

## ความเชื่อมโยงของการจัดการตนเองเพื่อการดูแลโรคและการใช้ยา กับบริบทการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

อภิญญา จิวสืบพงษ์<sup>1,2</sup>, พัทธวีภา สุวรรณพรหม<sup>3</sup>

<sup>1</sup>นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการจัดการเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

<sup>2</sup>กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

<sup>3</sup>ภาควิชาบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการจัดการโรคเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในบริบทพื้นที่ที่ศึกษาในมุมมองของผู้ป่วย และ เพื่อค้นหาความเชื่อมโยงของบริบทแวดล้อมกับการจัดการตนเองเรื่องโรคและยา **วิธีการ:** การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ 9 คน ตามแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง **ผลการวิจัย:** ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่แตกต่างกันตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล แต่พบว่ามี ความเชื่อมโยงกับ 5 ปัจจัยหลักที่สำคัญ คือ สภาพาสุขภาพที่มีผลต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ทักษะชีวิตที่มีต่อโรคเรื้อรัง การรักษา และการใช้ยา ระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิและกระบวนการเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สภาพชุมชนความเป็นอยู่และการประกอบอาชีพของคนในสังคม รวมถึงความพร้อม ความสัมพันธ์ และสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว **สรุป:** ทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยส่งผลต่อการจัดการตนเองด้านสุขภาพทั้งด้านการเป็นสิ่งที่สนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมโรค

**คำสำคัญ:** โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การจัดการตนเอง มุมมองผู้ป่วย

รับต้นฉบับ: 24 พ.ค. 2562, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 8 มิ.ย. 2562, รับลงตีพิมพ์: 20 มิ.ย. 2562

ผู้ประสานงานบทความ: อภิญญา จิวสืบพงษ์ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ 60000 E-mail:

apinya.jew@gmail.com

## **Linkage between Self-Management for Diseases and Medicines and Living Context of Diabetic and Hypertensive Patients**

Apinya Jewsuebpong<sup>1,2</sup>, Puckwipa Suwannaprom<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Graduate Student in Pharmacy Management, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University

<sup>2</sup>Pharmacy Department, Sawanpracharak Hospital, Nakhonsawan

<sup>3</sup>Department of Pharmaceutical Care, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University

### **Abstract**

**Objective:** To understand chronic disease management process of patients with uncontrolled diabetes and hypertension under the reality within the context of study area from the patients' perspectives and to find the connection between context and self-management on diseases and drugs. **Method:** This study was qualitative research by in-depth interviewing with 9 patients with uncontrolled diseases using semi-structured interviews. **Results:** Patients had different self-management practices depending on according factors involving in the individual's lifestyle. However, there was a connection with the 5 main factors including health conditions that affected ability on self-management among patients; attitudes toward chronic diseases, treatment and drug use; primary health care systems and the healing process for chronic disease patients; community conditions, well-being and occupation of people within the community, and readiness, relationship and economic status of the family. **Conclusion:** All factors related to the patients' life affected self-management of health, both as supportive or restrictive factors for disease control.

**Keywords:** chronic non-communicable diseases, self-management, patients' perspectives

## บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non communicable diseases ; NCD) เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ ที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องวางแผนและปรับเปลี่ยนวิธีการทำงาน เนื่องจากลักษณะการดำเนินโรคมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ สาเหตุของโรคมีหลายปัจจัยทั้งทางร่างกายและทางสังคมที่แวดล้อม อีกทั้งยังต้องอาศัยการดูแลที่ต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องพิจารณาหลายมิติขึ้นกับบริบทหลายด้าน (1)

การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model) ที่ใช้การดูแลแบบบูรณาการความร่วมมือทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง จากบุคลากรทางการแพทย์ และจากระบบบริการสุขภาพ (2) รูปแบบการดูแลนี้สนับสนุนให้ผู้ป่วยกำหนดพฤติกรรมและการตัดสินใจที่มีผลต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็นด้วยตนเองได้ การให้ผู้ป่วยมีทางเลือกที่ดีในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพจึงต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเสริมทักษะให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างดีที่สุดในโรคที่ตนเองเป็น (3)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับมุมมอง และบริบทของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองเรื่องโรค พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานเชิงปริมาณที่เน้นศึกษาโดยการให้สิ่งทดลองจากผู้วิจัย และเปรียบเทียบผลของการจัดการโรคก่อนและหลังการศึกษาโดยไม่แสดงถึงบริบทแวดล้อมของผู้ป่วยหรือรากของปัญหาที่แท้จริงที่เกิดขึ้นจากมุมมองของผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกัน (4-11) อีกทั้งยังมุ่งเน้นมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์และมักมีข้อเสนอให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการทางด้านอารมณ์ และการลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เป็นต้น (12-15) แต่อย่างไรก็ตามการสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อจัดการตนเองนั้น มีความจำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำความเข้าใจบริบทรอบด้านทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (bio-psychosocial approach) ที่มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เนื่องจากหากจัดการโรคแบบแยกส่วน โดยพิจารณาเพียงความผิดปกติทางสรีระหรือความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการ อาจไม่สอดคล้องกับแนวคิดและความต้องการของผู้ป่วย การเข้าไปทำความเข้าใจมุมมองของคนใน (emic view) คือผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของ

ประสบการณ์ที่รู้ข้อเท็จจริงที่สุดทั้งโรคและการใช้ยาที่มีการรับรู้ ความกังวล มีมิติทางด้านอารมณ์ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ บางรายมีมุมมองทางด้านลบเกี่ยวกับยาที่ใช้รักษามีการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องทั้งโรคและการใช้ยาแบบเฉพาะของตนเอง ซึ่งการศึกษาข้อมูลเหล่านี้มีประโยชน์ต่อการสร้างความร่วมมือในการรักษา(15, 16)

