



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 46 ฉบับที่ 37 : 25 กันยายน 2558

Volume 46 Number 37 : September 25, 2015

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health



การศึกษาปัจจัยทางนิเวศวิทยาที่กำหนดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูง อำเภอ lansak จังหวัดอุทัยธานี
Ecological factors related self-management of hypertensive cases,
Lansak district, Uthaitхани Province, Thailand

✉ manitaphanawadee@gmail.com

มานิตา พรหมวดีและคณะ

บทคัดย่อ

จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอำเภอ lansak สูงที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง และแนวโน้มอัตราผู้ที่มีความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอทไม่เปลี่ยนแปลง จึงควรมีการดำเนินโครงการเพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถจัดการตนเองได้ในการควบคุมความดันโลหิตและลดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการออกแบบและดำเนินกิจกรรมควรศึกษาปัจจัยกำหนดพฤติกรรมเพื่อออกแบบกิจกรรมที่แก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยนำแนวคิดปัจจัยทางด้านนิเวศวิทยาทั้ง 5 ระดับ มาศึกษาปัจจัยทางนิเวศวิทยาที่กำหนดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง สัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัว ผู้นำชุมชน ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ก. และหมู่บ้าน ข. อำเภอ lansak จังหวัดอุทัยธานี มีการสังเกตครัวเรือนและชุมชน วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา มีระยะเวลาดำเนินการวิจัย 11 เดือน คือ ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2557 - 31 มีนาคม 2558 ผลการศึกษา สัมภาษณ์

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด 56 คน สมาชิกในครอบครัว 56 คน ผู้นำชุมชน 7 คน อายุเฉลี่ย 63.5 (35-89) ปี ชายร้อยละ 35.7 หญิงร้อยละ 64.3 ผู้ป่วยหนึ่งในสามคิดว่าผู้ป่วยสามารถหยุดยาความดันโลหิตสูงเองได้ หมู่บ้าน ก. เป็นครอบครัวเดี่ยว หมู่บ้าน ข. เป็นครอบครัวขยาย ประชากรหมู่บ้าน ข. มีการรวมกลุ่มในงานประเพณีทำให้เกิดพลังในชุมชน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหมู่บ้าน ก. มีความรู้ในด้านต่างๆ มากกว่าหมู่บ้าน ข. ทั้ง 2 หมู่บ้านมีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับกลาง สรุปผล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ไม่ควรปรับเปลี่ยนเฉพาะปัจจัยภายในบุคคล ควรปรับเปลี่ยนครอบครัว ชุมชนร่วมด้วย ประกอบกับแต่ละชุมชนมีความแตกต่างกัน การออกแบบวัตถุประสงค์และกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควรมีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละชุมชน

คำสำคัญ: ปัจจัยทางนิเวศวิทยา พฤติกรรม ความดันโลหิตสูง



◆ การศึกษาปัจจัยทางนิเวศวิทยาที่กำหนดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอ lansak จังหวัดอุทัยธานี	577
◆ สรุปการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 37 ระหว่างวันที่ 13 - 19 กันยายน 2558	586
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 37 ระหว่างวันที่ 13 - 19 กันยายน 2558	587

วัตถุประสงค์ในการจัดทำ

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

1. เพื่อให้หน่วยงานเจ้าของข้อมูลรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ได้ตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
2. เพื่อวิเคราะห์และรายงานสถานการณ์โรคที่เป็นปัจจุบัน ทั้งใน และต่างประเทศ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลการสอบสวนโรค หรืองานศึกษาวิจัยที่สำคัญและเป็นปัจจุบัน
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานทางระบาดวิทยาและสาธารณสุข

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร ภูนาตล
นายแพทย์ธวัช จายนัยโยธิน นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
นายองอาจ เจริญสุข

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์

บรรณาธิการประจำฉบับ : ปริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์

บรรณาธิการวิชาการ : แพทย์หญิงชุลีพร จิระพงษา

กองบรรณาธิการ

ปริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์ สิริลักษณ์ รังษิวงค์ สุวดี ดิวงษ์

ฝ่ายข้อมูล

สมาน สุขุมภรณ์รัตน์ ศศิธรณ์ มาแอดิเยน พัชรี ศรีหมอก
สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์

ฝ่ายจัดส่ง : พิรยา คล้ายพ้อแดง สวัสดิ์ สว่างชม

ฝ่ายศิลป์ : ปริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : ปริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์ พิรยา คล้ายพ้อแดง

ผู้เขียนบทความ

มานิตา พรรณวดี¹, เพียงพิมพ์ ปิ่นระสี², นิธิมา มิตรสาณูช²,
พรสิริ พะลัง³, ฉัตรธพล คงหัวรอบ⁴, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์⁵

¹โรงพยาบาลทัพทัน อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี

²โรงพยาบาลลานสัก อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี

³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระบำ จังหวัดอุทัยธานี

⁴โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำรอบ จังหวัดอุทัยธานี

⁵ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**หากพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล กรุณาแจ้งมายัง
กลุ่มเผยแพร่วิชาการ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
เบอร์โทรศัพท์ 02-590-1723 หรือ
E-mail: panda_tid@hotmail.com หรือ
weekly.wesr@gmail.com**

ความเป็นมา

ในประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับที่ 3 - 4 ในปี พ.ศ. 2546 - 2553⁽¹⁾ จังหวัดอุทัยธานีมีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับที่ 3 ในปี พ.ศ. 2553 เท่ากับ 2,487 ต่อแสนประชากร และอันดับที่ 5 ในปี พ.ศ. 2554 เท่ากับ 2,540 ต่อแสนประชากร⁽²⁾ ข้อมูลปี พ.ศ. 2556 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอำเภอลานสักจำนวนสูงที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเท่ากับ 5,260 ราย อัตราป่วย 9,837 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้ สัดส่วนของผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้ดี (ไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท) ในปี พ.ศ. 2553 - 2556 มีแนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลง

อำเภอลานสักเป็นหนึ่งใน 8 อำเภอของจังหวัดอุทัยธานี มีพื้นที่ปกครอง 6 ตำบล โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 10 แห่ง ได้แก่ ชับป่าพลู ร่องตาที่ระบำ น้ำรอบ บึงแห้ง น้ำวัง ท่ามะนาว หนองแหน ทุ่งนางามและเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี มีประชากรทั้งหมด 57,870 คน มีพื้นที่ทั้งหมด 1,080 ตารางกิโลเมตร⁽³⁾ ประชากรประกอบอาชีพทำไร่ทำนา ไร่อ้อย ทำนา สามารถทำการเกษตรได้ทั้งปี ฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีมีลูกหลานดูแลผู้สูงอายุ วัฒนธรรมการรับประทานอาหารปรุงอาหารรับประทานเองที่บ้าน ตำบลระบำมีคนไทยอพยพมาจากภาคอีสานซึ่งมีวัฒนธรรมการกินอาหารรสเค็ม เช่น ปลาข้าว⁽⁴⁾ ประชากรในอำเภอลานสักมีการรวมกลุ่มกันน้อย ต่างคนต่างอยู่ การให้บริการคลินิกความดันโลหิตสูงให้บริการที่รพ.สต.และโรงพยาบาลลานสัก โดยรพ.สต.ขนาดใหญ่ ได้แก่ ชับป่าพลู ร่องตาที่ น้ำรอบ เฉลิมพระเกียรติฯ และระบำ มีแพทย์จากโรงพยาบาลลานสักออกตรวจคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง 1 วันต่อเดือน โรงพยาบาลลานสักมีแพทย์ออกตรวจคลินิกความดันโลหิตสูงทุกวันอังคารและพุธ ส่วนรพ.สต.ขนาดเล็กไม่มีแพทย์ออกตรวจ และไม่มีการติดตามผู้ป่วยขาดนัดอย่างเป็นระบบ

เห็นได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาระดับประเทศ ระดับจังหวัดและอำเภอรวมถึงอำเภอลานสัก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ให้มีการดำเนินโครงการเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถจัดการตนเองได้ในการควบคุมความดันโลหิตและเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่การออกแบบและดำเนินกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนั้น ควรที่จะศึกษาปัจจัยกำหนดพฤติกรรม เพื่อนำผลการศึกษามาออกแบบกิจกรรมแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม คณะผู้วิจัยจึงนำแนวคิดโมเดลด้านนิเวศวิทยา (ecological model) มาทำการศึกษาในงานวิจัยนี้ เพื่อหาตัวแปรที่กำหนดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 ระดับ ดังนี้ ระดับภายในบุคคล (intrapersonal) ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ความรู้ ทักษะคิด ค่านิยมที่ใช้ในการตัดสินใจวางแผนและจัดการชีวิต

ให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ระดับระหว่างบุคคล (interpersonal) ได้แก่ จำนวนและบทบาทสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย การใช้ชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร การประกอบอาชีพร่วมกันของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ผู้มีบทบาทและอำนาจในบ้าน ระดับองค์การ (organization) ได้แก่ การรวมกลุ่มชาวนาชาวไร่ กลุ่มจักสาน กลุ่มสูงอายุ วัฒนธรรมในสถานที่ทำงาน ระดับชุมชน (community) ได้แก่ การมีกลุ่มและการมีปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มคนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ แต่มีเป้าหมายร่วมกัน และส่งผลกระทบต่อปัญหาโรคความดันโลหิตสูง และระดับประเทศ (population) ได้แก่ โครงสร้างประชากร นโยบายท้องถิ่น นโยบายสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายวิชาชีพสาธารณสุข ซึ่งโมเดลด้านนิเวศวิทยาให้ความสำคัญเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายระดับและความสัมพันธ์ของแต่ละระดับ ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม^(5,6)

วิธีการศึกษา

การศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เลือกศึกษาในหมู่บ้านที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้น้อยที่สุดจาก 2 พื้นที่ ได้แก่ พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลลานสักและรพ.สต.ระบำ เนื่องจากเป็นหน่วยบริการที่มีแพทย์ออกตรวจคลินิกความดันโลหิตสูง ข้อมูลปีงบประมาณพ.ศ. 2556 โรงพยาบาลลานสักมีสัดส่วนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี (ไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท) น้อยเป็นอันดับสองรองจากรพ.สต.ขับป่าพลู ในจังหวัดอุทัยธานี และรพ.สต.ระบำมีสัดส่วนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดีมากที่สุด เลือก หมู่บ้าน ก. เนื่องจากมีสัดส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้น้อยที่สุดในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลลานสัก คือ ร้อยละ 54 และเลือกหมู่บ้าน ข. เนื่องจากมีสัดส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้น้อยที่สุดในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.ระบำ คือ ร้อยละ 69

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรตามวิธี Taro Yamane⁽⁷⁾ ขนาดของประชากรเท่ากับ 166 คน (จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใน 2 หมู่บ้าน) ความผิดพลาดเท่ากับ 0.1 คำนวณตัวอย่างได้ 63 คน เพิ่มตัวอย่างร้อยละ 30 ได้เท่ากับ 81 คน เพื่อศึกษาโมเดลทางนิเวศวิทยาให้ครบทั้ง 5 ระดับ กลุ่มตัวอย่างจึงประกอบด้วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้นำชุมชน การเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเลือกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงก่อนวันที่ 31 ธันวาคม 2556 และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี มีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านหมู่บ้าน ก. และหมู่บ้าน ข. เรียงตามตัวอักษรตามตัวอักษรชื่อและเลือกตัวอย่างสุ่มแบบง่าย (simple random

sampling) 81 คน เลือกสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกัน 81 คน เลือกผู้นำชุมชนโดยเลือกผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ของหมู่บ้าน ก. และหมู่บ้าน ข. ที่ดำรงตำแหน่งในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 7 คน ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้นำชุมชนสังเกตครัวเรือนและชุมชน

