นกลุ่มอาการที่มีอาการซ่อนเร้นอยู่ภายในร่างกาย ทำให้สภาพร่างกายแย่ลง ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแปรเปลี่ยนไปจากปกติซึ่งแสดงออกได้หลายรูปแบบ เช่น มีความวิตกกังวลสูง รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ หดหู่ใจ รู้สึกไร้ค่า ซึมเศร้าและอาจมีความคิดอยากตาย ดังนั้นจะต้องพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและติดตาม โดยเฉพาะกลุ่มที่กลับไปอยู่ในชุมชนควรมีการส่งต่อข้อมูลตลอดจนประสานงานกับกลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพและหน่วยงานหรือแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องที่มีในชุมชน เพื่อการส่งต่อและดูแลต่อเนื่องต่อไป^{๑๓๗}

โรคซึมเศร้า คือ อาการความผิดปกติของสารเคมีในสมองที่มีผลกระทบต่อความนึกคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมและสุขภาพ ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์เป็นอาการที่สำคัญ ร่วมกับมีพฤติกรรมและความคิดผิดปกติ อาการด้านอารมณ์ ได้แก่ มีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย และหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่อไม่เพลิดเพลิน อาการทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีแรง ส่วนอาการด้านความคิด ได้แก่ มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ช่วยตัวเองไม่ได้ เป็นภาระต่อผู้อื่น มีความรู้สึกท้อแท้ มีความคิดอยากตายหรือมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง โรคซึมเศร้าพบได้ทุกช่วง อายุ โดยเฉพาะวัยรุ่นและผู้สูงอายุ ซึ่งโรคนี้มีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ความสามารถในการทำงาน การดูแลตนเอง การดำเนินกิจวัตรประจำวันลดลง มีผลกระทบต่อตนเองและคนรอบข้าง ตลอดจนมีผลกระทบต่อผู้ป่วยที่มี

^{๑๓๗} นิตยา จรัสแสง และคณะ, “ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง”, วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, ปีที่ ๕๗ ฉบับที่ ๔ (ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๕) : ๔๔๑-๔๔๕.

โรคทางกายอยู่เดิม เช่น โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน เป็นต้น โรคซึมเศร้าหรือโรคอารมณ์เศร้า เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นซึ่งส่งผลต่อการแสดงออก ทางจิตใจ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากปกติ^{๑๓๘} ทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยทั้งซึมและเศร้าซึม คือ ร่างกายขยับเขยื้อนเชื่องช้า ทำอะไรก็ช้า คิดช้า พูดช้า เศร้า หมายถึง มีอารมณ์เศร้าทุกวันหรือทุกวันโดยไม่ระบุเวลาที่จะเกิด ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะไม่ค่อยรู้สึกอยากทำอะไร จนกระบวนกรฟัง คิด พูด ช้า ตามไปด้วย”^{๑๓๙}

ภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยจิตเวชอย่างหนึ่งที่มีความรุนแรง มีโอกาสที่จะเกิดซ้ำก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากทั้งต่อบุคคลและสังคม จำเป็นต้องให้การวินิจฉัยและให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง ถ้าภาวะซึมเศร้านั้นอยู่ในระดับที่รุนแรงก็มีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้^{๑๔๐} ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น จนองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2020 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด เนื่องจากปัจจัยทางสังคม เช่น การไม่มีทางเลือก การขาดกำลังใจ ประกอบกับการสูญเสียในชีวิตจะทำให้เกิดความสิ้นหวังจนเกิดอาการซึมเศร้าที่รุนแรงได้^{๑๔๑} ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งออกได้เป็น ๓ ระดับ^{๑๔๒}

๑) ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild Depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส อารมณ์เศร้า เหงา หงอยชั่วคราว ซึ่งทุกคนเป็นได้ในบางครั้ง มักเปรียบเทียบกับผู้อื่น ความตั้งใจทำงานลดน้อยลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนไปจากเดิม คือ นอนไม่ค่อยหลับ

๒) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate Depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น มีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แต่ก็ผิดปกติ ซึ่งมีพฤติกรรมแสดงออก ดังนี้