อย่างไรก็ตามในสถานการณ์ของการปฏิบัติงานในปัจจุบัน หน่วยบริการปฐมภูมิหลายพื้นที่ยังไม่สามารถดำเนินการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน และรอบด้าน โดยเฉพาะสถานบริการสุขภาพที่อยู่ในเขตเมืองที่แม้จะมีบุคลากรทางการแพทย์ครบ แต่ก็ไม่สามารถทำงานเชิงรุกได้มากนักเนื่องจากมีผู้มารับบริการจำนวนมาก และรับการรักษาอาการที่มีความซับซ้อน เช่นเดียวกับบริบทพื้นที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ ตั้งอยู่ในชุมชนเมืองนครสวรรค์ มีหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมืองทั้งสิ้น 5 แห่ง แต่ละแห่งมีแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานประจำ มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังรับบริการต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ เฉลี่ยประมาณ 1,000 คน ปัญหาที่พบในปัจจุบันคือ ผู้ป่วยในบางกลุ่มยังไม่สามารถควบคุมโรคได้ และมีภาวะแทรกซ้อนเกิดจากโรคที่เป็นร้อยละ 10 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี (17)

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดไทรรับผิดชอบดูแลประชากรจำนวนมากที่สุดในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยรับผิดชอบประชากร 12,726 คน ใน 11 ชุมชน มีบริการแพทย์ออกตรวจในหน่วยบริการทุกวัน ผู้ป่วยกลุ่มใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีปริมาณเพิ่มขึ้นทุกปี โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 7 และร้อยละ 28 ในปีพ.ศ. 2558 และปี พ.ศ. 2559 เมื่อเทียบกับปีพ.ศ. 2557 และมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 2 และร้อยละ 18 ตามลำดับ (18)

แม้ว่าในการดำเนินการจะเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวรวมถึงอาการแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น อีกทั้งได้มีการแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามกิจกรรมการให้ความรู้เหล่านี้ไม่ประสบความสำเร็จมากนักเนื่องจากยังพบผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในระดับเขตบริการสุขภาพและ

ระดับของจังหวัดนครสวรรค์ (19) ส่วนหนึ่งเนื่องจากข้อจำกัดคือ การดำเนินงานถูกวางแผนโดยบุคลากรทาง การแพทย์ ซึ่งอาจจะไม่ได้พิจารณาถึงบริบทของผู้ป่วยมาก นัก การศึกษานี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการ จัดการตนเองของผู้ป่วย โดยพิจารณาถึงเหตุปัจจัยภายใน บุคคลและภายนอกบุคคลอย่างเชื่อมโยง เพื่อทำให้เกิด ความเข้าใจในมุมมองของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

## วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ เลขที่รับรอง 3/2561 ณ วันที่ 12 มกราคม 2561 การวิจัยมีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพโดย การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลจากมุมมองของคนใน (emic view) ในฐานะเจ้าของประสบการณ์ เพราะเป็นผู้รู้ข้อเท็จจริง ในสถานะของโรคที่เป็นดีที่สุด การศึกษามุ่งนำ เสนอข้อมูล และรายละเอียดของการจัดการตนเองในเรื่องโรคและยาของผู้ ให้ข้อมูล รวมถึงแสดงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเรื่อง การดูแลสุขภาพ บริบทการดำเนินชีวิต บริบทครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ ที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อ การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุม โรคได้ เพื่อหาความเชื่อมโยงที่เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ของ การวิจัย

### ผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำในผู้ป่วยเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้จำนวน 9 ราย ที่เข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดไทรใต้ ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ผู้ให้ข้อมูลถูกคัดเลือกอย่าง เฉพาะเจาะจง โดยพิจารณาจากข้อมูลย้อนหลัง 1 ปีตาม เกณฑ์ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ โดยอ้างอิงจากเกณฑ์กำหนด ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (20) คือ ผู้ป่วย โรคเบาหวานที่มีค่า HbA1C มากกว่า ร้อยละ 7 ในครั้ง สุดท้าย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความดัน โลหิตมากกว่า 140/90 mm.Hg ใน 2 ครั้ง สุดท้าย 2) ผู้ป่วย ที่แพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิพิจารณาความ เห็นว่า ไม่สามารถควบคุมโรคได้โดยพิจารณา จากประวัติการ

รักษาและการปรับขนาดยามากกว่า 2 ครั้งติดต่อกัน และ 3) ผู้ป่วยสามารถสื่อสารด้วยวาจาในภาษาไทยได้

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การบันทึก เสียงและการจดบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถาม แบบกึ่งโครงสร้าง (21) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่บ้านของผู้ป่วย แนวคำถามที่ประเด็นวิถีชีวิต บทบาทในครอบครัว ชุมชน และประสบการณ์ ตลอดจนอาการและการจัดการภาวะของ โรคที่เป็น แรงสนับสนุน และอุปสรรคของบุคคลที่ควบคุม โรคไม่ได้ภายใต้บริบทของพื้นที่ที่ศึกษา ประเด็นคำถามที่ ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่มีประสพ- การณ์ด้านพฤติกรรมศาสตร์ ประกอบด้วย อาจารย์เภสัชกร จำนวน 2 ท่านและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำหน่วย บริการปฐมภูมิจำนวน 1 ท่าน ผู้วิจัยแก้ไขปรับปรุงชุด คำถามหลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิและ ชักข้อคำถามก่อนทดลองใช้จริง ผู้วิจัยยังใช้แบบบันทึก เพื่อเก็บข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ สมรส ระยะเวลาการเป็นโรค สิทธิการรักษาพยาบาล ระดับ การศึกษา) จากเวชระเบียนผู้ป่วย