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน พิสัย ร้อยละ และจำนวนนับ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ content analysis เกณฑ์การวิเคราะห์การ จัดการตนเองได้แก่ ระดับคะแนน 1.0-2.0 = น้อย ระดับคะแนน 2.1-3.0 = ปานกลาง ระดับคะแนน 3.1-4.0 = สูง (แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ปรับใช้จากวิทยานิพนธ์ของ Nargis Akhter เรื่อง Self-management among patient with hypertension in Bangladesh ปี 2553)⁽⁸⁾ ระยะเวลาดำเนินงานวันที่ 1 พฤษภาคม 2557 - 31 มีนาคม 2558 วิธีการวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รหัส 9/57-680

ผลการศึกษา

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหมู่บ้าน ก. จำนวน 43 คน หมู่บ้าน ข. จำนวน 38 คน รวม 81 คน เมื่อลงพื้นที่เก็บข้อมูลพบว่า ไม่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 7 คน ย้ายถิ่นที่อยู่ 16 คน เสียชีวิต 1 คน และทำงานในป่า 1 คน จึงสัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ทั้งหมด 56 คน สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 56 คน ผู้นำชุมชนหมู่บ้าน ก. ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน และสมาชิกอบต. 2 คน หมู่บ้าน ข. ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน และสมาชิกอบต. 1 คน

ระดับภายในบุคคล (Intrapersonal)

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ศึกษามีอายุเฉลี่ยเป็นวัยสูงอายุ เพศหญิงมากกว่าเพศชาย อาชีพส่วนใหญ่ทำไร่ ทำนา และอยู่บ้าน และมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค

ด้านความรู้ ผู้ป่วยในหมู่บ้าน ก. เกือบทั้งหมดไม่ทราบผลข้างเคียงของยาลดความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยหนึ่งในสี่ส่วนคิดว่าผู้ป่วยสามารถหยุดยาความดันโลหิตสูงเองได้ และผู้ป่วยเกือบครึ่งไม่ทราบว่า การออกกำลังกายช่วยลดภาวะเสี่ยงโรคหัวใจ

ผู้ป่วยในหมู่บ้าน ข. เกือบทั้งหมดไม่ทราบผลข้างเคียงของยาลดความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยหนึ่งในสามคิดว่าผู้ป่วยสามารถหยุดยาความดันโลหิตสูงเองได้ และผู้ป่วยเกินครึ่งไม่ทราบว่า การออกกำลังกายช่วยลดภาวะเสี่ยงโรคหัวใจ

ด้านค่านิยมการรับประทานอาหารรสเค็ม หมู่บ้าน ก. เลือกผงดุรสมากที่สุด หมู่บ้าน ข. เลือกปลาร้ากินครั้งและมากที่สุด รองลงมาเป็นปลาเค็ม ตามตารางที่ 1

ระดับระหว่างบุคคลและครอบครัว (Interpersonal)

ลักษณะครอบครัว หมู่บ้าน ก. เป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 2 คน ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับลูกมากที่สุด รองลงมาสามี/ภรรยา และหลาน

หมู่บ้าน ข. เป็นครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3 คน ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับลูก หลาน และสามี/ภรรยาเป็นสัดส่วนเท่าๆ กัน

ความสัมพันธ์ในครอบครัว หมู่บ้าน ก. และหมู่บ้าน ข. ส่วนมากลูกดูแลพ่อแม่ และสามี/ภรรยาดูแลกัน ครั้งหนึ่งของผู้ป่วยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ปรุงอาหาร แต่ส่วนมากผู้ป่วยจัดยากินเอง

ระดับชุมชนและองค์กร

หมู่บ้าน ก. มีประชากรหนาแน่น 112.3 คนต่อตารางกิโลเมตร มีที่ดินทำกินเป็นของตนเองร้อยละ 90 ผู้นำชุมชนมีการทำงานเป็นทีม ผู้นำหมู่บ้าน ก. ประสบการณ์ 2 ปี (รับตำแหน่งผู้ใหญ่บ้าน พฤษภาคม 2555) ดูแลไม่ครอบคลุม จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบางพื้นที่ให้ข้อมูลว่า มีการแบ่งพื้นที่เป็น 4 ส่วน คือ พื้นที่หลังเขาอยู่ไกลไม่ค่อยรู้ข่าว ไม่มีใครมาบอก พื้นที่ป่ากระท่อน พื้นที่หน้าเขา (ละแวกบ้านผู้ใหญ่บ้าน) และพื้นที่ป้อนไก่ มีหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบลคือโรงพยาบาลลานสัก มีเจ้าหน้าที่ดูแลพื้นที่เขตรับผิดชอบ 10 คน ซึ่งเจ้าหน้าที่แต่ละคนจะรับผิดชอบคนละ 1 หมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่มีภาระงานให้บริการในโรงพยาบาลด้านอื่นๆ ด้วย มีวัด 1 แห่ง เจ้าอาวาสเป็นที่เคารพศรัทธา เคยใช้ลานหน้าวัดเป็นพื้นที่รวมกลุ่มออกกำลังกายแต่ไม่มีผู้เข้าร่วมต่อเนื่องจึงยกเลิกไป และในหมู่บ้าน ก. มี 1 โรงเรียน ซึ่งผู้อำนวยการให้ความร่วมมือกิจกรรมของหมู่บ้านเป็นอย่างดี