(๑) อารมณ์ มีอารมณ์ไม่สดชื่น เศร้าสร้อย หม่นหมอง ไม่มีความสุขในการทำงานต่าง ๆ มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย มีความวิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว หมดความภูมิใจในตนเอง

(๒) กระบวนการทางความคิดและสมาธิลดลง กล่าวคือ ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ คิดว่าตนเองไม่มีความสุข ไม่มีความหมาย นอนไม่หลับ เริ่มคิดฆ่าตัวตาย

^{๑๓๘}สายฝน เอกวรารังกูร, **รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า**, (กรุงเทพมหานคร: สอเซียเพรส, ๒๕๕๓), หน้า ๖-๘.

^{๑๓๙}สมพร บุษราทิจ และ ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, **จิตเวชปฏิบัติ**, (กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, ๒๕๔๐), หน้า ๙๕.

^{๑๔๐}ธณินทร์ กองสุข, **องค์ความรู้โรคซึมเศร้า ผลการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ**, (อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, ๒๕๔๙).

^{๑๔๑}พิรุณ สัมไพโร, “ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพังโคน”, **วารสารศรีนครินทร์เวชสาร**, ปีที่ ๒๕ ฉบับที่ ๔ (กรกฎาคม-สิงหาคม ๒๕๕๕) : ๒๗๓.

^{๑๔๒}สมพร บุษราทิจ และคณะ, **จิตเวชทันยุค ๒๕๕๑**, (กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, ๒๕๕๐), หน้า ๓๗.

(๓) ประสาทสัมผัสทางกายผิดปกติ กล่าวคือ มีอาการใจสั่น แขนงหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร แต่บางคนก็รับประทานอาหารมากขึ้นและไม่สนใจตนเอง

(๔) การเคลื่อนไหว ท่าทาง และคำพูดผิดปกติ กล่าวคือ การเคลื่อนไหวจะช้าลง มีความกระวนกระวายมาก มีอาการย้ำคิดย้ำทำ พูดจาลำบาก บางครั้งอาจไม่พูดเลยและขาดความมั่นใจในตนเอง

(๕) การเข้าสังคมบกพร่อง กล่าวคือ ในระยะแรกจะเข้าสังคมอย่างเสียไม่ได้ จนกระทั่งสังคมที่ละน้อยและไม่สนใจตนเองมากขึ้น คิดว่าตนเอง ไม่มีคุณค่า ไม่สนใจสิ่งรอบข้าง และละทิ้งสังคมในที่สุด

๓) ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Severe Depression) เป็นภาวะที่มีความซึมเศร้าตลอดเวลาและเป็นอยู่นาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด เช่น คิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งรอบข้าง พูดจาอย่างเชื่องช้า เชื่องซึม และผู้ป่วยมักถอนตัวออกจากโลกความเป็นจริง

๒.๗.๑ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง

ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยเรื้อรัง คาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น ๑ ใน ๓ ของบุคคลซึ่งจะต้องมีภาวะซึมเศร้า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการรักษา และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดความเครียดและอาการสิ้นหวัง และซึมเศร้าและจากการศึกษาของ พวงผกา กรีทอง^{๑๔๓} พบว่าภาวะซึมเศร้าจัดเป็นโรคร่วมที่เกิดขึ้นร่วมกับการป่วยด้วยโรคเบาหวาน และโรคเรื้อรังอื่นที่สำคัญ คือ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาโรคเรื้อรังอีกกลุ่ม ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ผู้ป่วยเรื้อรังจะรู้สึกลดคุณค่าในตัวเองลดต่ำลง เกิดความหมดหวังในชีวิต ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น สุดท้ายอาจเกิดความคิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายสำเร็จในที่สุด และจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ภาวะซึมเศร่ายังเป็นโรคร่วมที่ทำให้อาการทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น มีภาวะเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดใหญ่และหลอดเลือดเล็กเพิ่มขึ้น ทำให้เสียชีวิตมากขึ้น^{๑๔๔}

^{๑๔๓}พวงผกา กรีทอง, “ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง”, วารสารโรคหัวใจและทรวงอก, ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๑ (๒๕๔๖) : ๒๐-๒๑.