### การตรวจสอบข้อมูล

การตรวจสอบข้อมูลที่ได้อาจมีความตรงหรือไม่ ใช้วิธีสามเส้า (data triangulation) โดยตรวจสอบข้อมูลของ ผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติครอบครัว สมุดบันทึกประจำตัว และ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคคลในครอบครัวที่ใกล้ชิดกับ ผู้ป่วยที่สถานพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยไม่อยู่ด้วย เช่น เมื่อ มารับยาแทน และ/หรือสอบถามจากบุคลากรทางการแพทย์ ที่ให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นต้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา โดยวิเคราะห์จากการถอดเทปและจากบันทึก ภาคสนาม มีการวาดแผนผังความคิด (mind map) เพื่อจัด กลุ่มดูประเด็นที่ได้ในเรื่องความครบถ้วนและความสัมพันธ์ กัน โดยใช้แนวความคิดเชิงระบบมาอธิบายความเชื่อมโยง วงรอบเหตุและผล (causal loop diagram) (22)

## ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 9 คน เป็นผู้หญิงจำนวน 5 คน อายุมากกว่า 60 ปีจำนวน 5 คน ในกลุ่มคนที่อายุมากกว่า 60 ปีนี้ไม่สามารถประกอบอาชีพหาเลี้ยงตัวเองได้ถึง 4 คน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง จบการศึกษาระดับ

ประถมศึกษา ในผู้ที่สามารถทำงานได้ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 3,000 – 5,000 บาท ที่เหลือเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐบาล เช่น เงินช่วยเหลือผู้สูงอายุ เงินช่วยเหลือผู้พิการ เป็นต้น

ผู้ให้ข้อมูลเป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคหลักยาวนานหลายปี ทุกรายมีโรคร่วมอย่างน้อย 2 โรคขึ้นไปเช่น ไขมันในเลือดสูง โรคหอบหืด นอกจากนี้ยังเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคหลัก (ภาวะไตเสื่อม) ที่เป็นถึง 6 ราย ผู้ให้ข้อมูลทุกคนต้องใช้ยาสำหรับโรคเรื้อรังเป็นประจำ วันละมากกว่า 5 รายการยา ในผู้ที่อยู่ในวัยทำงานยังสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้จะดูแลเรื่องโรคและยาด้วยตนเอง แต่ผู้สูงอายุและมีข้อจำกัดทางร่างกายจะต้องการผู้ช่วยเหลือดูแลเรื่องโรคและยา ผลการรวบรวมข้อมูลสามารถวิเคราะห์ประเด็นได้ดังนี้

### การจัดการตนเองด้านสุขภาพ

กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตามที่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ และมีการดำเนินชีวิตที่ไม่แตกต่างกับก่อนได้รับการวินิจฉัย

**การจัดการตนเองด้านอาหาร :** แม้ว่าจะรับรู้ว่าการรับประทานอาหารที่สามารถรับประทานได้ อะไรที่ควรหลีกเลี่ยง แต่การจัดการตนเองด้านอาหารก็ยังไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ทั้งจากความสามารถในการบังคับใจตนเอง หรือการที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่น จึงไม่สามารถเลือกชนิดของอาหารหรือวิธีการปฏิบัติตนได้ ดังนั้นการดำรงชีวิตในแต่ละวันจึงดำเนินไปอย่างให้ผ่านไปวันต่อวันเท่านั้น

“เค้าเอาอะไรมาให้ ก็ต้องกินนะหมอ ฉันหากินเองไม่ได้ มีอะไรก็ไม่รู้วัน ๆ นึงก็กินไป นี่กล้วยก็ไหวพอปูเสร็จก็กินต่อมันเป็นยาดี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“กินก็กินปกติแหละ กับข้าวถุงมันสะดวก ไม่มีเวลาทำ เขาใส่โรมามังก็ไม่รู้แหละ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

**การจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย :** ในกลุ่มคนเหล่านี้มีการจัดการตนเองเรื่องการออกกำลังกายน้อยมาก เนื่องด้วยข้อจำกัดทางร่างกายจากการเป็นผู้สูงอายุ “ทำอะไรไม่ไหวแล้วหมอ เดินได้แต่ไม่ไกล จะให้ออกกำลังกายหรือ ก็ไม่ได้แล้ว” เป็นคำพูดที่ได้ยินเสมอจากผู้สูงอายุ ส่วนในกลุ่มที่ต้องทำมาหาเลี้ยงชีพ เรื่องการออกกำลังกายก็ถูกจำกัดด้วยเวลา

### การจัดการตนเองด้านความรู้สึก อารมณ์ :

ผู้ให้ข้อมูลที่มีสภาพร่างกายของตนเองที่ทุพพลภาพ เสื่อมโทรม ไม่สามารถทำอะไรได้ตั้งใจที่ตนเองปรารถนาได้ ต้องพึ่งพาคือคนอื่นกล่าวว่า บางครั้งเกิดความหดหู่ การทอดถอนใจที่ดูแลตนเอง

**การจัดการตนเองเรื่องโรค :** ผู้ให้ข้อมูลที่เคยเกิดอาการผิดปกติจากโรค เช่น ใจสั่น หน้ามืด จนเกิดเป็นความกลัวโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บ้านคนเดียว จะหาอาหารหวาน ๆ กินตลอดเวลาเพื่อไม่ให้กังวลว่าจะเกิดอาการแบบที่เคยเป็นอีก

“กลัวล้ม เวลาอยู่คนเดียวไม่มีคนดูแล ล้มไปก็ลูกคนเดียวไม่ได้ ต้องมีคนคอยช่วยพยุง ทำให้ต้องประคองตัวเองไว้ไม่ให้ล้ม ต้องหาของหวานกิน ไม่มีก็ต้องกินข้าวไว้ก่อน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