หมู่บ้าน ข. มีประชากรหนาแน่น 199.8 คนต่อตารางกิโลเมตร มีที่ดินทำกินเป็นของตนเองร้อยละ 30 เนื่องจากร้อยละ 90 อพยพมาจากภาคอีสานที่อยู่เป็นพื้นที่รัฐฯ จัดสรรให้ ผู้นำชุมชนประสบการณ์ 1 ปี (รับตำแหน่งผู้ใหญ่บ้าน เมษายน 2556) ดูแลคนในชุมชนได้ครอบคลุม รับรู้ข่าวสารทั่วถึงทั้งหมู่บ้าน เนื่องจากคนในชุมชนส่วนใหญ่เป็นผู้อพยพมาตั้งถิ่นฐานจากภาคอีสานจึงมีประเพณีการรวมกลุ่มงานบุญพระเวศน์และงานบุญบั้งไฟมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละบำเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบลประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ 7 คน เจ้าหน้าที่แต่ละคนรับผิดชอบงานแต่ละด้าน มีการนำปัญหาทำโครงการด้านสุขภาพโดยของงบประมาณจากอบต. ในชุมชนมี วัด 1 แห่ง สำนักสงฆ์ 2 แห่ง โดยคนในชุมชนที่เป็นคนภาคอีสานอพยพมาตั้งถิ่นฐานจะทำบุญที่สำนักสงฆ์ที่ตั้งอยู่ในละแวกชุมชนอีสาน 1 แห่งเป็นประจำ ส่วนวัดตั้งอยู่ในพื้นที่บ้านคนอุทัยเดิมผู้ที่เข้าวัดจะเป็นคนอุทัยเดิม ไม่มีโรงเรียนในหมู่บ้าน ข.

ทั้ง 2 หมู่บ้านมีการรวมกลุ่มเพื่อการเกษตร กลุ่มพัฒนาหมู่บ้าน รวมกลุ่มทำพิธีกรรมทางศาสนา มีศักยภาพในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการของแต่ละหมู่บ้านโดยทีมผู้นำและคนในชุมชน

ประสานงบประมาณจากอบต. การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นของคนในชุมชนมีในการประชุมหมู่บ้านและประชุมอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประจำเดือน ตามตารางที่ 2

ระดับประเทศ

แผนการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัด และเขตบริการสุขภาพที่ 3 ปี 2557 - 2558 แบ่งตามกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มวัยเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) และมารดา พัฒนาเรื่องเด็กแรกเกิด (newborn) การฝากครรภ์ (ANC) การเจริญเติบโต และทันตกรรม กลุ่มวัยรุ่น (15 - 21 ปี) พัฒนาเรื่องการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ยาเสพติด สุรา อุบัติเหตุ กลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี) พัฒนาเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคมะเร็ง จิตเวช โรคตา โรคไต การบาดเจ็บ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และทันตกรรม กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และผู้พิการ พัฒนาเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคมะเร็ง จิตเวช โรคตา โรคไต การบาดเจ็บ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และทันตกรรม เช่นเดียวกับกลุ่มวัยทำงาน แต่อาจเน้นบางโรคแตกต่างจากวัยทำงาน ตัวชี้วัดโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอ ลานสักและจังหวัดอุทัยธานี ปี พ.ศ. 2557 คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ร้อยละ 50 นอกจากนี้ รพ.สต.สามารถทำแผนยุทธศาสตร์และโครงการพัฒนาสุขภาพเพื่อของบประมาณจากคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลได้

พฤติกรรมจัดการตนเอง (Self-management) และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2 หมู่บ้าน

การจัดการตนเองโดยรวมของทั้ง 2 หมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยหมู่บ้าน ก. ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดควบคุมความดันโลหิตได้ดีและไม่ขาดยา ให้ความร่วมมือในการรักษาโรคระดับสูง แต่มีส่วนร่วมในการรักษาน้อย ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งมีกิจกรรมทางกายตั้งแต่ 150 นาทีต่อสัปดาห์

หมู่บ้าน ข. ผู้ป่วยสองในสามควบคุมความดันโลหิตได้ดี ผู้ป่วยหนึ่งในสี่ขาดยานานกว่า 1 เดือน ให้ความร่วมมือในการรักษาโรคระดับสูง แต่มีส่วนร่วมในการรักษาระดับน้อย ผู้ป่วยหนึ่งในสามมีกิจกรรมทางกายตั้งแต่ 150 นาทีต่อสัปดาห์ ตามตารางที่ 3

อภิปรายและสรุป

การกินยาความดันโลหิตต่อเนื่อง

พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดยาลดความดันโลหิตและมีผู้ป่วยที่มีความเห็นว่าสามารถหยุดยาลดความดันโลหิตสูงได้เองโดยไม่ต้องรอแพทย์สั่ง สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวรักษาไม่หาย เมื่อผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ ผู้ป่วยคิดว่าหายแล้วและไม่ต้องการยาต่อเนื่อง จึงไม่มารับยาและขาดนัด ซึ่งคล้ายกับองค์ความรู้ในหนังสือ Adherence to Long-Term Therapies Evidence for action ของ WHO เขียนไว้ว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อการให้

ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แต่มีสองปัจจัยที่สำคัญที่สุด คือ “undoubtedly the asymptomatic and lifelong nature of the disease” หมายถึง ควรให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเข้าใจว่า โรคความดันโลหิตสูงไม่มีอาการแสดง และธรรมชาติของโรคความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคนี้ตลอดชีวิต⁽⁹⁾

ผู้ป่วยบางส่วนให้ข้อมูลว่าหยุดยาไม่ได้เนื่องจากกลัวอาการไม่ดี ต้องทำตามแพทย์ กลัวแพทย์ตำหนิ ผู้ป่วยยังให้ความเคารพแพทย์ คิดว่าแพทย์เป็นที่พึ่งเมื่อเจ็บป่วย แพทย์สั่งให้กินยาก็กิน และไม่แสดงความคิดเห็นกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อสงสัยในกระบวนการรักษาหรือเพื่อวางแผนการรักษาร่วมกัน แสดงให้เห็นว่าคำพูดแพทย์เมื่อสื่อสารกับผู้ป่วยมีความสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมและการกินยาของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Beena Jimmy และ Jimmy Jose ปี 2554 ว่า แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมและการกินยาของผู้ป่วย⁽¹⁰⁾