^{๑๔๔}Katon Wayne and Ciechanowski Paul, “Impact of major depression on chronic medical illness”, *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 53 (2002) : 859– 863.

๒.๗.๒ ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง

การเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ครอบครัว เศรษฐกิจ และทำให้เกิดปัญหาต่อผู้ป่วยโดยตรงทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตัวผู้ป่วยเองและในส่วนอื่นๆ โดยแต่ละด้านส่งผลกระทบซึ่งกันและกันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังจะมีความเสี่ยงเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าคนทั่วไปถึงร้อยละ ๒๕-๓๓ ผลที่ตามมาก็คือ จะทำให้อาการผู้ป่วยทรุดลง รักษายากขึ้น เป็นวัฏจักรหมุนเวียนไม่สิ้นสุด^{๑๔๕} จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง สามารถสรุปได้โดยสังเขปดังต่อไปนี้

๑) ผลกระทบต่อร่างกาย ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย ในการดำเนินแบบแผนกิจกรรมต่าง ๆ ก่อให้เกิดผลต่อสุขภาพการทำงานของอวัยวะในร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากโครงสร้างการทำหน้าที่ของอวัยวะร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและการรักษาของแพทย์

๒) ผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ การเจ็บป่วยเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ครอบครัว เศรษฐกิจ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะเครียด วิตกกังวล ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับความเครียดหรือความวิตกกังวลได้ จะทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้นได้ ซึ่งผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อผู้ป่วยด้านจิตใจและอารมณ์ จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังเกิดความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองลดลง ความเครียดและความวิตกกังวล ที่เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ยาวนานส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นหลายโรค ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหากไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเส้นเลือดและระดับความดันโลหิตได้ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาและอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้จะรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองต่ำลง เกิดความหมดหวังในชีวิต^{๑๔๖}

๓) ผลกระทบต่อครอบครัว ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นส่งผลให้มีการปรับบทบาทของบุคคลในครอบครัวให้เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่าฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวก็เกิดการเปลี่ยนแปลงส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ภาระการดูแลเพิ่มมากขึ้น ความพึงพอใจในชีวิตของครอบครัวลดลง ส่งผลให้สุขภาพของสมาชิกในครอบครัวทรุดโทรมจากการที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ขาดการดูแลตนเอง การพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเครียด อาการซึมเศร้า และ

^{๑๔๕} สุนันทา สุขสุมิตร, *ป่วยโรคเรื้อรังเสี่ยงซึมเศร้าสูง*, [ออนไลน์], แหล่งที่มา : <http://www4.thaihealth.or.th/healthcontent/news/17372> [๑๖ กันยายน ๒๕๕๗].

^{๑๔๖} พวงผกา กรีทอง, *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*, *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๑ (๒๕๕๖) : ๒๐-๒๑.

อ่อนล้า ส่งผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนไป ต้องมีการปรับบทบาทครอบครัวให้เหมาะสม กิจกรรมที่เคยทำปกติถูกจำกัดให้น้อยลง^{๑๔๗}

๒.๗.๓ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

การใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า สามารถประเมินในกลุ่มคนจำนวนมากในเวลาอันสั้น ประหยัดค่าใช้จ่าย มักใช้ในการสำรวจค้นหาผู้ที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าในประชาชนทั่วไป เป็นแบบประเมินที่นิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลาย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูลและสามารถเก็บข้อมูลซ้ำ จุดประสงค์เพื่อต้องการประเมินระดับความรุนแรงของโรค หรือเพื่อติดตามผลการรักษาก็ควรใช้แบบประเมินที่อยู่ในกลุ่มนี้เพื่อประเมินอาการ หรือติดตามผลการรักษา^{๑๔๘} Thai Depression Inventory (TDI)^{๑๔๙} โดยนายแพทย์มานิช หล่อตระกูล และ นายแพทย์ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ ได้มีการพัฒนาขึ้นและได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยชาวไทย การสร้างคำถามอิงจากการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยและจากแบบสอบถามที่ใช้บ่อยในทางตะวันตก ได้นำแบบสอบถามฉบับแก้ไขครั้งสุดท้ายไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชทั้ง ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลรามารามธิบดี จำนวน ๕๐ ราย โดยใช้ Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือเปรียบเทียบ พบว่า ค่าความสอดคล้องภายในอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ ๐.๘๕๘ และมีค่าความตรงเท่ากับ ๐.๗๘๘๙ ($p < .๐๐๑$) มีข้อคำถามทั้งหมด ๒๐ ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนนจาก ๐-๓ วัดระดับภาวะซึมเศร้าทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด การปรับตัว และความสามารถในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ แบบวัดภาวะซึมเศร้าออกเป็น ๕ ระดับดังนี้