**การจัดการตนเองด้านยา :** ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้ยาตามคำสั่งของแพทย์ผู้รักษา แต่ด้วยข้อจำกัดของตนเองทำให้ต้องพึ่งคนในครอบครัวในเรื่องการฉีดยาหรือจัดยาแต่ละมื้อให้ ส่วนผู้ที่ไม่มีข้อจำกัดทางร่างกายก็มักจัดการด้านยาตามวิธีการดำเนินชีวิตหรือการประกอบอาชีพในแต่ละวัน

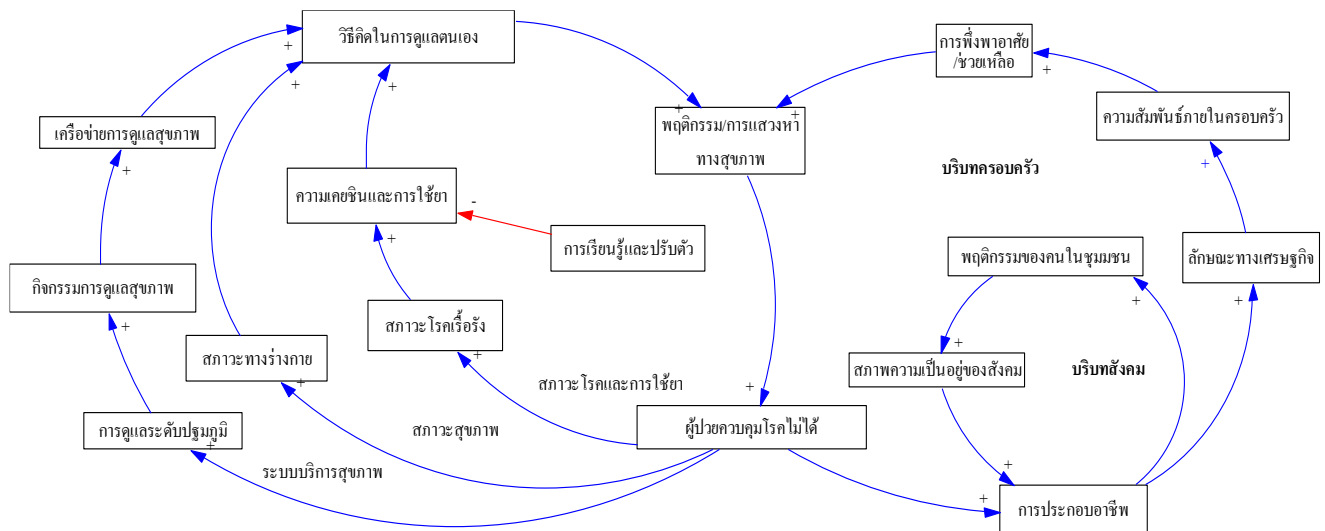
### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง

การไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเองตามที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ หรือคาดหวังนั้นมีสาเหตุทั้งจากข้อจำกัดภายในตัวผู้ป่วยเองและข้อจำกัดภายนอกตัวผู้ป่วย ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีส่วนที่สนับสนุนและที่เป็นอุปสรรคในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ซึ่งอธิบายโดยวงรอบเหตุและผล (causal loop diagram) ความเชื่อมโยงของปัจจัยต่าง ๆ แสดงด้วยลูกศร หัวลูกศรชี้จากตัวแปรเหตุไปสู่ตัวแปรผลโดยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ไปทางเดียวกันจะใช้สัญลักษณ์เป็นบวก (+) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ตรงข้ามกันจะใช้สัญลักษณ์เป็นลบ (-) (23) ดังแสดงในรูปที่ 1

### ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย

#### ปัจจัยจากสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเอง

จากข้อมูลที่ได้พบว่า ทั้งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ช่วยเหลือตัวเองได้และไม่ได้ รับรู้ว่าตนเองมีภาวะร่างกายที่ปกติไม่เป็นปัญหา แต่ภายใต้การรับรู้ที่มีมาจากการยอม



รูปที่ 1. ความเชื่อมโยงของการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้

รับและปรับตัวเอง คำพูดที่ได้ยินเสมอคือ **“ไม่เป็นไระปกติดี”** แต่จากการสนทนาพูดคุยมากขึ้นจึงพบว่าลึก ๆ แล้ว ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนรับรู้ได้ว่าสภาวะสุขภาพไม่ได้ดีเหมือนแต่ก่อน เพราะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายบ่อยครั้งสภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมลงและความรู้สึกนึกคิดจากภายในจิตใจ เป็นปัจจัยภายในที่สำคัญที่ทำให้เกิดการไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลตนเอง **“แก่แล้ว จะไปเมื่อไหร่ก็ยังไม่รู้”** เป็นคำพูดที่ได้ยินเสมอจากความเสื่อมถอยของร่างกาย ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดทางสภาพร่างกายอย่างหนึ่งที่ส่งผลต่อวิถีคิดในการดูแลตนเองและทำให้เกิดพฤติกรรมการดำรงชีวิตประจำวันต่าง ๆ เช่น กินอาหารตามที่ตนเองต้องการเพราะคิดว่าเดี๋ยวก็เสียชีวิตแล้วจะไม่ได้กิน บางรายไม่กล้าขยับร่างกายเพราะกลัวตนเองจะล้ม จึงไม่สามารถประกอบอาหารหรือออกกำลังกายตามคำแนะนำของแพทย์ และจำกัดตนเองอยู่ในอยู่กับที่เพราะรู้สึกปลอดภัย บางรายมีอาการหกล้มและจำไม่ได้ว่ากินยาหรือยัง บางรายก็กินซ้ำ บางรายไม่กินเลย ทั้งหมดนี้ส่งผลให้ควบคุมโรคไม่ได้