การออกกำลังกาย

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กิจกรรมทางกายส่วนมากเป็นการทำงานบ้านและทำไร่ทำนา ซึ่งผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกาย (physical activity) ตั้งแต่ 150 นาทีขึ้นไปต่อสัปดาห์ โดยแนวทางที่กรมควบคุมโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา แนะนำให้ทำกิจกรรมทางกายหนักระดับกลาง (moderate intensity) คือ การเดินเร็วอย่างน้อย 3 ไมล์ต่อชั่วโมง การแอโรบิกในน้ำ การขี่จักรยานเร็วมากกว่า 10 ไมล์ต่อชั่วโมง การเล่นเทนนิส การเดินรำ และการทำสวน อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ⁽¹¹⁾ จึงเป็นไปได้ว่าการทำงานในแต่และวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นการทำกิจกรรมทางกายระดับกลางและระยะเวลาเกิน 150 นาทีต่อสัปดาห์ซึ่งทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้

ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การศึกษาครั้งนี้ประชากรรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ซึ่งพบว่า มีประชากร 7 คนไม่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจากการสุ่มทั้งหมด 81 คน ซึ่งการเก็บข้อมูลของระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อนี้เป็นโปรแกรมที่ได้รับข้อมูลจากการวินิจฉัย (ICD-10) จากโปรแกรม HosXP ที่ใช้ในการให้บริการที่สถานบริการสาธารณสุข ทางโรงพยาบาลและ รพ.สต. ส่งข้อมูลทุก 1 เดือน ถ้ามีประชาชนที่มารับบริการทางสาธารณสุขและได้รับการวินิจฉัยรหัส “I 10” ครั้งใดครั้งหนึ่ง ผู้มารับบริการท่านนั้นจะถูกนับเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งประชากร 7 คน นี้อาจมารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขและได้รับการวินิจฉัยผิดพลาดเช่น เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนโรคผิด เป็นต้น ดังนั้นควรมีการประเมินความถูกต้องของข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ได้ถูกต้องเหมาะสม

การออกแบบกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเอง

ด้านความรู้ สำหรับประชาชนทุกคน ควรให้ความรู้เกี่ยวกับนิยามโรคประจำตัว คือ โรคที่รักษาไม่หายติดตัวผู้ป่วยไปตลอดชีวิต⁽⁹⁾ โดยจัดการณรงค์มีคำโดนๆ สั้นๆ ให้ติดปาก ทั่วประเทศ คล้ายกับโครงการ ลดพุง ลดโรค ซึ่งเป็นการปรับพฤติกรรมระดับประเทศตามโมเดลทางนิเวศวิทยา⁽⁶⁾

สำหรับ 2 หมู่บ้านที่ศึกษา เน้นเรื่องการกินยารักษาต่อเนื่องหรือถ้าผู้ป่วยสามารถหยุดยาได้โดยแพทย์ก็ควรมาตรวจติดตามต่อเนื่องตามแพทย์นัด ให้ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาลดความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายที่สามารถลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีการให้สุขศึกษาด้วยวิธีสร้างการมีส่วนร่วม เพราะการมีส่วนร่วมเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืน⁽¹²⁾ มีส่วนร่วมทั้งระดับบุคคลและชุมชนในการเป็นผู้สอน (coach) โดยใช้เทคนิคการปรึกษาแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเป็นเพื่อนคู่คิดกันในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ จะทำให้มีการเรียนรู้และปฏิบัติได้จริง⁽¹³⁾ นอกจากนี้ควรให้คำปรึกษาตัวต่อตัวเมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข

ด้านค่านิยม สำหรับผู้ป่วยและญาติ หมู่บ้าน ข. สร้างค่านิยมการกินอาหารไม่เค็มและการประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้หลักการแรงจูงใจ (motivation) โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติเอ่ยข้อความที่บ่งบอกถึง เหตุผลที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงตนเองมากกว่าที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นผู้บอกถึงเหตุผล ซึ่งอาจใช้การกระตุ้นให้สังเกตใจด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การนำผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนแต่สามารถปรับการกินอาหารได้มาเป็นบุคคลตัวอย่าง⁽¹³⁾

ด้านทักษะ สำหรับประชาชนทุกคน สอนทักษะการออกกำลังกายที่บ้านแบบง่าย ทำได้ด้วยตนเอง ไม่ใช้อุปกรณ์ที่มีความซับซ้อน โดยทำ workshop ให้แกนนำหมู่บ้านและผู้สนใจในชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบทำการออกกำลังกายแบบง่ายที่บ้าน สาธิตการออกกำลังกาย ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายที่สามารถนำไปใช้ได้จริง และสอดคล้องกับชีวิตประจำวัน⁽¹⁴⁾ และผลักดันให้แกนนำหมู่บ้านไปรวมกลุ่มและฝึกคนในชุมชนให้ออกกำลังกายและดูแลกันเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบของชุมชน ซึ่งชุมชนจะต้องมีความรู้สึก เป็นเจ้าของ เห็นคุณค่าและมีทัศนคติที่ดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ แต่การที่จะให้ระดับชุมชนมีส่วนร่วมและมีการขับเคลื่อน การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน จำเป็นที่จะต้องอาศัยแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชน⁽¹⁵⁾

ด้านชุมชน สำหรับสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งในอำเภอลานสัก สร้างระบบการติดตามผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ขาดนัดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแนวทางที่ชัดเจนและชุมชนมีส่วนร่วมในการติดตามผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยขาดยาทำงานอยู่ในสถานดับไฟฟ้าให้

หัวหน้างานช่วยติดตามเฝ้าระวังการรับยาต่อเนื่อง

สำหรับประชาชนทุกคน ในอำเภอลานสัก จัดตั้งคลื่นวิทยุชุมชนสำหรับช่องสุขภาพ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การป้องกันควบคุมโรคและสถานการณ์ด้านต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง เช่น การคิดบวก การนำธรรมชาติมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยมีหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชนผลักดันนำความรู้ เรื่องเล่าที่เกี่ยวกับสุขภาพมาแลกเปลี่ยนกัน