คะแนนรวม	น้อยกว่า ๒๑	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
คะแนนรวม	๒๑-๒๕	ภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน
คะแนนรวม	๒๖-๓๔	ภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง
คะแนนรวม	๓๕-๔๐	ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง
คะแนนรวม	มากกว่า ๔๐ ขึ้นไป	ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก ^{๑๕๐}

^{๑๔๗} จารุวรรณ มานะสุกร, ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง : ผลกระทบและการพยาบาล, (สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ๒๕๔๔).

^{๑๔๘} ธรรมนาถ เจริญบุญ, “แบบประเมินและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย : ข้อควรพิจารณาในการเลือกใช้”, *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๔ (ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๔) : ๖๖๗-๖๗๖.

^{๑๔๙} มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, “แบบประเมินวัดความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง”, *วารสารแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย*, ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๑ (๒๕๔๒): ๑๗-๑๙.

^{๑๕๐} Manote Lotrakul and Pramote Sukanich, Development of the Thai Depression Inventory. *Journal of the Medical Association of Thailand*, Vol. 82 No. 12 (December 1999) : 1200-7.

แบบสอบถามฉบับนี้มีข้อดี คือ สะดวกแก่การนำไปใช้ เข้าใจง่ายและใช้ เวลาทำไม่นาน ไม่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม สามารถแบ่งระดับของภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน และมีความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี สามารถช่วยในการประเมินผลการรักษาได้ โดยอาจให้ผู้ป่วยประเมินตนเองทุก ๑ สัปดาห์ แต่มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นโรคซึมเศร้าชนิดใด จะเห็นได้ว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้ามีหลากหลาย รูปแบบสามารถเลือกใช้เครื่องมือได้ตามความเหมาะสมในกลุ่มประชากร และ วัตถุประสงค์ของการประเมินและในการปฏิบัติงาน

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกที่จะใช้แบบประเมิน Thai Depression Inventory (TDI) กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเนื่องจากสามารถประเมินภาวะซึมเศร้าว่าอยู่ในระดับใดบ้าง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้า ปานกลาง ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงและภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก เป็นเกณฑ์ที่สามารถใช้วัดให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน และ เครื่องมือนี้สามารถประเมินซ้ำได้อีกใน ๑ สัปดาห์ต่อมา เพราะว่ามีจำนวนข้อไม่มากนัก สะดวกต่อการนำไปประเมิน และ ไม่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม นอกจากนี้ยังมีการนำไปใช้การประเมินอย่างแพร่หลาย เช่น จุฑามาศ วาริแสงทิพย์^{๑๕๑} ได้นำไปเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย รองศาสตราจารย์นายแพทย์ทินกร วงศ์ปการันย์ และคณะ^{๑๕๒} ได้นำไปเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินความซึมเศร้าในโครงการวิจัย ผลการรักษาโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล: การศึกษาแบบติดตามไป พรหมิล เพ็ชรกุล และคณะ^{๑๕๓} ได้นำไปใช้ในการเปรียบเทียบผลของละครจิตบำบัดและการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เบญญาภา กุลศิริไชย^{๑๕๔} ได้นำไปเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินภาวะความซึมเศร้าของผู้ประสบภัย นิภาภรณ์ นามลาย และคณะ^{๑๕๕} นำไปประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

^{๑๕๑}จุฑามาศ วาริแสงทิพย์, “การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยธรรมปฏิบัติ”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๒).