#### ปัจจัยจากโรคและการใช้ยา

ลักษณะของ **“โรคเรื้อรัง”** ที่มีการดำเนินโรคที่ยาวนานและการรักษาที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตของผู้ป่วยทำให้เกิดความเครียดในความผิดปกติของโรคนั้น เช่น เมื่อถึงวันนัดพบแพทย์บางครั้งได้รับการแจ้งว่า ความดันโลหิตสูงขึ้นผิดปกติหรือระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติสลับกับ บางครั้งก็ได้รับแจ้งว่าครั้งนี้ปกติดี คำบอกกล่าวเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วย

บางรายเกิดความเครียด ทั้งสภาวะโรคที่ดำเนินไปและยาที่ถูกปรับเปลี่ยนหรือลด วนเวียนกันไป ดังคำพูดที่ว่า **“มันก็ขึ้น ๆ ลง ๆ แบบนี้ น้ำตาล”** ลักษณะความเครียดแบบนี้ส่งผลให้ในบางรายยังมีพฤติกรรมเหมือนกับก่อนได้รับการวินิจฉัยโรค คือ ไม่ได้ปรับเปลี่ยนตามคำแนะนำของแพทย์ ในขณะที่บางรายไม่รู้ถึงผลกระทบหรือความผิดปกติของร่างกายที่เกิดจากโรค ทำให้ไม่สนใจมาตรวจให้ตรงนัดพบแพทย์ แต่ไปหาซื้อยากินเอง หรือบางรายเกิดวิถีคิดและพฤติกรรมแสวงหาสุขภาพทางเลือกใหม่เพื่อมาเยียวยาโรคของตนเพราะคิดว่าสิ่งที่แพทย์รักษาอยู่ไม่ได้ทำให้โรคของตนเองดีขึ้น

นอกจากนี้ในเรื่องเกี่ยวกับ **“ยา”** ที่ใช้ยังส่งผลให้เกิด **ความกังวล** เนื่องจากการรักษาที่ไม่ได้ผลตามเป้าหมายทำให้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาหลายครั้ง การบริหารยาที่เปลี่ยนไป ทำให้บางรายเลือกที่จะไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่งเพราะกลัวยาที่เปลี่ยนจะแรงขึ้นจนมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน บางรายกล่าวว่า ยาทำให้ตนเองนอนไม่ได้เกิดอาการท้องอืดจึงหยุดกินยาเอง บางรายรักษามานานคิดว่า ยาไม่ทำให้ตนเองหายได้ เลยมองว่ายาเป็นสิ่งไม่จำเป็นหมดก็ไปหาซื้อใหม่ได้ที่ร้านยา แต่ความเครียดที่กล่าวมานั้นสามารถถูกยับยั้งได้ด้วย การเรียนรู้และการปรับตัว เช่น ผู้ให้ข้อมูลบางรายที่มีการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง หรือสนใจคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ จนเกิดความคิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน จนผลสุดท้ายสามารถควบคุมโรคของตนเองได้ดีขึ้นเรื่อย ๆ

## ปัจจัยภายนอกผู้ป่วย

### ปัจจัยจากบริบทครอบครัว

นอกจากข้อจำกัดภายในตัวผู้ป่วยเองแล้ว บริบทครอบครัวถือเป็นบริบทสำคัญที่สุดสำหรับปัจจัยภายนอกผู้ป่วยที่มีผลต่อการจัดการโรคและยา จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลพบว่า ลักษณะการประกอบอาชีพของบุคคลภายในครอบครัวมีความสำคัญในการกำหนดบทบาทของสมาชิกภายในครอบครัว โดยเฉพาะอาชีพที่ถูกกำกับด้วยเวลาและค่าตอบแทนที่จำกัด ส่งผลต่อรายรับและสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว เมื่อรายรับไม่ได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องดิ้นรนทำมาหากิน สิ่งนี้มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ทำให้ไม่มีเวลาให้กันมากนัก อีกทั้งความสามารถในการช่วยเหลือดูแลกันถูกลดทอนลงไป ส่งผลต่อบทบาทของสมาชิกภายในครอบครัวในการดูแลสุขภาพที่ไม่ค่อยใส่ใจในรายละเอียดของกันและกัน เช่น ตอนเช้าต้องรีบออกไปทำงานนอกบ้าน กลับดึก ไม่มีเวลาเตรียมทำกับข้าว จึงทำได้แค่ซื้อกับข้าวสำเร็จหรืออาหารที่หาได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว มาวางไว้ให้ผู้ป่วยโดยไม่ได้สนใจว่า สิ่งเหล่านั้นมีผลเสียอย่างไรบ้างต่อผู้ป่วย

นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญต่อการดูแลด้านอื่น ๆ เช่น เรื่องยาและโรค บางครอบครัวให้ลูกเป็นคนดูแลเรื่องยา เนื่องจากตนเองแก่เฒ่า สายตามองไม่เห็น แต่วันที่ลูกต้องไปทำงานต่างจังหวัด ทำให้ไม่สามารถฉีดยาได้เอง หรือเกิดการใช้ยาในปริมาณที่ผิด เป็นต้น ในขณะที่บางครอบครัว มีการประกอบอาชีพที่ไม่ได้เป็นเวลาปกติเหมือนคนทั่วไป เช่น ทำงานในดอนกลางคืน ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องปรับช่วงเวลาในการดำเนินชีวิต บางครอบครัวต้องตื่นกลางดึกมาทำกับข้าวและนอนกลางวัน ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดำรงชีวิตแต่ละวันเปลี่ยนแปลงไป แต่พฤติกรรมในการควบคุมโรคไม่ได้ถูกปรับให้เหมาะสม ทำให้ควบคุมโรคของตนเองไม่ได้เช่นกัน

“แฟนพี่เล่นดนตรีกลางคืนดึก ๆ กลับมาตี 2 ก็ทำกับข้าวกินกัน ตื่นอีกทีก็บ่าย ๆ พี่เป็นคนทำกับข้าว ก็อยู่รอกินพร้อมกันไปด้วย บางทียากก็ไม่ได้กินตามมื้ออาหาร” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

### ปัจจัยจากบริบทของสังคม

พฤติกรรมของคนในสังคมเมืองที่มีสภาพความเป็นอยู่ภายในสังคมที่ค่อนข้างแออัดในพื้นที่ที่จำกัด ผู้คนใน

สังคมยังมีวิถีการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ ทำให้เกิดการแข่งขันกันแย่งชิงเวลา ซึ่งอาชีพส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในสังคม ๆ หนึ่งมีบทบาทในการกำหนดอาชีพของแต่ละครอบครัวในสังคมนั้น ๆ นอกจากนี้วัฒนธรรมความเชื่อของคนในสังคมหรือการปฏิบัติต่อ ๆ กันมา เช่น ความเชื่อทางศาสนา พิธีกรรม เป็นสิ่งที่ค้นพบได้จากผู้ให้ข้อมูลบางราย ทำให้เกิดการแสดงออกมาซึ่งพฤติกรรมในการจัดการโรคของตนเอง เช่น ความเชื่อที่ว่าอาหารที่ผ่านการแช่ไขว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์แล้วนำมาบริโภค จะมีสรรพคุณของการเป็นยารักษาโรค แม้ว่าสิ่งที่ใช้ประกอบการให้วั้นนั้นหากมีการบริโภคในปริมาณที่มากกว่าปกติจะมีผลเสียต่อโรคที่เป็น

นอกจากนี้การมีความเชื่อเรื่องพิธีกรรมหรือเจ้ากรรมนายเวรที่คอยจ้องทำร้าย หรือการคิดว่ามีสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองเคารพนับถือคอยปกป้องดูแล ส่งผลให้เวลาที่เกิดความผิดปกติกับร่างกายของตนไม่ว่าจะด้วยสาเหตุอะไร ก็จะใช้พิธีกรรมเข้ามาช่วยเพื่อบรรเทาอาการในยามที่เจ็บป่วย เช่น การให้สมาชิกในครอบครัวพาไปอาบน้ำมนต์กับพระที่ตนนับถือเมื่อเกิดความผิดปกติทางร่างกายหรือการสวดมนต์เพื่อให้หายจากอาการเจ็บปวด

“ผมจะสวดมนต์ สวดทุกเช้า ช่วงนี้รู้สึกเจ็บตามร่างกายตามตัวไปหมด นอนไม่ได้เลย วันก่อนก็ลองสวดมนต์มันก็แปลกที่บทสวดนั้นก็ได้อ่านแล้ว เพิ่งมาสวดแล้วก็หลับนอน หลับที่นอนที่นอนอยู่ ก็นอนได้ หายเลย ผมเลยสวดบทนี้เพิ่มทุกวัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

### ปัจจัยจากระบบบริการสุขภาพ

ในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้นในชุมชน มีการส่งเสริมระบบการดูแลสุขภาพแบบปฐมภูมิซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเป็นเชิงรุก มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การเดินทางสะดวกทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล มีระบบติดตามเยี่ยมบ้าน และเน้นให้เกิดความสัมพันธ์กันในชุมชน มีตัวแทนชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาสาสมัครหมู่บ้าน อาสาสมัครครอบครัว (24) ระบบการดูแลลักษณะนี้ ทำให้เกิดการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพอย่างหลากหลาย เช่น การจัดกลุ่มให้ความรู้ในผู้ป่วยเบาหวาน การอบรมตัวแทนอาสาสมัครของหมู่บ้านให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบื้องต้นได้ กิจกรรมที่ถูกสร้างขึ้นนี้ทำให้เกิดเครือข่ายของการดูแลสุขภาพในชุมชน เกิดการกระตุ้นการให้ความรู้

ความเข้าใจ การแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน ส่งผลกระตุ้นวิสัยทัศน์ในการจัดการตนเองของผู้ป่วย แต่ทั้งนี้เนื่องด้วยข้อจำกัดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การจัดการตนเองในด้านต่าง ๆ ตามที่บุคลากรทางการแพทย์คาดหวังจึงไม่เกิดขึ้น

### พฤติกรรมและการแสวงหาทางสุขภาพ

พฤติกรรมและการแสวงหาเพื่อจัดการโรคของตนเองมีหลากหลาย ส่วนมากจะไม่ว่าสิ่งที่คุณแสวงหามานั้นถูกหรือผิด ดีหรือไม่ดีกับสุขภาพของตนเองอย่างไร เพียงแต่ต้องการลอง และหวังผลสุดท้ายว่าสุขภาพของตนเองจะดีขึ้นมากกว่าปัจจุบัน บางการแสวงหาที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากตัวของผู้ป่วยเอง แต่เกิดจากการแสวงหาจากบุคคลรอบข้าง คนใกล้ชิด หรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ดังนั้น พฤติกรรมการแสวงหาจึงเกิดขึ้นในทุกบริบทที่เกี่ยวข้อง

#### การแสวงหาที่เกิดจากบริบทของครอบครัว:

“เดือนก่อนไปงานศพ ญาติ ๆ กัน พระที่เป็นญาติฝั่งแม่ เขาทำยา เขาให้มาลองกินดู เขาเป็นหมอทางนี้ เขาดูก็รู้แล้วว่าเราเป็นเบาหวาน เขาถามมา เลยให้มากินก่อน ถ้าหมดให้โทรไปหา จะส่งมาให้ เขาให้เบอร์โทรมาด้วย เป็นซองเล็ก ๆ มาซงกิน บอกรักษาได้หลายโรค ไตก็ได้ เบาหวานก็ได้ ได้หลายโรค นี่ก็ใกล้จะหมด ว่าอะไรไปสั่งเค้าให้ส่งมา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

#### การแสวงหาที่เกิดจากตนเอง: “วันก่อนผมไป

เดินข้างไปรษณีย์ มันมีคนมานั่งขายยาปลอมเป็นขวด ๆ มีสรรพคุณบำรุงหัวใจ ผมก็เลยลองซื้อมาซงผสมกาแฟกินทุกเช้า กินแล้วรู้สึกกระชุ่มกระชวยหัวใจดีเหมือนกันนะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

#### การแสวงหาที่เกิดจากบริบทของสังคมและ

**ความเป็นอยู่:** ผู้ให้ข้อมูลบางรายเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้เกิดการพบปะคนจำนวนมาก และมีความคุ้นชิน ตลอดจนเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันในสถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งมีการแนะนำให้คำปรึกษาจนเกิดเป็นความเชื่อไปสู่การแสวงหาทางการรักษาอื่นหรือผลิตภัณฑ์อื่นมาใช้เยียวยาโรคที่ตนเองเป็นอยู่เพื่อหวังจะให้เกิดผลการรักษาที่ดีขึ้น การแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยบางรายเกิดขึ้นอย่างไม่มีวันสิ้นสุด

### สรุปผลและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาข้างต้นแสดงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้

ทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในผู้ป่วย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า แม้ว่าจะระบบการสาธารณสุขในปัจจุบันจะเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้ง กาย จิต และสังคม อีกทั้งส่งเสริมการดูแลในระดับหน่วยปฐมภูมิเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องและผสมผสานโดยใช้ชุมชนเป็นรากฐาน (24) แต่ในสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นภายใต้ข้อกำหนดต่าง ๆ ที่ถูกสร้างจากนโยบายเพื่อดูแลสุขภาพประชาชน พบว่า ไม่สามารถดูแลสุขภาพผู้ป่วยในลักษณะแบบเหมารวมเหมือนกันทุกรายได้

แม้จะมีงานวิจัยที่ให้ผลด้านการให้ความรู้ การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงที่บุคลากรทางการแพทย์จัดสอนให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องเมื่อมารับบริการรักษาทำให้มีการควบคุมโรคที่ดีขึ้น (10, 25, 26) แต่จากการศึกษาข้างต้นชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยบางส่วนเท่านั้นที่สามารถรับรู้ในสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องการบอกกล่าวให้ปฏิบัติตามด้วยข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตแต่ละวันที่เชื่อมโยงกันดังที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ทำให้พวกเขาเหล่านั้นไม่สามารถที่จะปฏิบัติหรือดำเนินชีวิตในแบบที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องการให้เป็นได้

บางครอบครัวให้ความสำคัญกับชีวิตความเป็นอยู่ในแต่ละวันมากกว่าโรคที่ตนเองเป็น การจัดการดูแลตนเองเรื่องโรคและยาถูกลดทอนความสำคัญน้อยกว่าการทำมาหาเลี้ยงชีวิตของตนเองและครอบครัว หรือแม้กระทั่งการกำหนดเรื่องการกินยาตามมื้ออาหารหลักที่วิถีการประกอบอาชีพของผู้ให้ข้อมูลและครอบครัวบางรายไม่ได้เป็นไปอย่างปกติเหมือนคนทั่วไป การบริหารยาตามมื้อหลักหรือตามทฤษฎี ก็ไม่มีความเหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ เช่นเดียวกับที่มีการกล่าวถึงเรื่องยากกับชุมชนในด้านมิติทางสังคมวัฒนธรรมว่า การใช้ยาของชาวบ้านมีความสัมพันธ์ผันแปรไปตามสถานการณ์และเงื่อนไขแวดล้อมทางสังคม การตัดสินใจเกิดจากการสร้างดุลยภาพระหว่างเงื่อนไขที่เผชิญหน้า ทางเลือกที่มี และความเป็นไปได้ (27)

การจัดการตนเองที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเป็นผลของการเรียนรู้และปรับตัวท่ามกลางเหตุปัจจัยที่มากระตุ้นไม่เหมือนกันและสถานการณ์แวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งแสดงออกทั้งด้านร่างกาย ความคิด ความรู้สึก หรือการพึ่งพาผู้อื่น (28) ผู้ป่วยบางรายที่สภาพร่างกายทรุดโทรมทำให้จำกัดตนเองอยู่ในพื้นที่ที่ปลอดภัย ไม่ลุกเดินเพราะกลัวล้ม บางรายเมื่อไม่สามารถ

จัดการเรื่องยาเองได้ก็อาศัยบุคคลในครอบครัว บางรายปรับตัวให้เผชิญกับโรคด้วยความรู้สึกที่เคยชิน แต่การปรับตัวที่เกิดขึ้นมีทั้งที่ส่งผลดีและผลเสียต่อร่างกาย ตามเหตุปัจจัยที่กล่าวข้างต้น

ดังนั้นการจัดการโรคและยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้มีความจำเป็นต้องทำความเข้าใจในสาเหตุในเชิงลึกของบริบทปัจจัยที่เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกันอย่างแยกไม่ออก เพื่อให้เกิดรูปแบบในการจัดการโรคและยาที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

แม้ว่าการศึกษานี้แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองเรื่องโรคและยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่การศึกษามีข้อจำกัดบางประการ เช่น งานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้เท่านั้น หากมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มที่สามารถควบคุมโรคได้ อาจเห็นมุมมองการจัดการโรคของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้กว้างขึ้น นอกจากนี้งานวิจัยนี้ใช้วงรอบเหตุผลเพื่ออธิบายความเชื่อมโยงของเหตุปัจจัยที่ได้มาจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น จึงไม่ได้มีการทดสอบตรวจสอบความเที่ยงตรงของวงรอบเหตุผล

ผลการศึกษาทำให้เกิดความเข้าใจในทุกแง่มุมทั้งอุปสรรค แรงจูงใจ หรือสิ่งสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้ป่วย หากนำไปประยุกต์กับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model) ในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีหลักการสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นสำคัญแล้ว จะทำให้นักวิชาการทางการแพทย์เกิดความเข้าใจบริบทของผู้ป่วยที่ไม่สามารถเห็นได้ด้วยค่าทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติด้านเดียว งานวิจัยเชิงปริมาณที่เกิดขึ้นอย่างแพร่หลายในปัจจุบันหากมีความเข้าใจในบริบทที่เป็นรากฐานปัญหาของผู้ป่วยอย่างชัดเจนก่อนแล้ว จะทำให้ผลของการให้สิ่งทดลองกับผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น และอาจทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างเป็นธรรมชาติ

## เอกสารอ้างอิง

1. Institution of Medical Research and Technology Assessment, Department of Medical Services. Literature Review: the current situation and care model of non-communicable diseases. Bangkok: Art Qualified; 2014

2. Thangkratok P. The role of the nurse in the chronic disease management. Songklanagarind Journal of Nursing. 2017; 37: 154-9.
3. Improving Chronic Illness Care. Self-management support [online]. 2017 [Aug 27, 2017]. Available from: [www.improvingchroniccare.org/index.php?p=SelfManagement\\_Support&s=39](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=SelfManagement_Support&s=39).
4. Sane A. Self management program in chronic diseases. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15: 129-34.
5. Wangji N. Effect of behavioral modification program on medical adherence and blood pressure for muslim elderly with uncontrolled hypertension. 34th the National Graduate Research Conference: Prince of Songkla University; 2015. p. 835-46.
6. Furler J, Walker C, Blackberry I, Dunning T, Sulaiman N, Dunbar J, et al. The emotional context of self-management in chronic illness: a qualitative study of the role of health professional support in the self-management of type 2 diabetes. BMC Health Serv Res 2008; 8: 214.
7. Dwarswaard J, Bakker EJ, Staa A, Boeije HR. Self-management support from the perspective of patients with a chronic condition: a thematic synthesis of qualitative studies. Health Expect 2016; 19: 194-208.
8. Schulman-Green D, Jaser S, Martin F, Alonzo A, Grey M, McCorkle R, et al. Processes of self-management in chronic illness. J Nurs Scholarship 2012; 44: 136-44.
9. Junchai J, Therawiwat M, Imamee N. Diabetes education and self-management program of persons with type 2 diabetes, Prachuap Khiri Khan province. The Public Health Journal of Burapha University. 2012; 7: 69-83.
10. Peeraphruetthipong N, Pakdevong N, Namvongprom A. Effects of self-management program on knowledge, self-care activities, and HbA1c in persons with type 2 diabetes mellitus. Journal of Nurses'

- Association of Thailand, North-Eastern Division. 2012; 30: 98-105.
11. Ngoenthae D, Arpanantikul M, Duangbubpha S. Self-Care experience of people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbation. Thai Journal of Nursing Council. 2017; 32: 47-63.
  12. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA 2002; 288: 2469-75.
  13. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. Nurs Outlook 2009; 57: 217-25.e6.
  14. Funnell MM. Peer-based behavioural strategies to improve chronic disease self-management and clinical outcomes: evidence, logistics, evaluation considerations and needs for future research. Fam Pract 2010; 27 Suppl 1: i17-22.
  15. Gordon K, Smith F, Dhillon S. Effective chronic disease management: patients' perspectives on medication-related problems. Patient Educ Couns 2007; 65: 407-15.
  16. Gascon JJ, Sanchez-Ortuno M, Llor B, Skidmore D, Saturno PJ. Why hypertensive patients do not comply with the treatment: results from a qualitative study. Fam Pract 2004; 21: 125-30.
  17. Sawanpracharak Hospital. Annual performance summary. Nakhonsawan: Sawanpracharak Hospital; 2016.
  18. Wat Sai Tai Community Health Center. Assessment report of primary care unit according to the standard criteria. Nakhonsawan: Wat Sai Tai Community Health Center; 2018.
  19. Health Data Center. Information for service plan DM, HT [online]. 2017 [cited Nov 30, 2018]. Available from: [hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat\\_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b](http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b).
  20. Ministry of Public Health. Information to respond service plan DM HT [online]. 2017 [cited Nov 29, 2018]. Available from: [hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat\\_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b](http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b).
  21. Photisita C. Science and art of qualitative research. Bangkok: Amarin Printing&Publishing; 2001.
  22. Haraldsson HV. Introduction to system thinking and causal loop diagrams. Lund: Department of Chemical Engineering, Lund University; 2004.
  23. De Pinho H. Systems tools for complex health systems: A guide to creating causal loop diagrams [online]. 2015 [cited May 5, 2019]. Available from: [www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/CLD\\_Course\\_Participant\\_Manual.pdf](http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/CLD_Course_Participant_Manual.pdf).
  24. Chuengsatiansup K, Kata P. Primary care [online]. 2016 [cited Aug 30, 2017]. Available from: [www.hfocus.org/content/2016/01/11628](http://www.hfocus.org/content/2016/01/11628).
  25. Junchai J, Therawiwat M, Imamee N. Diabetes education and self-management program of persons with type 2 diabetes, Prachuap Khiri Khan province. The Public Health Journal of Burapha University. 2012; 7: 69-83.
  26. Sujamnon S, Therawiwat M, Imamee N. Factors related to selfmanagement of hypertensive patients, Taladkwan district health promoting hospital, Nonthaburi province. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2013; 29: 21-30.
  27. Chungsathiansap K, Sringernyuang I, Paonin W. Drug Use in the Community. Bangkok: Society and Health Institute; 2007.
  28. Dixon EL. Community health nursing practice and the Roy Adaptation Model. Public Health Nurs 1999; 16: 290-300.