สำหรับหมู่บ้าน ก. ปรับทีมผู้นำทางด้านสาธารณสุข เช่น มิสเตอร์ความดัน ให้มีมิสเตอร์ความดันอยู่ในทุกพื้นที่ ทุกกลุ่มของหมู่บ้าน เพื่อประสานงานทั่วถึง โดยตั้งผู้นำที่เป็นทางการ ผู้นำแฝง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นมิสเตอร์ความดัน และจัดประกวดมิสเตอร์ความดันเป็นบุคคลต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง⁽¹⁶⁾

ความแตกต่างของแต่ละพื้นที่และกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เห็นได้ว่า 2 หมู่บ้านที่ศึกษามีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหมู่บ้าน ก. มีความรู้ในด้านต่างๆ มากกว่าหมู่บ้าน ข. มีวิถีชีวิตการกินอาหารเสริมน้อยกว่า มีการออกกำลังกายมากกว่า แต่ผู้ป่วยหมู่บ้าน ก. และหมู่บ้าน ข. มีการจัดการตนเองโดยรวมระดับปานกลางคล้ายกัน อาจเนื่องมาจากชุมชนหมู่บ้าน ก. มีทุนมนุษย์ ทุนสังคม และมีความร่วมมือจากหน่วยงานในชุมชนน้อยกว่าหมู่บ้าน ข. ดังนั้นการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ไม่ควรปรับเปลี่ยนเฉพาะปัจจัยภายในบุคคล ควรปรับเปลี่ยนครอบครัว ชุมชนร่วมด้วย ประกอบกับแต่ละชุมชนมีความแตกต่างกัน การออกแบบวัตถุประสงค์และกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควรมีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละชุมชน เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหมู่บ้าน ก. ควรเน้นที่ปรับชุมชน ให้ชุมชนเกิดความสามัคคี ปรับทีมผู้นำให้ประสานงานกับชุมชนได้ทั่วถึง ผลักดันให้หน่วยงาน องค์การในชุมชนมีส่วนร่วม ด้านหมู่บ้าน ข. ควรเน้นปรับเปลี่ยนที่ตัวบุคคลเสริมความรู้ ทักษะ ทักษะ ปรับค่านิยมในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลลานสัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระบำ คณะผู้นำชุมชน และ อสม.ทั้ง 2 หมู่บ้าน สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และดร.พญ. ชุติพร จิระพงษา ที่สนับสนุนการศึกษานี้จนสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2546-2553. นนทบุรี [เข้าถึงวันที่ 21 มิถุนายน 2555]; เข้าถึงได้จาก:

ops.moph.go.th/Healthinformation/2.3.6_53.pdf

2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูล ncd-BRFSS ตามเขตสาธารณสุข. 2554 [เข้าถึงวันที่ 21 ธันวาคม 2556]; Available from: <http://thaincd.com/information-statistic/brfss-data.php>.
3. วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. อำเภอลานสัก. 2556 [เข้าถึงวันที่ 21 ธันวาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก: <http://th.wikipedia.org/wiki/อำเภอลานสัก>.
4. ปอยฝ้าย นามแฝง. วัฒนธรรมการบริโภคอาหารของชาวอีสาน. 2555 [เข้าถึงวันที่ 13 กันยายน 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://hph.moph.go.th/?modules=HealthCulture&action=ViewHealthCulture&id=14>.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Injury Prevention & Control: Violence Prevention and the Socio-Ecological model. The Social - Ecological Model: A Framework for Prevention. 2009 [cited 2013 December 20]. Available from: <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/overview/social-ecologicalmodel.html>
6. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly*, 1988. 15: 351-77.
7. Daniel W W. *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. 9 ed., Atlanta, 2010.
8. Nilmanat K, Akhter N. Self-management Among Patients with Hypertension in Bangladesh, in *Nursing Science (International program)*. Prince of Songkla University: Songkla, 2010.
9. World Health Organization. *Adherence to Long-Term Therapies Evidence for action*. Geneva: Marketing and Dissemination, World Health Organization; 2003.
10. Jimmy B, Jose J. Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice. *Oman Medical Journal* 2011; 26 (3): 155-9.
11. Centers for Disease Control and Prevention. *Physical Activity*. 2011 [cited 2013 December 21]; Available from: <http://www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/measuring/index.html>.
12. สุปรียา ต้นสกุล, ทฤษฎีและโมเดล การประยุกต์ใช้ในงานสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยุทธินทรการพิมพ์; 2548.
13. อัจฉรา ภักดีพิณีจ, ลินดา จำปาแก้ว. หลักสูตรการปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2555.
14. จุริพร คงประเสริฐ, ธิติรัตน์ อภิญญา. คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
15. กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน. เล่มที่ 1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน. กรุงเทพมหานคร; 2556.
16. กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. วิธีการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. เล่มที่ 4 วิธีการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร; 2556.

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยระดับภายในบุคคล (Intrapersonal) ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2 หมู่บ้าน

ปัจจัยในเวชวิทยา	หมู่บ้าน ก. (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	หมู่บ้าน ข. (n=26) จำนวน (ร้อยละ)	รวม (n=56) จำนวน (ร้อยละ)
อายุ: มัธยฐาน (พิสัย)	63 (46-89)	65 (35-87)	63.5 (35-89)
เพศ: - ชาย	8 (26.7)	12 (46.2)	20 (35.7)
- หญิง	22 (73.3)	14 (53.8)	36 (64.3)
ประกอบอาชีพ: - ทำไร่ ทำนา	16 (53.3)	5 (21.7)	21 (39.6)
- รับจ้างทั่วไป	1 (3.3)	6 (26.1)	7 (13.2)
- ค้าขาย	1 (3.3)	2 (8.7)	3 (5.7)
- ข้าราชการ	1 (3.3)	2 (8.7)	3 (5.7)
- อยู่บ้าน	11 (36.7)	8 (34.8)	19 (35.8)
รายได้ต่อคนต่อปี: มัธยฐาน (พิสัย)	50,000 (0 - 600,000)	46,800 (0 - 360,000)	48,000 (0-600,000)
- มีโรคเรื้อรัง 1 โรค	10 (33.3)	12 (46.2)	22 (39.3)
- มีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค	20 (66.7)	14 (53.8)	34 (60.7)
ความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยา	29	26	55
- มีความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยา	3 (10.3)	1 (3.8)	4 (7.3)
- ไม่มีความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยา	26 (89.7)	25 (96.2)	51 (92.7)
ความรู้เรื่องผู้ป่วยสามารถหยุดยาเอง: จำนวน (ร้อยละ)	27	25	52*
- ได้	7 (25.9)	8 (32.0)	15 (28.8)
- ไม่ได้	20 (74.1)	17 (68.0)	37 (71.2)
ความรู้เรื่องออกกำลังกายลดภาวะเสี่ยงโรคหัวใจ: จำนวน (ร้อยละ)	29	26	55
- ทราบ	18 (62.1)	12 (46.2)	30 (54.5)
- ไม่ทราบ	11 (37.9)	14 (53.8)	25 (45.5)
ค่านิยมการเลือกกินอาหาร: - ปลา ร้า	6 (20.0)	19 (73.1)	25 (44.6)
- ปลาเค็ม	6 (20.0)	15 (57.7)	21 (37.5)
- ผงชูรส	14 (46.7)	8 (30.8)	22 (39.3)
- ปลากระป๋อง	5 (16.7)	1 (3.8)	6 (10.7)
- มาล่า	2 (6.7)	2 (7.7)	4 (7.1)
- ผักดอง	1 (3.3)	3 (11.5)	4 (7.1)
การเดินทางไปสถานพยาบาล: - ขับ/ขี่รถด้วยตนเอง	9 (30.0)	11 (42.3)	20 (35.7)
- สมาชิกในครอบครัวขับ/ขี่รถมาส่ง	21 (70.0)	13 (50.0)	34 (60.7)
- อื่นๆ	-	2 (7.7)	2 (3.6)

*หยุดยาได้เพราะไม่มีอาการ 13 คน (โดยมากเคยทดลองหยุดยามาแล้ว) หยุดไม่ได้กลัวอาการไม่ดี 19 คน หยุดไม่ได้ต้องทำตามแพทย์ ก้าวแพทย์ตำหนิ 7 คน

ตารางที่ 2 ลักษณะของชุมชนหมู่บ้าน ก. และหมู่บ้าน ข.

ปัจจัยในเวชวิทยา	หมู่บ้าน ก.	หมู่บ้าน ข.
1. ลักษณะทั่วไป		
1.1 จำนวนประชากร	1,078	1,279
1.2 จำนวนครัวเรือน	358	409
1.3 พื้นที่ (ตารางกิโลเมตร)	9.6	6.4
1.4 ความหนาแน่น (คนต่อตร.กม.)	112.3	199.8
1.5 จำนวน อสม.	25	16
1.6 คนในชุมชนมีที่ดินเป็นของตนเอง	ร้อยละ 90	ร้อยละ 30
1.7 ถิ่นฐานเดิม	อุทัยธานี	ภาคอีสานร้อยละ 90
2. ทุนมนุษย์		
- ผู้นำชุมชน	- ทำงานเป็นทีม - ประสบการณ์ 2 ปี	- ทำงานเป็นทีม - ประสบการณ์ 1 ปี
- อสม.	- ดูแลไม่ครอบคลุม	- ดูแลครอบคลุม
- ผู้นำแฝง	- ทำงานตามที่ได้รับมอบหมายได้ดี	- ทำงานตามที่ได้รับมอบหมายได้ดี
	- ผู้ใหญ่บ้านเก่า อบต.เก่า เจ้าอาวาสวัดในชุมชน ผู้อำนวยการโรงเรียนในชุมชน ประธานอสม.เก่า	- ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านเก่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.ระบำ มัคทายกสำนักสงฆ์ในชุมชน

ปัจจัยนิเวศวิทยา	หมู่บ้าน ก.	หมู่บ้าน ข.
3. ทุนสังคม		
3.1 พลังชุมชน		
- กลุ่มการเกษตร	- มีการรวมกลุ่มเกษตรกรเพื่อกู้ยืมเงิน (เป็นกลุ่มทั้งตำบล)	- รวมกลุ่มปลูกข้าวโพดหวานเพื่อ “เอาแรง”
- กลุ่มพัฒนาหมู่บ้าน	- รวมกลุ่มวันพ่อ วันแม่ ทำความสะอาดหมู่บ้าน	- รวมกลุ่มวันพ่อ วันแม่ ทำความสะอาดหมู่บ้าน
- กลุ่มเพื่อศาสนา	- รวมกลุ่มทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา	- รวมกลุ่มงานบุญพระเวศน์ และงานบุญบั้งไฟ
- กลุ่มพัฒนาสิ่งแวดล้อม		- รวมกลุ่มปลูกป่า
3.2 ศักยภาพชุมชน	- มีโครงการลอกหนองเขายาเพื่อใช้เป็นแหล่งน้ำทางการเกษตร	- มีโครงการหามือแปลงไฟเพื่อมาใช้ป้อนน้ำประปาเมื่อไฟตกหรือไฟดับ
	- มีแผนลอกผักตบชวาในปีหน้า	- มีการก่อตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ
3.3 ระดับการมีส่วนร่วม	- มีการประชุมหมู่บ้านเดือนละครั้ง มาไม่ครบ เข้าประชุมประมาณร้อยละ 80	- มีการประชุมหมู่บ้านเดือนละครั้ง มาไม่ครบ เข้าประชุมประมาณร้อยละ 80
	- มีการประชุมอสม. เดือนละครั้ง และประชุมอสม. เพื่อจัดทำโครงการสุขภาพในชุมชน	- มีการประชุมอสม. เดือนละครั้ง และประชุมอสม. เพื่อจัดทำโครงการสุขภาพในชุมชน
3.4 กติกาชุมชน	- ผู้ใหญ่บ้านไกลเกลี่ยความขัดแย้งของลูกบ้าน ถ้าไม่สำเร็จแจ้งตำรวจ	- ผู้ใหญ่บ้านไกลเกลี่ยความขัดแย้งของลูกบ้าน ถ้าไม่สำเร็จแจ้งตำรวจ
		- การเข้าป่าห้วยขาแข้งหาเห็ดโคนต้องไม่นำของป่าอื่นๆ ออกมา โดยเด็ดขาด

ตารางที่ 3 การจัดการตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2 หมู่บ้าน

การจัดการตนเอง	หมู่บ้าน ก. (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	หมู่บ้าน ข. (n=26) จำนวน (ร้อยละ)	รวม (n=56) จำนวน (ร้อยละ)
ขาดยานานกว่า 1 เดือน	30	25	55
- ขาดยา	3 (10.0)	7 (28.0)	10 (18.2)*
- ไม่ขาดยา	27 (90.0)	18 (72.0)	45 (81.8)
**การให้ความร่วมมือในการรักษาโรค	29	26	55
- สูง	23 (79.3)	14 (53.8)	37 (67.3)
- ปานกลาง	5 (17.2)	6 (23.1)	11 (20.0)
- น้อย	1 (3.4)	6 (23.1)	7 (12.7)
***ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา : - สูง	1 (3.3)	5 (19.2)	6 (10.7)
- ปานกลาง	9 (30.0)	11 (42.3)	20 (35.7)
- น้อย	20 (66.7)	10 (38.5)	30 (53.6)
ชนิดกิจกรรมทางกาย: - ทำงานบ้าน	13 (43.3)	14 (53.8)	27 (48.2)
- ทำไร่นา	13 (43.3)	5 (19.2)	18 (32.1)
- เดิน	6 (20.0)	9 (34.6)	15 (26.8)
- ไม่มี	4 (13.3)	2 (7.7)	2 (3.6)
ระยะเวลาทำกิจกรรมต่อสัปดาห์: ≥150 นาที	13 (43.3)	9 (34.6)	22 (39.3)
<150 นาที	17 (56.7)	17 (65.4)	34 (60.7)
ความดันโลหิต	28	25	53
- SBP > 140 หรือ DBP > 90	4 (14.2)	9 (36.0)	13 (24.5)
- SBP ≤ 140 และ DBP ≤ 90	24 (85.7)	16 (64.0)	40 (75.5)
การจัดการตนเองโดยรวม: - สูง	-	8 (30.8)	8 (14.3)
- ปานกลาง	29 (96.7)	11 (42.3)	40 (71.4)
- น้อย	1 (3.3)	7 (26.9)	8 (14.3)

หมายเหตุ

*ผู้ป่วยที่ขาดยาให้ข้อมูลว่า หายขาดแล้วความดันโลหิตไม่ขึ้น 2 ราย ตนเองหรือลูกไม่ว่างไปรับยา 3 คน กินสมุนไพรแทน 2 คน

**ให้ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง กินยาถูกต้อง ไปพบแพทย์ตามนัด และปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

***มีส่วนร่วมในการรักษา หมายถึง วางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์ กำหนดเป้าหมายร่วมกับแพทย์ เช่น ผู้ป่วยขอแพทย์งดจ่ายาลดความดันโลหิตมื่อเย็นเนื่องจากไม่ได้รับประทานอาหารเย็นและลิมกินยามื่อเย็น ขอสั่งยามื่อเช้าและกลางวันเท่านั้น

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

มานิตา พรรณวดี, เพียงพิมพ์ ปันระสี, นิธิมา มิตรสาณูช, พรสิริ พะลัง, ฉัตรพล คงห้วยรอบ, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์. การศึกษาปัจจัยทางนิเวศวิทยาที่กำหนดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2558; 46: 577-85.

Suggested Citation for this Article

Phanawadee N, Punrasi P, Mitsanut N, Phalang P, C Konghuayrob C, Tanasugarn C. Ecological Factors Related Self-management of Hypertensive Cases, Lansak District, Uthaitani Province, Thailand. Weekly Epidemiological Surveillance Report 2015; 46: 577-85.

Ecological Factors Related Self-management of Hypertensive Cases, Lansak District, Uthaitani Province, Thailand, Thailand

Authors: Manita Phanawadee¹, Phiangphim Punrasi², Nitima Mitsanut², Pornsiri Phalang³, Chattaphol Konghuayrob⁴, Chanuantong Tanasugarn⁵

¹Taptan hospital, Taptan district, Uthaitani province

²Lansak hospital, Lansak district, Uthaitani province

³Rabum health promotion sub-district hospital, Rabum sub-district, Lansak district, Uthaitani province

⁴Namrop health promotion sub-district hospital, Namrop sub-district, Lansak district, Uthaitani province

⁵Department of Health Education and Behavioral sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

Background: Highest number of chronic disease at Lansak district is hypertension. Trend of poor controlled blood pressure level was not decrease in 3 year. Implementations for controlling blood pressure and reducing complications are needed. However we should know health determinants before design effective interventions. This study was initiated to study ecological factors related self-management of hypertensive cases.

Methods: A cross-sectional study was conducted in 1st May 2014 – 31st March 2015 through interviews cases, families, and leaders in 2 villages, Lansak district, Uthaitani province and observes households and communities. we analyzed data by descriptive statistic.

Results: We interviewed 56 cases, 56 families and 7 leaders. Mean of age is 63.5 (35-89) yr. Male is 35.7% and female is 64.3%. One third of cases think that they can stop anti-hypertensive drugs by themselves. Most of families are nuclear family in village A and extended family in village B. Population in village B has many cultural ceremonies and joins together. Hypertension cases in village A have much more knowledge than one in village B. However, both of them have middle self-management.

Conclusions: Behavior changing implementation are more than a level affect to self-management. Implementation should be considered many levels (intrapersonal, interpersonal, community, organization and population) and applied follow by community status.

Keywords: ecological factor, self-management, hypertension