^{๑๕๒}ทินกร วงศ์ปการันย์และคณะ, “โครงการวิจัย ผลการรักษาโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล : การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า”, **รายงานผลการวิจัย**, (คณะแพทยศาสตร์ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๕๕).

^{๑๕๓}พรหมิล เพ็ชรกุล และคณะ, “การเปรียบเทียบผลของละครจิตบำบัดและการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า”, **วารสารศรีนครินทร์วิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)**, ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๗ (มกราคม-มิถุนายน ๒๕๕๕) : ๗๑-๘๐.

^{๑๕๔}เบญญาภา กุลศิริไชย, “การลดภาวะซึมเศร้าในผู้ประสบภัยพิบัติด้วยการรับบทสวดโพชฌงค์ปริตรเข้าจิตใต้สำนึก”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๕).

^{๑๕๕}นิภาภรณ์ นามลาย และคณะ, “ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดู่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดนครราชสีมา”, **รายงานผลการวิจัย**, (คณะสาธารณสุขศาสตร์: มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, ๒๕๕๕).

สามารถสรุปได้ว่า การบำบัดรักษาให้ความช่วยเหลือแก่ผู้เกิดภาวะซึมเศร้าในปัจจุบัน เทคนิควิธีการที่ใช้มีแตกต่างกันไปตามลักษณะอาการและสาเหตุของภาวะซึมเศร้า โดยมักใช้แนวปฏิบัติแบบองค์รวม หรือแบบชีวจิตสังคม คือ มีทั้งการรักษาทางร่างกาย การรักษาทางจิตใจ และการรักษาทางสังคม ผสมผสานเข้าด้วยกัน สำหรับเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยนั้นส่วนใหญ่พัฒนามาจากเครื่องมือของต่างประเทศ ซึ่งใช้ฐานแนวคิดทางชีววิทยาการแพทย์เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ มีการประเมินได้ ๒ ประเภท คือ การประเมินโดยให้ผู้สัมภาษณ์และสังเกตเพื่อประเมินอาการ และการประเมินโดยการประเมินตนเองจากแบบสอบถาม

๒.๘ การพัฒนาเครื่องมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เนื่องจากโรคเรื้อรังมีความซับซ้อนของความเจ็บป่วย ฉะนั้นในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจึงต้องมียุทธศาสตร์ประกอบของบุคลากรในหน่วยงานหลายระดับ ทั้งที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนและหน่วยที่เป็นโรงพยาบาลที่มีการดูแลเฉพาะทาง เพื่อดูแลความซับซ้อนทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังต้องการสหวิชาชีพที่มากกว่าแพทย์ พยาบาล ที่ควรมีส่วนร่วมในการดูแลด้วย^{๑๕๖} การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พัฒนาในประเทศที่พัฒนามาใช้ในประเทศไทยกำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย จึงต้องสร้างนิยามที่สอดคล้องกับบริบทของบริการสุขภาพของประเทศไทยก่อนนำไปกำหนดรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม^{๑๕๗} แล้วนำมาผ่านกระบวนการตรวจสอบว่าสามารถนำมาใช้ในวัฒนธรรมที่แตกต่างได้อย่างเหมาะสมหรือไม่สามารถอธิบายในรายละเอียดโดยสังเขปได้ดังนี้

๒.๘.๑ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยนายแพทย์สุวัฒน์ มหัตถินันต์กุล และคณะ^{๑๕๘} เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็น จิตนีย (Subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม เพราะฉะนั้นนิยามของ QOL จะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียด

^{๑๕๖} สุพัตรา ศรีวนิชชากร, “ปรับตัว ปรับระบบอย่างไร ให้สอดคล้องกับโรคเรื้อรัง”, วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๖ (พ.ย.-ก.พ. ๒๕๕๒) : ๔-๖.

^{๑๕๗} อาทิตยา วังวนสินธุ์, “ความเห็นพ้องของนิยามการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญไทย ด้วยการใช้เทคนิคνομินัลกรุป”, วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน ๒๕๕๗) : ๓๘.

^{๑๕๘} สุวัฒน์ มหัตถินันต์กุล และคณะ, “เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด ๑๐๐ ตัวชี้วัด และ ๒๖ ตัวชี้วัด”, วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๓ (มิถุนายน-กันยายน ๒๕๕๑) : ๔-๑๕.

ของอาการโรค หรือสภาพต่าง ๆ แต่ถือเป็นการประเมินผลของโรค และวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต เป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ๑๐๐ ข้อ โดย ทำการเลือกคำถามมาเพียง ๑ ข้อ จากแต่ละหมวดใน ๒๔ หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิต และสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก ๒ ข้อคำถามหลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องชี้วัด คุณภาพ ชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐาน แตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ ๓ รอบ การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ ๐.๘๔ ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ ๐.๖๕ โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL-๑๐๐ ฉบับ ภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม ๒ ชนิด คือ แบบ ภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบ ของคุณภาพชีวิต ๔ ด้าน ดังนี้

๑) ด้านร่างกาย คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมี ผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึก สุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำ วันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพา ยาต่าง ๆ หรือการรักษา ทางแพทย์ อื่นๆ เป็นต้น

๒) ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึก ภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตนการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความ เศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึง ความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

๓) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็น ผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นใน

๔) ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนิน ชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์

ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

การนำแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย มีข้อจำกัดกับการนำไปใช้กับประชาชนบางกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้สูงอายุอาจจะมีปัญหาในการใช้เนื่องจากในการพัฒนาแบบวัดไม่ได้ศึกษาบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป แนวทางแก้ไขหากมีปัญหาก่อขึ้นจากการตอบคำถามอาจจะเปลี่ยนไปใช้วิธีสัมภาษณ์ตามข้อคำถามที่มีอยู่แล้วให้ผู้ตอบเป็นผู้ประเมินคำตอบด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัยไม่เข้าใจผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ ตามกรอบหรือขอบเขตที่องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดเอาไว้ในแต่ละหมวด และข้อคำถามบางข้อยังมีจุดอ่อนของการเข้าใจคำถามอยู่บ้างโดยเฉพาะข้อคำถามที่เกี่ยวกับ เรื่องเพศเป็นคำถามที่ค่อนข้างมีปัญหาอยู่บ้าง ทั้งนี้เนื่องจากคำถามที่ต้องการบางข้อเป็นการยากที่จะใช้เพียงคำถามเดียว แล้วให้ผู้ตอบเข้าใจได้อย่างถูกต้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ แนวทางแก้ไขในกรณีที่น่าไปใช้แล้วเกิดปัญหาไม่เข้าใจคำถามที่ทำได้ คือ การให้คำอธิบายเพิ่มเติมตามขอบเขตที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ในแต่ละข้อคำถาม

๒.๘.๒ แบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (Short Form 36 : SF-36)

SF-36 (Medical Outcome Study 36-item Health Survey Short Form) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป ที่มีการนำไปใช้ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก สามารถนำไปใช้ในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย ทั้งคนที่ร่างกายปกติและผู้ป่วย^{๑๕๙} แบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (Short Form 36: SF-36) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปมี ๓๖ ข้อประเมิน ๘ ด้าน^{๑๖๐} คือ

- ๑) ด้านความสามารถทางกายภาพ
- ๒) ความจำกัดบทบาทหน้าที่โดยความเจ็บป่วยทางกาย
- ๓) ความเจ็บปวดของร่างกาย
- ๔) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปของตนเอง
- ๕) ความมีกำลังหรือมีความเหนื่อยล้า
- ๖) ความสามารถทางสังคม
- ๗) ความจำกัดบทบาทหน้าที่โดยความเจ็บป่วยทางใจ
- ๘) ความรู้สึกสุขสบายทางใจ

^{๑๕๙}Garratt A., Schmidt L., Mackintosh A. and Fitzpatrick R., “ Quality of life measurement : bibliographic study of patient assessed health outcome measures” , *British Medical Journal*, Vol. 324 No. 7351 (June 15, 2002) : 1417-1421.

^{๑๖๐}ธนิต จิรนนท์ธวัช, “Quality of life for quality dialysis”, ใน *Quality dialysis in the year 2010*, ธนิต จิรนนท์ธวัช และคณะบรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอน เจอร์นัล พับลิเคชั่น, ๒๕๕๓), หน้า ๒๙๑-๓๐๐.

สำหรับ SF-36 ฉบับภาษาไทย ได้มีการทดสอบคุณสมบัติความตรงและความเที่ยงแล้ว แต่เนื่องจากคุณสมบัติด้านความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามฉบับเดิม ไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ดี ได้แก่ ความตรงตามโครงสร้าง และความเที่ยงต่ำกว่าเกณฑ์ที่ผู้สร้างกำหนดไว้ อาจมีสาเหตุมาจากคำที่ใช้สื่อความหมายไม่ตรงกับต้นฉบับอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม การทดสอบคุณสมบัติในบางภาษา ก็พบว่ามีความสมบัติบางประการไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้เช่นกันจึงมีความมุ่งหมายที่จะทำการแปลใหม่โดยผู้แปลอาชีพ เพื่อปรับปรุงภาษาให้มีความถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้นการวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะทดสอบความตรง ความเที่ยง เปรียบเทียบกับฉบับเดิม แบบสอบถามฉบับใหม่เป็นแบบสอบถามที่สามารถนำไปใช้วัดคุณภาพชีวิตในกลุ่มคนต่างๆ ได้ แบบสอบถามฉบับนี้มีคุณสมบัติความเที่ยงที่ดี และมีความตรงเกือบทุกมิติเป็นไปตามเกณฑ์ ยกเว้นมิติ Vitality และ Role-emotional การแปลผลจึงควรทำด้วยความระมัดระวัง^{๑๖๑}

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ไปใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต เพราะเห็นว่ามี ความเหมาะสมที่จะนำไปเป็นส่วนประกอบในการดูแลผู้ป่วย ทางด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับวิถีชีวิตของสังคมไทย และได้ นำไปใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคลากร ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ในสถานที่ต่างๆ เช่น การประเมินคุณภาพชีวิตของบุคลากรมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์^{๑๖๒} โครงการวิจัยสำรวจคุณภาพชีวิตของบุคลากรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย^{๑๖๓} นำไปประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีไทยที่ถูกสามีทำร้าย^{๑๖๔} การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์^{๑๖๕} การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ^{๑๖๖} การตรวจประสิทธิผลด้านภาวะสุขภาพจิตและด้านคุณภาพชีวิตของการรักษาโรค

^{๑๖๑}ดูรายละเอียดในวัชรีย์ เลอมาณกุล และ ปารณีย์ มีแต้ม, “การทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม SF-36 ภาษาไทยฉบับแปลใหม่”, วารสารไทยเภสัชสาร, ปีที่ ๒๙ ฉบับที่ ๑-๒ (มกราคม-มิถุนายน ๒๕๔๘) : ๖๙-๘๘.

^{๑๖๒}มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, “คุณภาพชีวิตของบุคลากรมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์”, รายงานผลการวิจัย, (สภาข้าราชการมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, ๒๕๕๐).

^{๑๖๓}วิไล ชินเวชกิจวานิชย์ และคณะ, “โครงการสำรวจคุณภาพชีวิตของบุคลากรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย”, รายงานผลการวิจัย, (ศูนย์ศึกษาและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพและสาธารณสุข : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๑).

^{๑๖๔}สุนิรัตน์ จันทรศรี และคณะ, “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิของสตรีไทยที่ถูกสามีทำร้าย”, วารสารสภากาชาดไทย, ปีที่ ๒๔ ฉบับที่ ๔ (ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๒) : ๑๙-๒๘.

^{๑๖๕}เสกสรร หีบแก้ว และวงศา เลหาศิริวงศ์, “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์”, วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๑ (มีนาคม-มิถุนายน ๒๕๕๕) : ๒๒-๔๖.

^{๑๖๖}ประภา พิทักษา และ ปิณสุข สาลิตุล, “คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยแพทย์แผนไทยชุดหลักธรรมานามัย”, วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-เมษายน ๒๕๕๕) : ๔๓-๕๑.

ซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท^{๑๖๗} ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้^{๑๖๘} การวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด^{๑๖๙} นอกจากนี้ข้อมูลจากการประเมินคุณภาพชีวิตจะได้นำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้มีความเหมาะสม สามารถลดอัตราเพิ่มขึ้นของอาการที่เป็นส่วนหนึ่งของการเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี

๒.๙ สรุป

โรคเรื้อรัง คือ โรคที่มีการดำเนินโรคนานและค่อยๆ เพิ่มความรุนแรงมากขึ้นโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ใช้เวลานานและความก้าวหน้าช้าโดยทั่วไป เป็นโรคที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานติดต่อกันเกิน ๓ เดือน เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุด โรคบางชนิดมีส่วนสัมพันธ์กันที่จะทำให้เกิดการเสียชีวิต ประกอบด้วยโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นโรคที่ไม่รักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมได้ด้วยการใช้ยาและการรักษาอื่นๆ ลักษณะของโรคเรื้อรังเป็นความบกพร่อง หรือ เบี่ยงเบนจากปกติที่มีลักษณะของการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร มีความพิการหลงเหลืออยู่ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนสู่ปกติ ต้องการการฟื้นฟูสภาพ และให้การดูแลเป็นระยะเวลานาน ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้น นอกจากจะเกิดขึ้นโดยตรงที่ตัวผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สมาชิกในครอบครัวทุกคนย่อมผลกระทบตามไปด้วยไม่มากก็น้อย ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตในครอบครัว ในวงการแพทย์ทางตะวันตกได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จนได้แนวทางในการดูแลรักษาและได้นำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยตามลักษณะท้องถิ่น โดยการผสมผสานจากส่วนต่างๆ ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ที่ต้องอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถ มีความตั้งใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง สามารถดำรงชีพอยู่ได้อย่างมีความสุข ทฤษฎีการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับมีรายละเอียดที่น่าสนใจ ได้แก่ ๑) ทฤษฎีการพยาบาลของไนติงเกล ฟลอเรนซ์ ๒) ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และ ๓) ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัทสัน ซึ่งเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย และได้นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในประเทศต่างๆ ตามลักษณะของแต่ละภูมิภาค สามารถลด

^{๑๖๗} จักราวุธ เพือกคง, “ตรวจประสิทธิผลด้านภาวะสุขภาพจิตและด้านคุณภาพชีวิตของการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท”, วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๓ (กันยายน-ธันวาคม ๒๕๕๕) : ๒๗๖-๒๘๓.

^{๑๖๘} จีราพร ทองดีและคณะ, “ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้”, วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กันยายน-ธันวาคม ๒๕๕๕) : ๘๘-๙๙.

^{๑๖๙} สมพร ชินโนรส และ ชุตินา ตีปัญญา, “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด”, วารสารเกื้อการุณย์, ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มิถุนายน ๒๕๕๖) : ๕-๑๒.

จำนวนการเสียชีวิตของประชากรได้เป็นอย่างดี สำหรับแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การใช้ยาในการรักษา การใช้แพทย์ทางเลือก และการควบคุมอาหาร ส่วนสถานการณ์โรคเรื้อรังในประเทศไทยนั้น โรคเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวังตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้เนื่องจากเบาหวานจะเป็นโรคตั้งต้นของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และ โรคหลอดเลือดสมอง ที่มักเกิดตามมาถ้าไม่สามารถควบคุมโรคได้ จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบไปด้วย การพัฒนาระบบการให้บริการ ส่งเสริมการดูแลตนเอง การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพจิตในการดูแลตนเอง การจัดการปัญหาภาวะความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการพัฒนาเครื่องมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อส่งต่อผู้ป่วยสู่ครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข