

การพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล
อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

นายนิยม สิ้นทรัพย์



การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2562

**Development of a Manual for Community-based Diabetes Care
in Sai Mun Sub-district, Phibun Mangsahan District,
Ubon Ratchathani Province**

Mr. Niyom Sinsup

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health in Public Health Administration

School of Health Science

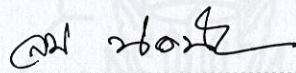
Sukhothai Thammathirat Open University

2019

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ การพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล
อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี
ชื่อและนามสกุล นายนิยม สิ้นทรัพย์
วิชาเอก บริหารสาธารณสุข
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.สม โภช รัตติโอพาร

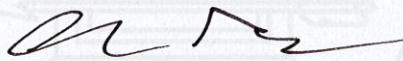
การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2563

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ



ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สม โภช รัตติโอพาร)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม)



(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ชื่อการศึกษา **ค้นคว้าอิสระ** การพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล

อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้ศึกษา นายนิยม สิ้นทรัพย์ รหัสนักศึกษ 2565001159 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอพาร์ **ปีการศึกษา** 2562

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของรพ.สต.ทรายมูล 2) พัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมสำหรับชุมชนตำบลทรายมูลและ 3) ประเมินความพึงพอใจในการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

แบ่งการศึกษาเป็น 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาวิเคราะห์บริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการและชุมชน ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล ขั้นตอนที่ 3 การใช้คู่มือและประเมินความพึงพอใจในการใช้คู่มือ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างในการระดมสมองและพัฒนาคู่มือ จำนวน 15 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 3 คน ผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 2 คน อสม.จำนวน 5 คน และบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 5 คน และกลุ่มตัวอย่างในการใช้คู่มือและประเมินผลคู่มือ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 10 คน ผู้ดูแล/อสม. จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและแบบประเมินความพึงพอใจ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยเบาหวาน อสม. ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ไม่มีคู่มือการปฏิบัติที่ชัดเจน 2) คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มี 3 ส่วน ได้แก่ 2.1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แผนการรักษาพยาบาล 2.2) ทฤษฎี เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และ 2.3) บันทึกกิจกรรมผู้ป่วย บันทึกการเยี่ยมผู้ป่วย และ 3) ผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า หลังการใช้คู่มือ กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจต่อคู่มือ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.63, S.D.=.51$)

คำสำคัญ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน การพัฒนาคู่มือ

Independent Study title: Development of a Manual for Community-based Diabetes Care in Sai Mun Sub-district, Phibun Mangsahan District, Ubon Ratchathani Province

Author: Mr. Niyom Sinsup; **ID:** 2565001159; **Degree:** Master of Public Health;

Independent Study advisor: Dr. Sompoch Ratoran, Associate Professor;

Academic year: 2019

Abstract

The objectives of this study were (1) to explore the context of diabetes care undertaken by Sai Mun Sub-district (*Tambon*) Health Promoting Hospital, (2) to develop a manual for diabetes care suitable for communities in the sub-district, and (3) to assess the satisfaction of users of the manual, all in Sai Mun sub-district, Phibun Mangsahan district, Ubon Ratchathani province.

The study involved three steps: first, exploring and analyzing the community-based diabetes care context of the sub-district health-care unit and the communities; second, preparing a manual for diabetes care in the sub-district's communities; and third, using the manual and assessing the satisfaction of manual users. The study involved two groups of participants: first, 15 individuals for brainstorming and manual development, including 3 diabetic patients, 2 caregivers or relatives of diabetic patients, 5 village health volunteers (VHVs) and 5 public health officials; and second, 30 individuals for using and assessing the manual, including 10 diabetic patients and 20 caregivers or VHVs. Study instruments included focus group discussion guidelines, the newly developed manual for diabetes care, and a satisfaction assessment form. Data were collected and then analyzed using descriptive statistics and content analysis for qualitative data.

The results showed that: (1) Diabetic caregivers and VHVs lacked confidence in providing diabetic patient care, and there was no clear operating manual for them. (2) The Manual for Community-based Diabetes Care covers three parts – (a) General patient information and medical care plan, (b) Basic theories about diabetes, and (c) Recording of patient activities and visitations. (3) Regarding overall manual satisfaction assessment, the users were satisfied with the manual at the highest level ($\bar{X} = 4.63$, S.D. = .51)

Keywords: Community-based diabetes care, manual development

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จาก รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอพาร อาจารย์ที่ปรึกษาค้นคว้าอิสระ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ตลอดจน แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนกระทั่งงานศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เสร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม กรรมการสอบศึกษาค้นคว้าอิสระ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่องานศึกษา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ นางเกศินี สิงห์คำ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ดร.ธงศักดิ์ ดอกจันทร์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ และ ดร.กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการตรวจเครื่องมือการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร บุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล อสม. ผู้นำชุมชน ผู้ป่วยเบาหวาน/ญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัย และให้ความร่วมมืออย่างเป็นกัลยาณมิตรในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากการวิจัยครั้งนี้ ขอมอบไว้เพื่อทดแทนคุณบุพการี ตลอดจนครู-อาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ สติปัญญา พร้อมทั้งผู้เขียนตำราวิชาการที่ผู้วิจัยได้ศึกษาอ้างอิงทุกท่าน

นิยม สิ้นทรัพย์

กุมภาพันธ์ 2563

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
กรอบแนวคิดการศึกษา	5
ขอบเขตการศึกษา	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	10
บทบาทหน้าที่ของสถานบริการและตัวชี้วัด	30
แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน	40
บทบาทและหน้าที่ของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	43
บริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล	49
กระบวนการพัฒนากลุ่มมือ	53
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	59
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	62
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	62
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	63
การสร้างเครื่องมือ	63
การทดสอบเครื่องมือ	63
การดำเนินการหรือการรวบรวมข้อมูล	64
การวิเคราะห์ข้อมูล	64

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	75
ผลการศึกษา	75
ผลการพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน	80
ประเมินผลคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล	81
บทที่ 5 สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	83
สรุปผลการศึกษา	84
อภิปรายผลการศึกษา	85
ข้อเสนอแนะ	87
บรรณานุกรม	88
ภาคผนวก	92
ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	93
ข แบบสอบถามในการศึกษา	95
ค คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูลอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี	99
ประวัติผู้ศึกษา	125



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1	ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับ คะแนนความเสี่ยง 14
ตารางที่ 2.2	การแปลผลคะแนนความเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และข้อแนะนำ 15
ตารางที่ 2.3	การแปลผลระดับ Plasma glucose และA1C ประกอบการวินิจฉัยโรค 18
ตารางที่ 2.4	เป้าหมายการควบคุมเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่ 22
ตารางที่ 2.5	การออกกำลังกายแบบแอโรบิก 28
ตารางที่ 2.6	ข้อพึงระวังและควรปฏิบัติเมื่อออกกำลังกายในภาวะต่างๆ 29
ตารางที่ 2.7	บทบาทหน้าที่และบุคลากรในสถานบริการระดับต่างๆ 31
ตารางที่ 2.8	แนวทางและเป้าหมายของการดำเนินงานเบาหวานในรพ.สต. 36
ตารางที่ 2.9	การร่วมให้บริการตรวจคัดกรองและดูแลภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน 38
ตารางที่ 2.10	แสดงสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน ใน เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี 49
ตารางที่ 2.11	อัตราตายของประชาชน ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล 50
ตารางที่ 4.1	ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยในชุมชน 82



ญ

สารบัญภาพ

หน้า

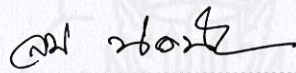
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการศึกษา..... 5



หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ การพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล
อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี
ชื่อและนามสกุล นายนิยม สิ้นทรัพย์
วิชาเอก บริหารสาธารณสุข
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.สม โภช รัตติโอพาร

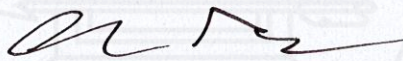
การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2563

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ



ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สม โภช รัตติโอพาร)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม)



(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ชื่อการศึกษา **ค้นคว้าอิสระ** การพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล

อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้ศึกษา นายนิยม สิ้นทรัพย์ รหัสนักศึกษ 2565001159 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอพาร **ปีการศึกษา** 2562

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของรพ.สต.ทรายมูล 2) พัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมสำหรับชุมชนตำบลทรายมูลและ 3) ประเมินความพึงพอใจในการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

แบ่งการศึกษาเป็น 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาวิเคราะห์บริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการและชุมชน ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล ขั้นตอนที่ 3 การใช้คู่มือและประเมินความพึงพอใจในการใช้คู่มือ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างในการระดมสมองและพัฒนาคู่มือ จำนวน 15 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 3 คน ผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 2 คน อสม.จำนวน 5 คน และบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 5 คน และกลุ่มตัวอย่างในการใช้คู่มือและประเมินผลคู่มือ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 10 คน ผู้ดูแล/อสม. จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและแบบประเมินความพึงพอใจ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยเบาหวาน อสม. ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ไม่มีคู่มือการปฏิบัติที่ชัดเจน 2) คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มี 3 ส่วน ได้แก่ 2.1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แผนการรักษาพยาบาล 2.2) ทฤษฎี เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และ 2.3) บันทึกกิจกรรมผู้ป่วย บันทึกการเยี่ยมผู้ป่วย และ 3) ผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า หลังการใช้คู่มือ กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจต่อคู่มือ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.63, S.D.=.51$)

คำสำคัญ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน การพัฒนาคู่มือ

Independent Study title: Development of a Manual for Community-based Diabetes Care in Sai Mun Sub-district, Phibun Mangsahan District, Ubon Ratchathani Province

Author: Mr. Niyom Sinsup; **ID:** 2565001159; **Degree:** Master of Public Health;

Independent Study advisor: Dr. Sompoch Ratoran, Associate Professor;

Academic year: 2019

Abstract

The objectives of this study were (1) to explore the context of diabetes care undertaken by Sai Mun Sub-district (*Tambon*) Health Promoting Hospital, (2) to develop a manual for diabetes care suitable for communities in the sub-district, and (3) to assess the satisfaction of users of the manual, all in Sai Mun sub-district, Phibun Mangsahan district, Ubon Ratchathani province.

The study involved three steps: first, exploring and analyzing the community-based diabetes care context of the sub-district health-care unit and the communities; second, preparing a manual for diabetes care in the sub-district's communities; and third, using the manual and assessing the satisfaction of manual users. The study involved two groups of participants: first, 15 individuals for brainstorming and manual development, including 3 diabetic patients, 2 caregivers or relatives of diabetic patients, 5 village health volunteers (VHVs) and 5 public health officials; and second, 30 individuals for using and assessing the manual, including 10 diabetic patients and 20 caregivers or VHVs. Study instruments included focus group discussion guidelines, the newly developed manual for diabetes care, and a satisfaction assessment form. Data were collected and then analyzed using descriptive statistics and content analysis for qualitative data.

The results showed that: (1) Diabetic caregivers and VHVs lacked confidence in providing diabetic patient care, and there was no clear operating manual for them. (2) The Manual for Community-based Diabetes Care covers three parts – (a) General patient information and medical care plan, (b) Basic theories about diabetes, and (c) Recording of patient activities and visitations. (3) Regarding overall manual satisfaction assessment, the users were satisfied with the manual at the highest level ($\bar{X} = 4.63$, S.D. = .51)

Keywords: Community-based diabetes care, manual development

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จาก รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอพาร อาจารย์ที่ปรึกษาค้นคว้าอิสระ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ตลอดจน แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนกระทั่งงานศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เสร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม กรรมการสอบศึกษาค้นคว้าอิสระ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่องานศึกษา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ นางเกศินี สิงห์คำ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ดร.ธงศักดิ์ ดอกจันทร์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ และ ดร.กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการตรวจเครื่องมือการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร บุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล อสม. ผู้นำชุมชน ผู้ป่วยเบาหวาน/ญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัย และให้ความร่วมมืออย่างเป็นกัลยาณมิตรในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากการวิจัยครั้งนี้ ขอมอบไว้เพื่อทดแทนคุณบุพการี ตลอดจนครู-อาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ สติปัญญา พร้อมทั้งผู้เขียนตำราวิชาการที่ผู้วิจัยได้ศึกษาอ้างอิงทุกท่าน

นิยม สิ้นทรัพย์

กุมภาพันธ์ 2563

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
กรอบแนวคิดการศึกษา	5
ขอบเขตการศึกษา	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	10
บทบาทหน้าที่ของสถานบริการและตัวชี้วัด	30
แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน	40
บทบาทและหน้าที่ของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	43
บริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล	49
กระบวนการพัฒนากลุ่มมือ	53
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	59
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	62
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	62
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	63
การสร้างเครื่องมือ	63
การทดสอบเครื่องมือ	63
การดำเนินการหรือการรวบรวมข้อมูล	64
การวิเคราะห์ข้อมูล	64

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	75
ผลการศึกษา	75
ผลการพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน	80
ประเมินผลคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล	81
บทที่ 5 สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	83
สรุปผลการศึกษา	84
อภิปรายผลการศึกษา	85
ข้อเสนอแนะ	87
บรรณานุกรม	88
ภาคผนวก	92
ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	93
ข แบบสอบถามในการศึกษา	95
ค คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูลอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี	99
ประวัติผู้ศึกษา	125



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1	ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับ คะแนนความเสี่ยง 14
ตารางที่ 2.2	การแปลผลคะแนนความเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และข้อแนะนำ 15
ตารางที่ 2.3	การแปลผลระดับ Plasma glucose และA1C ประกอบการวินิจฉัยโรค 18
ตารางที่ 2.4	เป้าหมายการควบคุมเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่ 22
ตารางที่ 2.5	การออกกำลังกายแบบแอโรบิก 28
ตารางที่ 2.6	ข้อพึงระวังและควรปฏิบัติเมื่อออกกำลังกายในภาวะต่างๆ 29
ตารางที่ 2.7	บทบาทหน้าที่และบุคลากรในสถานบริการระดับต่างๆ 31
ตารางที่ 2.8	แนวทางและเป้าหมายของการดำเนินงานเบาหวานในรพ.สต. 36
ตารางที่ 2.9	การร่วมให้บริการตรวจคัดกรองและดูแลภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน 38
ตารางที่ 2.10	แสดงสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน ใน เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี 49
ตารางที่ 2.11	อัตราตายของประชาชน ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล 50
ตารางที่ 4.1	ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยในชุมชน 82



ญ

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการศึกษา..... 5



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาของสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย เป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับอวัยวะที่สำคัญๆ ของร่างกายตามมา เช่น ไต หัวใจ สมอง และระบบประสาทส่วนปลาย เกิดความพิการขึ้นทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เป็นต้น เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจภายในครอบครัว เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ดูแลต้องเสียเวลาทำงานเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานทำให้ขาดรายได้ที่จะนำมาจุนเจือครอบครัว รวมทั้งประเทศชาติต้องเสียค่าใช้จ่ายมหาศาลและใช้บุคลากรทางการแพทย์เป็นจำนวนมาก (กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2551) เป็นโรคที่กำลังจะมีแนวโน้มการคุกคามสุขภาพของคนไทยเพิ่มมากขึ้นด้วยการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตการรับประทานอาหารที่เน้นความง่าย สะดวก สบายและรวดเร็ว ขาดการออกกำลังกาย อีกทั้งยังมีการคิดค้นเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ๆ ที่ช่วยทุ่นแรงทำให้มนุษย์มีการเคลื่อนไหวน้อยลง ด้วยวิถีชีวิตที่รีบเร่งในสังคมทั้งชุมชนเมืองและชนบทนั้นยังทำให้การดูแลใส่ใจสุขภาพของตนเองน้อยลงจึงก่อให้เกิดโรคโรคเบาหวาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2558)

รายงานสถิติจากสหพันธ์เบาหวานโลกในปี 2559 นี้ พบว่า 1 ใน 11 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ยังมีการทำนายล่วงหน้าอีกว่า 25 ปีข้างหน้าจะสามารถพบผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ 1 ใน 10 คนของประชากรวัยผู้ใหญ่ และทั่วโลกจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 415 ล้านคนเป็น 642 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2583(สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2558) สถิติการเสียชีวิตของประชากรโลกในปี 2005 ที่ผ่านมามีผู้ป่วย 1.3 ล้านคนหรือ ประมาณ 4% ของการเสียชีวิตนั้นมาจากโรคเบาหวาน และจากสถิติการตรวจสุขภาพประจำปีของคนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2551 – 2552 พบความชุกของโรคเบาหวานเป็นร้อยละ 6.9 และยังพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมาก่อน และมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานแต่ยังไม่เข้าระบบการรักษาสูงถึง ร้อยละ 3.3 ในปี พ.ศ. 2552 ได้มีการสำรวจข้อมูลของประชากรวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย พบว่าประชากรกว่า 3.2 ล้านคนหรือประมาณ 6.9 % มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยยังไม่ได้รับการ

วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน โดยเฉพาะ ผู้ชายที่พบได้มากถึง 56.7 % (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2552) และผลการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2554 พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่กว่า 300,000 คน พบผู้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินปกติ เสี่ยงจะป่วยอีก 2.4 ล้านคน และพบผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนแล้ว รวม 176,000 คน (ไตเสื่อม 96,000 คน มีปัญหาทางตา 50,000 คน และมีอาการชาที่เท้าหรือเท้าเป็นแผล 30,000 คน) ผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีจากการสำรวจทางระบาดวิทยาพบว่าปี ค.ศ. 2000 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 171 ล้านคน และคาดการณ์ว่าปี ค.ศ. 2010 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 221 ล้านคน และเพิ่มขึ้นเป็น 366 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 (World Health Organization, 2006 อ้างถึงใน หงส์สกุล เกษมจิต, 2551) จากสถิติการเปรียบเทียบจำนวนและอัตราการตายของผู้ป่วยเบาหวานพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศทั้งหมด จำนวน 802,087 คน คิดเป็นอัตราป่วย 1233.46 และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด จำนวน 305,950 คน คิดเป็นอัตราป่วย 1399.50 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558)

อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ภาพรวมประเทศ เท่ากับ ร้อยละ 1.7 ต่อแสนประชากร โดยมีเขตสุขภาพที่ 7(ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์) พบอัตราผู้ป่วยเบาหวานจากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานสูงสุด คือเท่ากับร้อยละ 2.5 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายเล็กน้อย และเขตสุขภาพที่ 11 (นครราชสีมา กระบี่ พังงา ภูเก็ต สุราษฎร์ธานี ระนอง ชุมพร) พบอัตราผู้ป่วยเบาหวานจากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานน้อยที่สุดเท่ากับร้อยละ 1.2 (ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

สถานการณ์โรคเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 10 ข้อมูลจาก HDC สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 พบภาพรวมเขตมีอัตราป่วยโรคเบาหวานเท่ากับ 534.32 ต่อแสนประชากร เพิ่มสูงขึ้นกว่าปี 2559 ซึ่งมีอัตราป่วยเท่ากับ 482.08 ต่อแสนประชากร โดยทุกจังหวัดมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้น ผลการดำเนินงานในไตรมาสที่ 3 ปี 2561 (ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2561) เขตสุขภาพที่ 10 มีผลการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป (ค่าเป้าหมาย \geq ร้อยละ 90 ภายในไตรมาสที่ 2) ร้อยละ 89.62 และร้อยละ 89.37 ตามลำดับ จังหวัดที่มีผลการคัดกรองโรคเบาหวานสูงที่สุด คือ จังหวัดมุกดาหาร (ร้อยละ 94.54) รองลงมาคือ จังหวัดอุบลราชธานี (ร้อยละ 92.38) จังหวัดยโสธร (ร้อยละ 92.29) จังหวัดอำนาจเจริญ (ร้อยละ 87.72) และน้อยที่สุดคือ จังหวัดศรีสะเกษ (ร้อยละ 84.47) จังหวัดที่มีผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง สูงที่สุด คือ จังหวัดมุกดาหาร (ร้อยละ 94.04) รองลงมาคือ จังหวัดยโสธร (ร้อยละ 92.71) จังหวัดอุบลราชธานี (ร้อยละ 92.07) จังหวัด

อำนาจเจริญ (ร้อยละ 88.98) และจังหวัดศรีสะเกษ (ร้อยละ 83.68) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 1.59 อัตราผู้ป่วยสูงที่สุด คือ จังหวัดอำนาจเจริญ (ร้อยละ 2.16) รองลงมาคือ จังหวัดมุกดาหาร (ร้อยละ 2.09) จังหวัดยโสธร (ร้อยละ 1.82) จังหวัดจังหวัดศรีสะเกษ (ร้อยละ 1.50) และอุบลราชธานี (ร้อยละ 1.48) ตามลำดับ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับตำบลที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมีบทบาทหน้าที่หลัก ในการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ รับผิดชอบประชาชนในพื้นที่ทั้งหมด 5,466 คน (ชาย 3,015 คน หญิง 2,451 คน :ที่มา JHCIS 30 ธันวาคม 2561) บุคลากร ในสังกัด จำนวน 8 คน (ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน 1 คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข/ลูกจ้าง จำนวน 4 คน) มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ที่เป็นภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพจำนวน 111 คน สำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งเริ่มรับโอนผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาลระดับอำเภอเมื่อปี 2554 จำนวน 55 คน และต่อมามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆจนปัจจุบันมีจำนวน 126 คน (ธันวาคม 2561)แต่บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน(พยาบาลวิชาชีพ)ยังคงมีจำนวนเท่าเดิม ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล ดูแลได้ไม่ครอบคลุมเท่าที่ควรทำให้อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมยังคงเกินเกณฑ์ที่กำหนด(ผลตรวจ A1C มากกว่า 7 %)

สถานการณ์โรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี แบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการจำนวน 126 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวแก่(FBS \leq 125 Mg/dl) จำนวน 58 คน กลุ่มสีเหลือง (FBS =125 – 154 Mg/dl) จำนวน 44 คน กลุ่มสีส้ม(FBS 155-182 Mg/dl) จำนวน 15 คน และกลุ่มสีแดง (FBS \geq 183 Mg/dl) จำนวน 9 คน (ฐานข้อมูล เวชระเบียน รพ.สต.ทรายมูล ณ ตุลาคม 2562)

บริบทการดำเนินงานควบคุม ดูแล รักษาผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล เริ่มต้นจากการคัดแยกผู้ป่วยเบาหวานเป็นกลุ่มๆโดยใช้หลักการแบ่งระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานตามเกณฑ์ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี นัดผู้ป่วยเบาหวานที่แบ่งกลุ่ม เข้ามารับบริการตรวจรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล จากการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่รพ.สต.ทรายมูลและในชุมชน นั้นพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานยังคงมีปัญหาในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (ขาดแรงกระตุ้น/แรงจูงใจ) ปัญหาการไม่มารับการรักษาตามนัดหมาย (การจัดเก็บข้อมูลการนัดหมายที่ไม่เป็นระบบ)

ปัญหาการหลง/ลืมในการรับประทานยาตามห้วงเวลาที่กำหนด (เกี่ยวข้องกับอายุ การศึกษา การมีพี่เลี้ยงกำกับ) ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ได้ไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งวัดผลได้จากค่า A1C มากกว่า 7 % ส่งผลให้มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะโรคแทรกซ้อนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้นหลักการหรือแนวทางในการควบคุมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเกณฑ์นั้น ผู้ป่วยต้องได้รับการกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การกระตุ้นการปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ 2 ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ สุรา) เป็นแนวทางที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานอย่างยิ่ง การเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาสุข/เครือข่ายสุขภาพ (อสม.) ให้มีความถี่มากขึ้นนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้มีกำลังใจ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยให้ลดลงได้ แต่ด้วยข้อจำกัดในด้านจำนวนของบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีจำนวนจำกัดอีกทั้งบุคลากรดังกล่าวยังมีภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยตามตารางการนัดหมายในแต่ละวัน ที่หน่วยบริการ รพ.สต. ที่มีหลากหลายกลุ่มอายุ หลากหลายกลุ่มโรค ทำให้การปฏิบัติงานติดตามเยี่ยม/ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ทำได้อย่างจำกัดด้วย

ด้วยมูลเหตุและปัญหาหลายๆประการดังกล่าวนี้ ผู้ศึกษาซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในฐานะของผู้บริหารหน่วยบริการแห่งนี้ที่มีบทบาทหน้าที่ ในการบริหารจัดการ/สนับสนุนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนให้สัมฤทธิ์ผล จึงมีความสนใจที่จะศึกษาหาวิธีการเชื่อมประสานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/เครือข่ายสุขภาพ (อสม.) ให้มีความใกล้ชิดผู้ป่วยและมีความถี่ในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นจึงได้จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ขึ้นเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชนตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ต่อไป

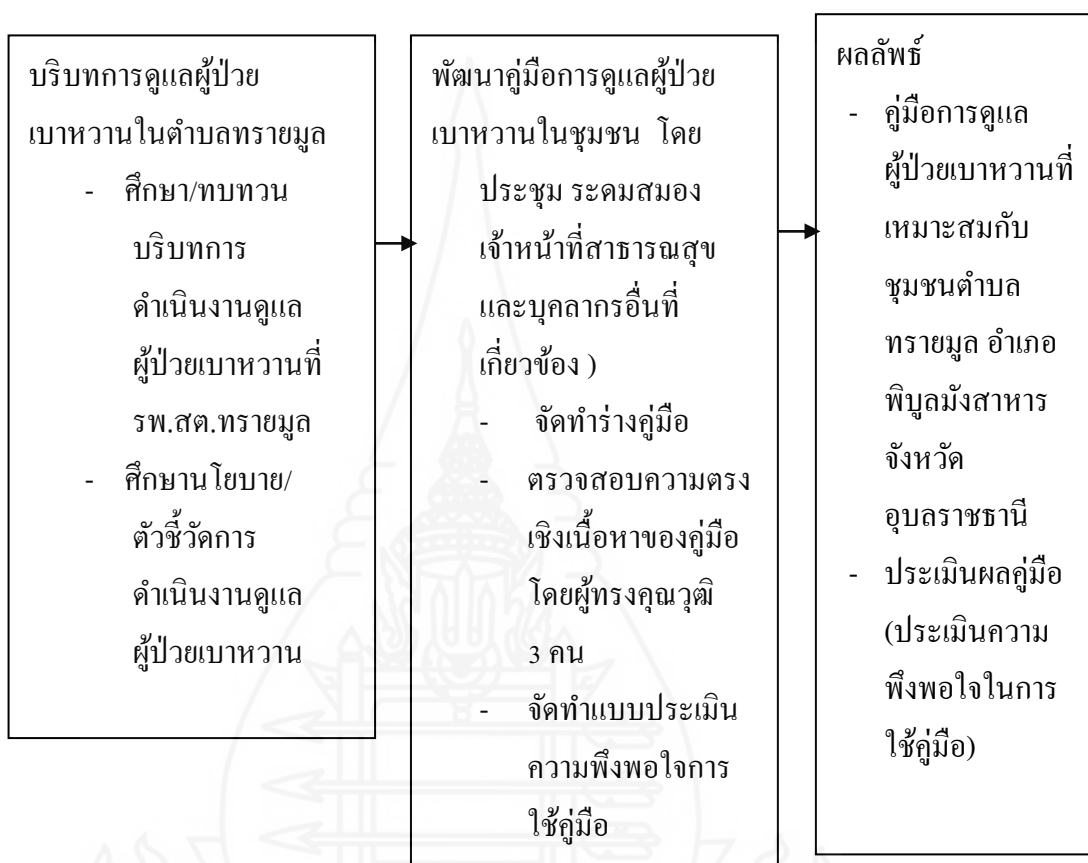
2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

2.1 ศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

2.2 พัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมสำหรับชุมชน ตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

2.3 ประเมินความพึงพอใจการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

3. กรอบแนวคิดการศึกษา



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการศึกษา

4. ขอบเขตการศึกษา

ในการจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูลนี้ ผู้ศึกษาได้แบ่งการศึกษา เป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาถึงบริบทการทำงานดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ศึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยการสอบถามพูดคุยหาข้อมูล สอบถามปัญหาจากพยาบาลวิชาชีพ

ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการและสอบถามข้อมูลปัญหาจากผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ(สสอ.และรพช.)ประกอบกับสืบค้นข้อมูล จากเวชระเบียน(ผู้ป่วยเบาหวาน) การประมวลผลจากฐานข้อมูล JHCIS ของหน่วยบริการรพ.สต.ทรายมูล ฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ศึกษาถึงนโยบายของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจากตำราคู่มือที่เกี่ยวข้อง ทำการศึกษาในช่วง ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2561 ถึงเดือน กันยายน 2562

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาคู่มือ ผู้วิจัยได้ทราบข้อมูลจากการศึกษาวิเคราะห์ ในขั้นตอนที่ 1 แล้ว ศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการ จัดประชุมระดมสมองกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จัดทำเป็นร่างคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล โดยมีเนื้อหาประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ชื่อ สกุล ที่อยู่ อายุ ประวัติการรักษา ประวัติการแพ้ยา ฯลฯ) ข้อมูลผู้ดูแล/ญาติ ส่วนทฤษฎีที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานพอสังเขป (เน้นผู้ป่วยและผู้ดูแล อ่านเข้าใจ ปฏิบัติได้ง่าย สะดวก เข้ากับบริบทชุมชนแบบชนบท) ปึงป้องจรรยาชีวิต 7 สี ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตาม 3 อ แบบบันทึกกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย (3อ) แบบรายงาน/บันทึกการติดตามเยี่ยม บันทึกปัญหาความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการตามนัด เช่นวันนี้ทำกิจกรรมไม่ได้เนื่องจากอะไรเช่น ฝนตก ติดภารกิจเร่งด่วน งานบุญในหมู่บ้าน และอื่นๆ ฯลฯ นำร่างคู่มือ ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ปรับแก้ไขคู่มือตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จนได้คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล ฉบับสมบูรณ์ ทำการศึกษา ในช่วง ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2562 ถึงเดือน พฤศจิกายน 2562

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินความพึงพอใจการใช้คู่มือ เป็นการนำคู่มือฉบับสมบูรณ์ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เป็นระยะเวลา 1 เดือน (30 วัน) แล้วทำการประเมินความพึงพอใจการใช้คู่มือ ของกลุ่มตัวอย่าง ดังกล่าว ทำการศึกษาในช่วงเดือน ธันวาคม 2562

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 5.1 ผู้ป่วยรับทราบแนวทางการดูแลสุขภาพและมีความตระหนักในการดูแลเอาใจ
สุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น
- 5.2 ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย รับทราบแนวทางการดูแลผู้ป่วยจากคู่มือและให้ความร่วมมือ
เอาใจใส่ ผู้ป่วย ประสานงานดูแลผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/เครือข่าย ได้อย่างต่อเนื่อง
- 5.3 อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย มีแนวโน้มที่ดีขึ้น

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ผู้ป่วยหรือผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ไม่พึ่งอินซูลิน) ที่
เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัด
อุบลราชธานี มีภูมิลำเนา/อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัด
อุบลราชธานี เป็นผู้ป่วยที่ร่วมกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นประจำโดยเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข รพ.สต.ทรายมูล

6.2 ผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วย หมายถึง พ่อ แม่ ภรรยา สามี บุตร หลาน หรือบุคคลอื่นที่
อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกับผู้ป่วยและมีบทบาทหน้าหรือมีส่วนรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

6.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพ
2) นักวิชาการสาธารณสุข 3) เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 4) เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข ที่
ปฏิบัติงานในหน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล ซึ่งบุคลากรทุกคนเป็นผู้มี
ส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่หน่วยบริการและในชุมชน อย่างต่อเนื่อง

6.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในชุมชน/หมู่บ้าน ในตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัด
อุบลราชธานี เรียกชื่อย่อว่า “อสม.”เป็นผู้ที่ผ่านการอบรม/เพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดย อสม.ทุกคนได้รับค่าตอบแทนรายเดือน
เรียกว่าค่าป่วยการในอัตราเดือนละ1,000 บาท/คน

6.5 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี และเป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
แห่งเดียว ในตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เรียกชื่อย่อ ว่า “รพ.สต.”

6.6 คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล หมายถึง คู่มือสำหรับให้ผู้ป่วยเบาหวานหรือญาติผู้ป่วยหรืออสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใช้ประกอบในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

6.7 การตรวจ HbA1C หมายถึง การตรวจค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา เพื่อพิจารณาและประเมินผลการรักษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานในภาพรวม ช่วง 2 – 3 เดือนที่ผ่านมา ว่า สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้หรือไม่ การแปรผลแบ่งเป็น 2 ระดับ

1) ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA1C ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์

2) ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมไม่ได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA1C ครั้งสุดท้ายมากกว่า 7 % ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์

6.8 ปังปองจรรยาชีวิต 7 สี หมายถึงเครื่องมือในการคัดแยกผู้ป่วยเบาหวาน โดยแยกสีตามระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อประโยชน์ในการจัดกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษาพยาบาลที่หน่วยบริการสาธารณสุข ระดับตำบลและระดับอำเภอ แบ่งเป็น 7 สี ดังนี้

6.8.1 สีขาว หมายถึง ผลระดับน้ำตาลในเลือด มีค่า ≤ 100 Mg/dl (FBS ≤ 100 Mg/dl) เป็นคนปกติยังไม่ป่วย

6.8.2 สีเขียวอ่อน หมายถึง ผลระดับน้ำตาลในเลือด มีค่าอยู่ระหว่าง 100 - 125 Mg/dl (FBS 100 -125 Mg/dl) เป็นกลุ่มเสี่ยงยังไม่ป่วย

6.7.3 สีเขียวแก่ หมายถึง ผลระดับน้ำตาลในเลือด มีค่า ≤ 125 Mg/dl (FBS ≤ 125 Mg/dl) เป็นผู้ป่วย (รับประทานยารักษาเบาหวานด้วย)

6.7.4 สีเหลือง หมายถึง ผลระดับน้ำตาลในเลือด มีค่าระหว่าง 126 - 154 Mg/dl (FBS 126 - 154 Mg/dl) เป็นผู้ป่วยระดับ 1

6.7.5 สีส้ม หมายถึง ผลระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าระหว่าง 155 - 182 Mg/dl (FBS 155 - 182 Mg/dl) เป็นผู้ป่วยระดับ 2

6.7.6 สีแดง หมายถึง ผลระดับน้ำตาลในเลือดมีค่า ≥ 183 Mg/dl (FBS ≥ 183 Mg/dl) เป็นผู้ป่วยระดับ 3

6.7.7 สีดำ หมายถึง ผลระดับน้ำตาลในเลือดมีค่า ≥ 183 Mg/dl (FBS ≥ 183 Mg/dl) มีโรคแทรกซ้อนด้วย จัดเป็นผู้ป่วยระดับรุนแรงมีโรคแทรกซ้อน

6.9 แบบประเมินความพึงพอใจ หมายถึงแบบประเมินความพึงพอใจหลังการใช้คู่มือในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เป็นระยะเวลา 1 เดือน (30 วัน) ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน 1) เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบประเมิน ได้แก่ 1.บทบาท (ผู้ป่วยเบาหวาน,ญาติ/ผู้ดูแล,อสม./ผู้นำ

ชุมชน ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอื่นๆ) 2. เพศ 3.อายุ 4.ระดับการศึกษา 5.ประสบการณ์
เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 2) เป็นข้อคำถามระดับความพึงพอใจการใช้คู่มือ ซึ่งมี 5 ข้อ
คำถาม แต่ละข้อคำถาม ให้เลือกตอบระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ เริ่มจาก 1=พึงพอใจน้อยที่สุด,
2 =พึงพอใจน้อย, 3=พึงพอใจปานกลาง, 4= พึงพอใจมาก และ 5=พึงพอใจมากที่สุด
(รายละเอียดอธิบายในหัวข้อการสร้างมื่อวิจัย)



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง การพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมา รวบรวมสรุปเป็นสาระสำคัญดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
2. บทบาทหน้าที่ของสถานบริการและตัวชี้วัด
3. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
4. บทบาทและหน้าที่ของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
5. บริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล
6. กระบวนการพัฒนาคู่มือ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

1.1 ความหมายของโรคเบาหวาน

จากการศึกษาถึงความหมายและคำจำกัดความของโรคเบาหวานนั้น พบว่า มีผู้ให้นิยามคำจำกัดความไว้มากมาย พอสรุปได้ดังนี้

สำนักโรคบาติวิทยา (2547) ได้ให้ความหมายของโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus : DM) ว่าเป็นภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งเกิดจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่าง โดยมีการตรวจพบระดับน้ำตาลใน พลาสมาหลังอดอาหาร นาน 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dl อย่างน้อย 2 ครั้ง ในวันที่ต่างกัน หรือระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ไม่เจาะจงเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dl ร่วมกับการมีอาการสำคัญของโรคเบาหวานเช่นปัสสาวะบ่อยและมาก กระหายน้ำบ่อย น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ

ซุมสัคคี พุกษาพงษ์ และคนอื่นๆ (2548) ให้ความหมายของโรคเบาหวานเกิดจากการที่การทำงานของตับอ่อนในการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่สามารถผลิตอินซูลินได้อย่างเพียงพอ

หรือผลิตอินซูลินได้แต่อินซูลินนั้นทำงานไม่ปกติ ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผลที่เกิดขึ้นก็คือการมีน้ำตาลตกค้างในเลือดซึ่งกระทบไปถึงไต ทำให้ไตต้องทำงานหนักมากขึ้น และไม่สามารถกรองเอาน้ำตาลออกจากปัสสาวะได้หมด ทำให้มีน้ำตาลปนออกมากับปัสสาวะ ปัสสาวะจึงมีรสหวาน เป็นที่มาของการเกิดโรคเบาหวาน

สุทิน ศรีธัญญาพร และวรรณิ นิธิยานันท์ (2548) ให้ความหมายของโรคเบาหวานว่าเป็นความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ ระดับน้ำตาลกลูโคสสูงในเลือด (Hyperglycemia) ซึ่งเป็นผลจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลินหรือทั้งสองอย่างร่วมกัน การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังซึ่งเป็นผลให้มีการทำลาย การเสื่อมสมรรถภาพ และการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ตา (Retinopathy) ไต (Nephropaty) เส้นประสาท (Neuropathy) และหลอดเลือดแดงทั้งขนาดเล็ก (Microangiopathy) และขนาดใหญ่ (Macroangiopathy)

อรทัย วุฒิสเสลา (2553) สรุปไว้ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการทำงานของตับอ่อนบกพร่องในการทำหน้าที่ผลิตอินซูลินให้เพียงพอ หรือการออกฤทธิ์ ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทำได้ไม่ดีพอ ซึ่งสามารถตรวจพบโรคได้โดยการตรวจปัสสาวะ หรือการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ร่วมกับสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย คือ ปัสสาวะบ่อยและมาก กระหายน้ำบ่อย น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ

สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย(2561)ให้ความหมายของโรคเบาหวาน คือ โรคที่เซลล์ร่างกายมีความผิดปกติในขบวนการเปลี่ยนน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงาน โดยขบวนการนี้เกี่ยวข้องกับอินซูลินซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สร้างจากตับอ่อนเพื่อใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อน้ำตาลไม่ได้ถูกใช้จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าระดับปกติ

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องในส่วนนี้ สรุปได้ว่า โรคเบาหวาน คือ โรคที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญอินซูลินในร่างกายทำให้มีเมตาบอลิซึมผิดปกติ ทั้งคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน ทำให้มีลักษณะเด่นชัดคือมีระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงกว่าปกติ

1.2 สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน

แบ่งการเกิดโรคโรคเบาหวาน เป็น 4 ชนิด ตามสาเหตุของการเกิดโรค ดังนี้ (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน,2560; สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย,2561)

1.2.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (T1DM) เกิดจากการทำลายเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อน โดยผ่านกระบวนการcellularmediated ส่วนใหญ่ พบในคนที่มีอายุน้อย(พบในวัยเด็ก) รูปร่างผอม(ไม่อ้วน) พบมีอาการปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำมาก ดื่มน้ำมาก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง บางรายพบภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน ส่วนในผู้ใหญ่จะมีการ

ดำเนินของโรคซ้ำๆเริ่มจากระดับน้ำตาล ที่สูงปานกลาง แล้วเกิดภาวะketoacidosis ซึ่งเบาหวานชนิดนี้พบในคนไทยถึงร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด

1.2.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (T2DM) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในคนไทยถึงร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เป็นผลจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน(insulin resistance)ร่วมกับความบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม(relative Insulin deficiency) พบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป ที่มีรูปร่างท้วมหรืออ้วน (ดัชนีมวลกายในคนเอเชีย 23 กก./ม.²)อาจไม่แสดงอาการผิดปกติหรืออาจแสดงอาการของโรคเบาหวานได้ อาการมักไม่รุนแรง ค่อยเป็นค่อยไป มักพบในผู้ที่มี พ่อแม่ พี่น้อง ป่วยเป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคเบาหวานชนิดนี้ พบมากเมื่อมีอายุสูงขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น ขาดการออกกำลังกายและพบมากขึ้นในเพศหญิงที่มีประวัติป่วยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

1.2.3 โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) เป็นภาวะที่ตับอ่อนของมารดาไม่สามารถผลิตอินซูลินให้เพียงพอกับความต้องการได้ เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินมากขึ้น จากปัจจัยจากรกหรือปัจจัยอื่นๆ ตรวจพบได้จากการทำ oral glucose tolerance test(OGTT)ในหญิงมีครรภ์ในไตรมาสที่ 2 หรือ 3 โดยตรวจเมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 6 – 7 เดือน(24-28สัปดาห์) ด้วยวิธี “one-step” ทำการตรวจครั้งเดียวโดยใช้ 75 กรัม OGTT หรือ“two-step” ตรวจกรองด้วย 50 กรัม glucose challenge test แล้วตรวจยืนยันด้วย 100 กรัมOGTT โดยเบาหวานขณะตั้งครรภ์นี้มักจะหายไปหลังคลอด

1.2.4 โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ เป็นโรคเบาหวานที่มีสาเหตุชัดเจนได้แก่โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมเช่นMODY(Maturity-Onset Diabetes of the Young)โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อนจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ จากยา จากการติดเชื้อจากภูมิกิริยาภูมิคุ้มกันหรือโรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่างๆผู้ป่วยจะมีลักษณะจำเพาะของโรคหรือกลุ่มอาการนั้นๆหรือมีอาการและอาการแสดงของโรคที่ทำให้เกิดเบาหวาน

1.3 อาการแสดงของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานในระยะแรกส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการผิดปกติ ในบางรายอาจตรวจพบโรคเบาหวานเมื่อเป็นมานาน โดยไม่รู้ตัวและเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นสัญญาณบ่งบอกของโรคเบาหวานประเภทที่ 1 และประเภทที่ 2 มักพบได้จากอาการเหล่านี้

1.3.1 การปัสสาวะบ่อยและมีปริมาณมาก เกิดจากการที่ตับอ่อนผลิตฮอร์โมนอินซูลินได้ไม่เพียงพอหรือไม่สามารถผลิต ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าปกติ ไตกรองน้ำตาลส่วนเกินกลับเข้าสู่เลือด ได้ไม่หมด จึงปล่อยออกมาพร้อมน้ำ กลายเป็นปัสสาวะ ผู้ป่วยเบาหวานจึงปัสสาวะมากและบ่อย

1.3.2 กระหายน้ำ จากการสูญเสียน้ำปัสสาวะบ่อยครั้ง ร่างกายจึงต้องการน้ำเพื่อ

ขาดเชยน้ำที่เสียไป หิวบ่อย ร่างกายขาดอินซูลินทำให้เซลล์ไม่ได้รับพลังงาน ร่างกายจึงต้องการแหล่งพลังงานจากอาหารมากขึ้น จึงทำให้เกิดอาการหิวบ่อย

1.3.3 น้ำหนักลดลงผิดปกติ เกิดจากร่างกายขาดฮอร์โมนอินซูลินหรือมีแต่ไม่เพียงพอ เซลล์ร่างกาย จึงเอาน้ำตาลมาเป็นพลังงานไม่ได้ จึงไปสลายเอาโปรตีนและไขมันมาใช้แทนทำให้ร่างกายผอมลง

1.3.4 เหนื่อยง่าย เกิดจากเซลล์ในร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลมาเผาผลาญเป็นพลังงานได้ จึงมีอาการเหนื่อยง่ายและรู้สึกอ่อนเพลีย สายตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด เกิดจากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดการคั่งของน้ำตาลในเลนส์ตา จอตาเกิดอาการผิดปกติ ในบางรายมีอาการรุนแรง อาจมีปัญหาสายตาระยะยาวถึงขั้นตาบอด

1.4 การวินิจฉัยและการรักษา

1.4.1 การประเมินความเสี่ยงแนวทางการคัดกรองการวินิจฉัยโรคเบาหวานในผู้ใหญ่และการประเมินทางคลินิกเมื่อแรกวินิจฉัยการประเมินความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, 2560)

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายในปี พ.ศ. 2557 (ครั้งที่ 5) นั้นพบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 8.9 ส่วนความชุกของผู้ที่มีความผิดปกติของน้ำตาลในเลือดตอนเช้าขณะอดอาหาร คิดเป็นร้อยละ 15.6 โดยผู้ป่วยเบาหวาน ในจำนวนร้อยละ 43.2 นั้น ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อนว่าป่วย และยังไม่ทราบว่าตนเองนั้นป่วยด้วยโรคเบาหวาน การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยเบาหวานในประชาชนทั่วไป นั้นค่อนข้างมีค่าใช้จ่ายสูง ดังนั้นจึงต้องมีการคัดเลือกตรวจเฉพาะในกลุ่มประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงสูง (high risk screening strategy) เกิดประโยชน์ ประหยัดและคุ้มค่า ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแต่ละเชื้อชาติและสภาพภูมิศาสตร์การประเมินความเสี่ยงจำเป็นต้องนำปัจจัยส่วนใหญ่หรือทั้งหมดเข้ามาประเมินร่วมกัน

สำหรับในประเทศไทยการประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานเพื่อการทำนายโรคนี้สามารถใช้ข้อมูลจากการศึกษา cohort study ศึกษาอย่างง่าย ด้วยการใช้แบบสอบถามข้อมูลประวัติด้านสุขภาพ ตรวจสุขภาพเบื้องต้น แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณเป็นคะแนนความเสี่ยง (risk score) ใช้ทำนายความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในอนาคต 12 ปีข้างหน้าได้แม่นยำพอสมควร เหมาะสำหรับคนไทย วิธีนี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อการคัดกรองโรคเบาหวานในชุมชนซึ่งมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ (น้ำหนักคำแนะนำ++)

รายละเอียดของการแปลผลคะแนนความเสี่ยงที่ได้ ต่อการเกิดโรคเบาหวานและ
ข้อแนะนำเพื่อการปฏิบัติตัว เมื่อนำคะแนนมารวมกัน คะแนนจะอยู่ในช่วง 0-17 คะแนนโดยอาจ
ทำการตรวจในกลุ่ม ความเสี่ยง ตั้งแต่ 6 คะแนน ขึ้นไป ก็ได้

ตารางที่ 2.1 ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับ คะแนนความเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยง	คะแนนความเสี่ยง Diabetesriskscore
ช่วงอายุ	
● 34 – 39 ปี	0
● 40 – 44 ปี	0
● 45 – 49 ปี	1
● ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป	2
เพศ	
● หญิง	0
● ชาย	2
ดัชนีมวลกาย	
● ต่ำกว่า 23 กก./ม. ²	0
● ตั้งแต่ 23 ≤ 27.5 กก./ม. ²	3
● ตั้งแต่ > 27.5 กก./ม. ² ขึ้นไป	5
รอบเอว	
● ผู้ชาย < 90 ซม./ผู้หญิง < 80 ซม.	0
● ผู้ชาย ≥ 90 ซม.ขึ้นไป,ผู้หญิง ≥ 80 ซม.ขึ้นไป	2
ความดันโลหิต	
● ไม่มี	0
● มี	2
ประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรง(พ่อแม่พี่หรือน้อง)	
● ไม่มี	0
● มี	4

ตารางที่ 2.2 การแปลผลคะแนนความเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และข้อเสนอแนะ

ผลรวมคะแนน	ความเสี่ยงต่อเบาหวานใน12ปี	ระดับความเสี่ยง	โอกาสเกิดเบาหวาน	ข้อเสนอแนะ
น้อยกว่าหรือเท่ากับ2	น้อยกว่าร้อยละ5	น้อย	1/20	- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ - ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม - ตรวจวัดความดันโลหิต - ควรประเมินความเสี่ยงซ้ำทุก3ปี
3-5	ร้อยละ5-10	ปานกลาง	1/12	ออกกายสม่ำเสมอ - ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม - ตรวจความดันโลหิต - ควรประเมินความเสี่ยงซ้ำทุก1-3ปี
6-8	ร้อยละ11-20	สูง	1/7	- ควบคุมอาหารและออกกำลังกายสม่ำเสมอ - ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม - ตรวจความดันโลหิต - ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด - ควรประเมินความเสี่ยงซ้ำทุก1-3ปี
มากกว่า8	มากกว่าร้อยละ20	สูงมาก	1/3-1/4	- ควบคุมอาหารและออกกำลังกายสม่ำเสมอ - ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม - ตรวจความดันโลหิต - ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด - ควรประเมินความเสี่ยงซ้ำทุกปี

โดยสรุปการประเมินความเสี่ยงเพื่อตรวจคัดกรองหาเบาหวาน นอกจากจะช่วยค้นหาผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ยังทำให้ค้นพบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่(ไม่แสดงอาการ) ให้

ได้รับการรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ วิธีนี้จึงมีประโยชน์สำหรับป้องกันและรักษาโรคเบาหวานในประชากรไทยระดับชุมชน เป็นอย่างดี

1.4.2 แนวทางการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในผู้ใหญ่

การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ซึ่งไม่รวมหญิงมีครรภ์ ไม่แนะนำให้คัดกรองในประชากรทั่วไปทุกคนเช่นประชากรอายุต่ำกว่า 35 ปี ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ความเสี่ยงใดๆ ควรตรวจเฉพาะในประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงเท่านั้น ใช้การประเมินความเสี่ยง ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกนั้น (คุณภาพหลักฐานระดับ 2 , น้ำหนักคำแนะนำ++)

1. คัดกรองในประชาชน อายุ ตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป
 2. คัดกรองในผู้มีรูปร่างกายอ้วนรอบเอวเกินมาตรฐาน(ดัชนีมวลกายหรือBMI 25 กก./ม.²) มี พ่อ แม่ พี่ น้องหรือญาติ เป็นโรคเบาหวาน
 3. มีความดันโลหิตสูง ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง(รับประทานยาความดันโลหิตสูงอยู่)
 4. ระดับไขมันในเลือด ผิดปกติ (ระดับไตรกลีเซอไรด์ 250 มก./ดล.และ/หรือ เอชดีแอลคอเลสเตอรอล < 35 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)หรือรับประทานยาลดไขมันในเลือด อยู่
 5. มีประวัติเป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตร น้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4 กิโลกรัม
 6. เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็น impaired glucose tolerance(IGT)หรือ impaired fasting Glucose (IFG)
 7. ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
 8. มีกลุ่มอาการถุงน้ำในรังไข่
- ผู้ที่มีเกณฑ์เสี่ยง 1 ใน 8 ข้อนี้อ ควรได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานและตรวจซ้ำทุกๆปี ตามคะแนนความเสี่ยงที่ประเมินได้
- (อ้วนหมายถึงในผู้ชาย มีค่า BMI 25 กก./ม.² และ/หรือรอบเอว \geq 90 ซม. และในผู้หญิง รอบเอว \geq 80 ซม. หรือมากกว่าส่วนสูงหารด้วย 2 ทั้งสองเพศ

1.4.3 วิธีการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน

วิธีการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานใช้วิธีใด วิธีหนึ่ง จาก 4 วิธี ได้แก่

- 1) การตรวจวัดพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (fasting plasma glucose,FPG,venous blood) โดยตรวจเลือดจากหลอดเลือดดำ (น้ำหนักคำแนะนำ++)
- 2) การตรวจน้ำตาลในเลือดโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว (fasting capillary blood glucose,FCBG)(น้ำหนักคำแนะนำ++)

ถ้าผลFPG (หรือFCBG) มีค่า 126มก./ดล. ให้นำตรวจซ้ำในอีกครั้งในวันหรือสัปดาห์ถัดไป ถ้าพบ FPGมีค่า 126 มก./ดล.อีก วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ในกรณีที่FPGมีค่า 100-125มก./ดล.วินิจฉัยว่าเป็นภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ(Impaired Fasting Glucose;IFG)ควรได้รับคำแนะนำให้ป้องกันโรคเบาหวาน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและควบคุมการบริโภคอาหาร วัตถุประสงค์ FPG ซ้ำทุก 1 - 3 ปี ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงที่มี ในกรณีที่ผู้นั้นมีปัจจัยเสี่ยงมาก ต้องการวินิจฉัยให้แน่ชัดว่ามีความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดรูปแบบใด สามารถตรวจคัดกรองด้วย 75กรัม Oral Glucose Tolerance Test(OGTT) เพื่อเริ่มการป้องกันหรือรักษาได้เร็วขึ้น

3) การตรวจความทนต่อกลูโคส (75กรัม Oral Glucose Tolerance Test,OGTT) มีความไวในการวินิจฉัยเบาหวานมากกว่า FPG ถ้าระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาล 200 มก./ดล.ให้ตรวจยืนยันอีกครั้งหนึ่งในสัปดาห์ถัดไปถ้าพบระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาล 200มก./ดล.ซ้ำอีกก็ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

4) การวัดระดับ A1C สามารถวินิจฉัยภาวะก่อนเป็นเบาหวานและเป็นโรคเบาหวานได้ แต่ยังไม่แนะนำให้ใช้ในการคัดกรองโรคเบาหวานในคนไทยเนื่องจากค่าใช้จ่ายสูง

1.4.4 การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยเบาหวานมี 4 วิธี เลือกวินิจฉัย ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้

1) ผู้มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจนคือหิว น้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยที่ไม่มีสาเหตุสามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่า ≥ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)ให้การวินิจฉัยว่าป่วย

2) ตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง FPG มีค่า 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

3) การตรวจความทนต่อกลูโคส (75 กรัม Oral Glucose Tolerance Test,OGTT) ถ้าระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาล 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ตารางที่ 2.3 การแปลผลระดับ Plasma glucose และA1C ประกอบการวินิจฉัยโรค

ค่าปกติ	ระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มความเสี่ยง		
	การเป็นโรคเบาหวาน		โรคเบาหวาน
	Impaired fasting glucose(IFG)	Impaired glucose tolerance(IGT)	
พลาสมากลูโคส ขณะอดอาหาร (FPG)	<100มก./ดล.	100-125มก./ดล.	≥126มก./ดล.
พลาสมากลูโคสที่ 2 ชั่วโมงหลัง ดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม 2 h-PG (OGTT)	<140มก./ดล.		140–199มก./ดล. ≥200มก./ดล.
พลาสมากลูโคสที่ เวลาใดๆ ในผู้ที่มี อาการชัดเจน	-		≥200มก./ดล.
ฮีโมโกลบินเอวันซี (A1C)	<5.7%	5.7-6.4%	≥6.5%

4) การตรวจวัดระดับA1C ถ้ามีค่า $\geq 6.5\%$ ให้ วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน การตรวจวิธีนี้เป็นที่นิยมมากขึ้นในปัจจุบันเพราะไม่ต้องอดอาหาร แต่ต้องตรวจในห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐานเท่านั้น ส่วนผู้ไม่มีอาการแสดงของโรคเบาหวานชัดเจนควรตรวจเลือดซ้ำโดยวิธีเดิมอีกครั้งหนึ่งต่างวันกันเพื่อยืนยันและป้องกันความผิดพลาดจากการตรวจห้องปฏิบัติการ การแปลผลสรุปไว้ในตารางที่ 2.3

1.4.5 การประเมินทางคลินิกเมื่อแรกวินิจฉัยโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคเบาหวานครั้งแรก ควรได้รับการซักประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังต่อไปนี้(คุณภาพหลักฐานระดับ1, น้ำหนักคำแนะนำ++)

1) การซักประวัติ ประกอบด้วยอายุอาการและระยะเวลาของอาการของโรคเบาหวานอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานยาอื่นๆที่ได้รับซึ่งอาจมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเช่น glucocorticoid โรคอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานได้แก่ความดันโลหิตสูงภาวะไขมันในเลือดผิดปกติโรกระบบหลอดเลือดหัวใจและสมอง เก๊าท์ โรคตาและไต (เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสพบเบาหวานร่วมด้วย)อาชีพการดำเนินชีวิตการออกกำลังกายการสูบบุหรี่หรือปนิสัยการรับประทานอาหารเสริมฐานะ ประวัติครอบครัวของโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงโรกระบบหลอดเลือดหัวใจและสมอง รวมทั้งประเมินความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

2) การตรวจร่างกาย ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงรอบพุง(รอบเอว)ความดันโลหิตคลำชีพจรส่วนปลายที่เท้าและตรวจเสียงดังที่หลอดเลือดคาโรติด(carotid bruit)ผิวหนังที่เท้า ฟันเหงือกและตรวจค้นหาภาวะหรือโรคแทรกซ้อนเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นที่จอตา ไต เส้นประสาท และโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เจาะเลือดจากหลอดเลือดดำเพื่อวัดระดับ FPG,A1C,total cholesterol,triglyceride,HDL-cholesterol,คำนวณหา LDL-cholesterol หรือวัดระดับ LDL-cholesterol,serumcreatinine/eGFR,ตรวจปัสสาวะ หากตรวจไม่พบสารโปรตีนให้ตรวจหา อัลบูมินและในกรณีที่มีอาการบ่งชี้ของโรคหลอดเลือดหัวใจหรือผู้สูงอายุ ควรตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและหรือตรวจเอ็กซเรย์ปอดด้วย

ในผู้ที่สงสัยว่าอาจไม่ใช่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เช่นรูปร่างผอมมาก ไม่มีไขมันใต้ผิวหนังรูปร่างหน้าตาผิดปกติ ตัวเตี้ย หูหนวก เป็นต้น อาจส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อแยกชนิดของโรคเบาหวาน ด้วย หากตรวจพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานตั้งแต่แรกวินิจฉัยให้พิจารณาส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อทำการประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆเหล่านั้น

1.4.6 การประเมินทางคลินิกสำหรับผู้เป็นโรคเบาหวานเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

● ประวัติการเจ็บป่วย

- อายุที่เริ่มตรวจพบว่าเป็นเบาหวาน
- อาการเมื่อแรกตรวจพบว่าเป็นเบาหวาน(หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด เป็นต้น อาจไม่มีอาการ)
- พฤติกรรมการรับประทานอาหาร
- กิจกรรมการออกกำลังกาย
- ประวัติการรักษาที่ผ่านมา ยาที่เคยได้รับหรือกำลังรับประทานอยู่ โดยเฉพาะยากลุ่มสเตียรอยด์

- อาการของโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานเช่นตามัวชาปลายเท้าปีสสาวะ
เป็นฟองเดินแล้วปวดน่องเป็นต้น

- ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

● **การตรวจร่างกาย**

- ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงวัดรอบเอว

- วัดความดันโลหิตอัตราการเต้นของหัวใจ

- ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก

- การตรวจร่างกายตามระบบต่างๆ

- การตรวจตาและจอตา

- การตรวจเท้าตรวจดูผิวหนังตาปลาแผลประสาทรับความรู้สึกที่เท้าดำ

ชีพจรที่ข้อเท้า

● **การตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

- A1C เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือดในระยะที่ผ่านมา

- Lipid profiles(total cholesterol,HDL-cholesterol,triglyceride)

- Liver function tests

- Serum creatinine/eGFR

- Urine exam ถ้าไม่พบ proteinuriaให้ส่งตรวจ microalbuminuria

● **การส่งพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ**

- นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหารเพื่อกำหนดอาหารสำหรับลดน้ำหนัก

- จักษุแพทย์เมื่อตรวจพบความผิดปกติ ในตา จอตา

- อายุรแพทย์โรคไตเมื่อตรวจพบว่าไตผิดปกติ

- อายุรแพทย์โรคหัวใจ เมื่อพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

- ทันตแพทย์ เมื่อพบความผิดปกติของเหงือกและฟัน

1.4.7 เป้าหมายการรักษา การติดตาม การประเมินผลการรักษาและการส่ง

ปรึกษา

1) วัตถุประสงค์ในการรักษาโรคเบาหวาน คือ

(1) เพื่อรักษาอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

(2) เพื่อป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

(3) เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง

(4) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงกับคนปกติ

(5) เพื่อให้เด็กและวัยรุ่นมีการเจริญเติบโตตามวัยเป็นปกติ

2) เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวาน

เพื่อการบรรลุตามวัตถุประสงค์ข้างต้น ควรเริ่มทำตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานและกำหนดเป้าหมายให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยคำนึงถึงอายุระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานการมีโรคแทรกซ้อนเรื้อรังความเจ็บป่วยหรือความพิการร่วมและความรุนแรงรวมทั้งการเกิดผลกระทบจากภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ทั้งนี้ควรให้การรักษารวมเป้าหมายโดยเร็ว

1. ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานที่ป่วยไม่นาน ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมอื่น ต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติหรือใกล้เคียงกับปกติตลอดเวลา ค่า A1C < 6.5% ซึ่งโดยทั่วไปแล้วทำไม่ได้ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ จึงตั้งเป้าหมายการควบคุมอยู่ที่ ค่า A1C < 7.0 %

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดบ่อยหรือรุนแรง ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนรุนแรงหรือมีโรคร่วมหลายโรค เป้าหมาย ระดับ A1C \geq 7.0%

3. ผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) พิจารณาสภาพโดยรวมของผู้ป่วยและแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม

3.1 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีสุขภาพดีและไม่มีโรคร่วม ให้ควบคุมในระดับเข้มงวดคือใช้เป้าหมาย A1C < 7.0%

3.2 ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้แต่มีโรคร่วมอื่นๆ ที่ต้องได้รับการดูแลร่วมด้วย เป้าหมาย A1C 7.0 - 7.5 %

3.3 ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือและดูแลใกล้ชิดในการดำเนินชีวิตประจำวัน การบริหารยาไม่ควรยุ่งยาก เป้าหมาย A1C 7.00 – 8.00 % เลือกใช้ยาที่มีความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด เน้นให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด

3.4 ผู้ป่วยที่สภาพร่างกาย ไม่แข็งแรง เปราะบาง (frailty) มีโอกาสที่จะล้มหรือเจ็บป่วยรุนแรง ให้หลีกเลี่ยงการให้ยาที่ทำให้เกิดอาการ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อาจให้ ระดับ A1C สูงได้ถึง 8.5%

3.5 ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ขึ้นรุนแรงควรหลีกเลี่ยงยาที่ทำให้ระดับน้ำตาลต่ำในเลือดอาจให้ระดับ A1C สูงได้ถึง 8.5%

4. ผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ ไม่เกิน 1 ปี ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยอย่างมากหรือเป็นโรคมะเร็ง (ระยะสุดท้าย) การรักษาโรคเบาหวานมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายและไม่เกิดอาการจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ให้ได้รับการดูแลที่บ้านที่ช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จนวาระสุดท้าย

ตารางที่ 2.4 เป้าหมายการควบคุมเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่

การควบคุมเบาหวาน	เป้าหมาย		
	การควบคุม เข้มงวดมาก	การควบคุม เข้มงวด	การควบคุมไม่เข้มงวด
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอด อาหาร	> 70 - 110 มก./ ดล.	80-130 มก./ดล.	140 -170 มก./ดล.
ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 2 ชั่วโมง	< 140 มก./ดล.	-	
ระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุดหลัง อาหาร	-	< 180 มก./ดล.	
A1C (% of total hemoglobin)	< 6.5 %	< 7.0 %	7.0 - 8.0 %

1.5 การประเมินการเกิดภาวะหรือโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ควรประเมินหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประเมินผู้ป่วยทุกรายว่า มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหรือไม่ หากไม่พบอาการแทรกซ้อน ควรป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น แต่ถ้าตรวจพบภาวะแทรกซ้อนในระยะต้น สามารถให้การรักษาให้ดีขึ้นหรือชะลอการดำเนินของโรคได้

1.6 การประเมินและการติดตามในกรณีที่ยังไม่มีโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน

ควรประเมินปัจจัยเสี่ยงและตรวจหาภาวะแทรกซ้อนเป็นระยะดังนี้(น้ำหนัก
คำแนะนำ++)

1 ครั้ง

- ตรวจร่างกายอย่างละเอียด ตรวจตา ปีละ 1 ครั้ง และตรวจเท้า อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและฟัน โดยทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- ตรวจระดับไขมันในเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง(หากปกติ)
- ตรวจปัสสาวะ ปีละ 1 ครั้ง
- ประเมินสุขภาพจิต ประเมินคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยและครอบครัว ด้วย

1.7 การประเมินและการติดตามในกรณีที่มีโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน

เมื่อตรวจพบภาวะหรือโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกไม่ว่าจะเกิดที่อวัยวะใดก็ตามของร่างกาย การประเมินและติดตาม มีรายละเอียดที่จำเพาะตามโรคและระยะของโรคด้วย

1.8 การให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง

การให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง การช่วยเหลือสนับสนุนให้ดูแลตนเอง เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการบรรลุเป้าหมายของการรักษาดังนั้นเมื่อได้รับการตรวจและวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานจะต้องให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาการ การรักษา การปฏิบัติตัว การเลือกบริโภคอาหาร การสร้างทักษะเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน

1.9 วิธีการให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเอง

การให้ความรู้ที่ดี ไม่เน้นการบรรยาย ควรเน้นผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางวิธีการให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

1) **การประเมิน** เป็นการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ สภาพทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพในแต่ละวัน กิจวัตรประจำวันของ นำมาประเมินประกอบในการวางแผนให้ความรู้ เพื่อสร้างทักษะการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยด้วยตัวเอง รวมถึงการประเมิน ฐานะการเงิน สภาพสังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น

2) **การตั้งเป้าหมาย** มีการตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เปิดรับแรงจูงใจเพิ่มเติมความสำเร็จของการเรียนรู้ เสริมสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเอง

3) **การวางแผน** ผู้ให้ความรู้ ต้องเลือกวิธีการให้ที่เหมาะสม กับค่านิยม วัฒนธรรม และความต้องการของแต่ละบุคคล ด้วย

4) **การปฏิบัติ** มีการสอนทักษะการปฏิบัติตัว เป็นการสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเอง ในเรื่อง อาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การใช้ยารักษาเบาหวานอย่างถูกต้อง การตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง การแก้ไขปัญหาภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูงในเลือด การป้องกันโรคแทรกซ้อนต่างๆ

5) **การติดตามและประเมินผล** ควรกำหนดวัน เวลาที่วัดผลการเรียนรู้หรือการสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเอง ให้ชัดเจน วัดอย่างไร วัดตามเกณฑ์ใดบ้างเช่น วัดค่าน้ำตาลสะสมเฉลี่ย(A1C) การประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินคุณภาพชีวิต เป็นต้น

1.10 เนื้อหาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

เนื้อหาความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่สำคัญ ได้แก่

- 1) ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
- 2) โภชนบำบัด
- 3) การออกกำลังกาย
- 4) ยารักษาเบาหวาน
- 5) การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองและการแปลผล
- 6) ภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูงในเลือดและวิธีป้องกันแก้ไข
- 7) โรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน
- 8) การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป
- 9) การดูแลสุขภาพช่องปาก
- 10) การดูแลรักษาเท้า
- 11) การดูแลในภาวะพิเศษ

1.10.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย เกิดการเรียนรู้เข้าใจ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พยากรณ์ของโรค การรักษา การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเพิ่มความเสี่ยงของโรคเบาหวาน เป็นต้น

1.10.2 โภชนบำบัด

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย เลือกซื้อ/เลือกบริโภคอาหาร ให้เหมาะสมกับโรคเบาหวาน รู้จักเลือกอาหารที่ไม่เพิ่มความเสี่ยงของโรคเช่น อาหารที่เพิ่มน้ำตาลในเลือด อาหารรสหวาน ผลไม้หวาน อื่นๆ เป็นต้น

1.10.3 การออกกำลังกาย

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้และเลือกออกกำลังกายให้เหมาะสมกับเพศ อายุ สภาพร่างกายและความแข็งแรงในปัจจุบันเช่น ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือผู้ป่วยเบาหวานที่ยังคงสุขภาพแข็งแรงควรออกกำลังกายด้วยวิธีใดได้บ้าง ผู้ให้ความรู้ควรเลือกแนะนำกิจกรรมออกกำลังกายให้เหมาะสมกับผู้ป่วยด้วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมและออกกำลังกายหนักเกินไป

1.10.4 ยารักษาเบาหวาน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และเรียนรู้การใช้ยา อันตรายและความรุนแรงของยาแต่ละชนิด หากรับประทานไม่ถูกต้องหรือรับประทานยาไม่ตรงตามขนาดที่แพทย์สั่ง จะมีผลอย่างไร การขาดยาหรือไม่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องจะมีอย่างไรต่อผู้ป่วย เป็นต้น

1.10.5 การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองและการแปลผล

วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยทราบวิธีการตรวจน้ำตาลในเลือดได้ด้วยตนเอง เพื่อประเมินภาวะเสี่ยง ประเมินกิจกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอง ซึ่งผู้ป่วยสามารถประเมินผลการตรวจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับผลการรักษาได้ เช่น ควรจะเพิ่ม หรือลดอาหารใดบ้าง ควรออกกำลังกายมากขึ้นหรือลดลง เป็นต้น

1.10.6 ภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูงในเลือดและวิธีป้องกันแก้ไข

วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยทราบอาการและเรียนรู้วิธีป้องกันและแก้ไขปัญหา ภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูงในเลือดได้ เนื้อหาประกอบด้วย อาการของภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูงในเลือด ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูงในเลือด วิธีการแก้ไขภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูงในเลือด

1.10.7 โรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน

วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย พยากรณ์ของโรคเบาหวานและเรียนรู้วิธีป้องกันโรคแทรกซ้อนได้ เนื้อหาประกอบด้วย

- โรคแทรกซ้อนเฉียบพลันได้แก่ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน (diabetic ketoacidosis,DKA)ภาวะเลือดข้นจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมาก (hyperosmolar hyperglycemic state,HHS)ให้รู้และเข้าใจสาเหตุของการเกิดวิธีการป้องกันและการแก้ไข
- โรคแทรกซ้อนเรื้อรังเช่น โรคแทรกซ้อนเรื้อรังที่ตา ที่ไต ระบบปลายประสาทปัญหาที่เท้าจากเบาหวานให้รู้และเข้าใจปัจจัยที่ทำให้เกิดและการป้องกัน
- โรคที่มักพบร่วมกับเบาหวานเช่นไขมันในเลือดสูงความดันโลหิตสูงโรคอ้วนความเกี่ยวข้องกับเบาหวานให้รู้และเข้าใจวิธีป้องกันและการแก้ไข

1.10.8 การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป

วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย เรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพการแก้ไขปัญหา การดำรงชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพโดยรวม การเข้ารับการรักษาตามนัด การนัดตรวจสุขภาพประจำปี ตามแผนการรักษาของแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง การเข้ารับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ประจำปีทุกปี

1.10.9 การดูแลสุขภาพช่องปาก

วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน ทราบวิธีการดูแลช่องปากและฟันให้เหมาะสม ผู้ป่วยต้องได้รับทราบว่า ผู้ป่วยเบาหวานจะมีปัญหาในเรื่องช่องปากและฟันมากกว่าคนปกติทั่วไป ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับความรู้และฝึกทักษะในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง

อย่างถูกต้อง เช่นการแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน ผู้ป่วยที่ใช้ฟันปลอมต้องดูแลช่องปากอย่างไรและหากเกิดปัญหาในช่องปาก จะดำเนินการอย่างไร เป็นต้น

1.10.1 การดูแลรักษาเท้า

วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับเท้าผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยต้องรับทราบว่า การเกิดโรคเบาหวาน หากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีพอ จะส่งผลเสียต่อเท้าผู้ป่วย เกิดอาการชาปลายเท้า มีโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บที่เท้า เกิดแผลเรื้อรังที่เท้าและแผลรักษาหายยาก ดังนั้นผู้ให้ความรู้ควรเน้นย้ำในการดูแลเท้าของผู้ป่วย การนัดพบแพทย์ทุกครั้งควรมีการตรวจเท้าด้วย

1.10.2 การดูแลในภาวะพิเศษ ได้แก่

- การตั้งครุฑเพื่อให้เข้าใจการดูแลสุขภาพตั้งแต่ก่อนการปฏิสนธิการส่งเสริมสุขภาพระหว่างตั้งครุฑและการควบคุมเบาหวานให้ได้ตามเป้าหมายการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์เช่นไม่สูบบุหรี่เป็นหวัดเกิดโรคติดเชื้อต่างๆ เป็นต้น
- การดูแลตนเองในสถานการณ์พิเศษเช่นมีการงดอาหารเพื่อทำหัตถการต่างๆหรือการผ่าตัดที่ไม่ต้องนอนในโรงพยาบาล(one-day surgery) เป็นต้น
- การไปงานเลี้ยงเล่นกีฬาเดินทางโดยเครื่องบินระหว่างประเทศเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจสิ่งที่จะเกิดขึ้นสามารถปฏิบัติตัวปรับรักษาเบาหวานปรับและ/หรือแลกเปลี่ยนชนิดของอาหารได้อย่างถูกต้องทำให้การใช้ชีวิตประจำวันในสังคมได้เป็นปกติ

1.11 สื่อให้ความรู้

สื่อให้ความรู้มีได้หลากหลายชนิด ขึ้นอยู่กับเนื้อหาที่ต้องการสอน ได้แก่แผ่นพับโปสเตอร์แบบจำลองหรือตัวอย่างของจริงเช่นอาหารเอกสารแจกประกอบการบรรยายคู่มือหรือหนังสือให้ความรู้โรคเบาหวาน

1.12 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

เป็นการให้ความรู้โรคเบาหวาน โดยผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น Telemedicine หรือ mobile health (mHealth) ได้ผลดียิ่ง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกล

ขั้นตอนวิธีการให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนคือ

1. การให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน

1.1 เวลาที่ควรให้ความรู้:เมื่อได้รับคำวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานเป็นครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวาน

1.2 เรื่องที่ควรสอน

- ยารักษาโรคเบาหวาน: ชื่อชนิด ขนาดผลข้างเคียงของยา อาหารสำหรับโรคเบาหวาน กิจกรรมการออกกำลังกาย การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ควรแนะนำให้มีการจดบันทึกผลเลือดและเรียนรู้วิธีการปรับยารักษาโรคเบาหวาน

2. การนำความรู้ไปปรับใช้สำหรับผู้ป่วยแบบเฉพาธารย ครอบคลุมเนื้อหาของโรคเบาหวานควรให้ความรู้ในหัวข้อที่สัมพันธ์กับปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เน้นการให้ความรู้แบบการแก้ไขปัญหามากกว่าการบรรยาย การให้ความรู้อาจให้เป็นรายบุคคลหรือให้เป็นกลุ่มย่อยก็ได้ ข้อดีของการให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อย คือ การได้รับการถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้ป่วยเบาหวานคนอื่นที่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ที่แก้ไขปัญหาลักษณะเดียวกัน เป็นการเพิ่มกำลังใจหรือแรงจูงใจให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองได้ ผู้ให้ความรู้ ควรทำหน้าที่เป็นเสมือนพี่เลี้ยงและแก้ไขข้อมูลความรู้โรคเบาหวาน แนะนำการสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง และทันสมัยกับความรู้ที่พัฒนาไปโดยใช้เทคนิค motivational Interviewing ร่วมด้วยพบว่าเพิ่มประสิทธิภาพในการให้ความรู้โรคเบาหวาน

การประเมินและติดตามผลจากโปรแกรมให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเอง

ควรมีการประเมินผลการใช้วิธีการให้ความรู้หรือโปรแกรมที่นำมาใช้ในการให้ความรู้โรคเบาหวานว่ามีความเหมาะสม มากน้อยเพียงใด โดยทำการประเมินภายหลัง การนำไปใช้ระยะหนึ่ง การประเมินผลนี้อาจทำได้โดยให้ผู้ช่วยบันทึกข้อมูลลงในสมุดพกประจำตัว ร่วมกับผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อประเมินความเข้าใจ และใช้ติดตามการปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต (Lifestyle modification)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตหมายถึงการปรับวิถีการดำรงชีวิตประจำวันเพื่อช่วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การมีกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมีกิจกรรมการเคลื่อนที่ให้มากขึ้นลดเวลาการอยู่นิ่งที่นานๆ พักผ่อนให้เพียงพอ งดสูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา

การควบคุมอาหาร

วัตถุประสงค์ของการให้คำแนะนำการควบคุมอาหารเพื่อผู้ป่วย

- สามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ สัดส่วนของสารอาหารได้สมดุลในปริมาณที่พอเหมาะเพิ่มประสิทธิผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิตและน้ำหนักตัวและป้องกันโรคแทรกซ้อนด้วย

● ปรับความต้องการอาหารและแบบแผนการบริโภคอาหารของแต่ละบุคคล ให้เหมาะสมโดยอิงอาหารประจำวัน ของแต่ละบุคคล

หลักสำคัญในการให้คำแนะนำนั้นขึ้นกับสภาพของผู้ป่วย ความสนใจและความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยด้วย

การออกกำลังกาย

ผู้ป่วยเบาหวานควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพื่อการเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย ช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต รวมทั้งควบคุมน้ำหนักตัว นอกจากนี้การออกกำลังกายที่เหมาะสมยังทำให้เกิดผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดได้ การออกกำลังกายอื่นๆ เช่น การทำงานบ้าน การขุดดิน ทำสวน การเดินอย่างต่อเนื่อง ไม่ต่ำกว่า 10 นาที เท้ากับการออกกำลังกายระดับเบาถึงระดับหนักปานกลางได้ ขึ้นกับการใช้แรงในแต่ละกิจกรรมด้วย

ตารางที่ 2.5 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก

เป้าหมาย	ระยะเวลาและความหนักของการออกกำลังกาย
เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดน้ำหนักตัวและลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	● ออกกำลังกายหนักปานกลางโดยออกกำลังกายวันละ 30-50 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วันแต่ละวันอาจแบ่งเป็น 2-3 ครั้งได้หรือออกกำลังกายระดับหนักมาก 75 นาที/สัปดาห์(อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์และไม่งดออกกำลังกายติดต่อกันเกิน 2 วัน)
เพื่อควบน้ำหนักที่ลดลงไว้ตลอดไป	● ออกกำลังกายความหนักปานกลางถึงหนักมาก 7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์(น้ำหนักคำแนะนำ+)

ผู้ป่วยเบาหวานควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกให้สม่ำเสมอ และออกกำลังกายแบบต้านแรง (resistance) ร่วมด้วย เช่น การยกน้ำหนัก การออกกำลังกายด้วยยางยืดหรืออุปกรณ์จำเพาะโดยปฏิบัติให้ได้ อย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อให้ได้ออกแรงของกล้ามเนื้อขา แขน หลังและท้องด้วย

การออกกำลังกายที่เหมาะสมสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานควรพึงระมัดระวังในการออกกำลังกายให้เหมาะสม เพราะถ้าออกกำลังกายมากเกินไปโดยไม่พิจารณาความเหมาะสมของยาเบาหวานหรืออินซูลินที่ได้รับ อาจส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดจากการออกกำลังกายหนักจนเกินไปได้

ตารางที่ 2.6 ข้อพึงระวังและควรปฏิบัติเมื่อออกกำลังกายในภาวะต่างๆ

ข้อพึงระวังและควรปฏิบัติเมื่อออกกำลังกายในภาวะต่างๆ	
ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก (เกิน 250 มก./ คล.ในเบาหวานชนิดที่ 1 หรือเกิน 300 มก./ คล.ในเบาหวานชนิดที่ 2)	<ul style="list-style-type: none"> ● งดหรือไม่ควรออกกำลังกายในขณะที่มีภาวะketosis ● ถ้าน้ำตาลสูงอย่างเดียวโดยไม่มีketosisและรู้สึกสบายดีสามารถออกกำลังกายหนักปานกลางได้ในผู้ที่ฉีดอินซูลินหรือกินยากระตุ้นอินซูลินอยู่
ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด	<ul style="list-style-type: none"> ● ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนออกกำลังกาย <100มก./คล.ควรกินอาหารคาร์โบไฮเดรตเพิ่มเติมก่อนออกกำลังกาย
โรคแทรกซ้อนที่ตาจากเบาหวาน	<ul style="list-style-type: none"> ● ถ้ามีproliferative diabetic retinopathy(PDR)หรือsevere NPDR ไม่ควรออกกำลังกายหนักมากหรือresistance exercise
โรคแทรกซ้อนที่ประสาทส่วนปลายจากเบาหวาน(peripheralneuropathy)	<ul style="list-style-type: none"> ● การออกกำลังกายหนักปานกลางโดยการเดินไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าอย่างไรก็ดีผู้ที่มีอาการเท้าชาควรสวมใส่รองเท้าที่เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกายและตรวจเท้าทุกวันผู้ที่มีแผลที่เท้าควรเลี่ยงแรงกดกระแทกที่แผลให้ออกกำลังกายโดยไม่ลงน้ำหนักที่เท้า(non-weight bearing exercise)แทน
ระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติ	<ul style="list-style-type: none"> ● ควรตรวจประเมินระบบหัวใจหากจะออกกำลังกายเพิ่มขึ้นกว่าที่เคยปฏิบัติอยู่
ไตเสื่อมจากเบาหวาน	<ul style="list-style-type: none"> ● ไม่มีข้อห้ามจำเพาะใดๆในการออกกำลังกาย

บุหรีและยาสูบ

การสูบบุหรี ถือว่าเป็นอันตรายอย่างมากสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้น ผู้ให้รักษาผู้ป่วยเบาหวานจะต้องสอบถามผู้ป่วยทุกรายว่ายังสูบบุหรีอยู่หรือไม่ หากไม่สูบบุหรีก็ต้องแนะนำให้หลีกเลี่ยงการสูดดมควันบุหรีด้วย ผู้ที่สูบบุหรีอยู่ ต้องแนะนำให้งดสูบบุหรี/เลิกสูบบุหรีด้วย

จากการศึกษาทฤษฎี ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ดังกล่าวนี ผู้ศึกษาได้นำความรู้ในส่วนของการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อนำไปเป็นส่วนประกอบหนึ่งในเนื้อหาของคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ที่ผู้ศึกษาจะได้พัฒนาขึ้น เพื่อใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ต่อไป

2. บทบาทหน้าที่ของสถานบริการและตัวชี้วัด

(แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน,2560)

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ โดยสามารถใช้กระบวนการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Wagner's Chronic Care Model (CCM) หรือ WHO's Chronic Care Model โดยมีรายละเอียดหรือความสำคัญดังนี้

1. เป็นระบบบริการสุขภาพที่เน้นเรื่องความปลอดภัยและคุณภาพของการบริการ
2. การออกแบบระบบบริการ ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ และตั้งเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้
3. ในการตัดสินใจการรักษาผู้ป่วยต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์
4. มีระบบข้อมูลที่บ่งบอกสถานะข้อมูลของผู้ป่วยและชุมชน
5. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย (Self-management support) ตั้งเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถ ดูแลสุขภาพด้วยตัวเองและสามารถรักษาตัวเองในขั้นพื้นฐานได้
6. ชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ

เพื่อให้ได้ตามหลักการ 6 ข้อนี้ จำเป็นที่จะต้องสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถานพยาบาลและชุมชน ในการดูแล/ส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและจิตใจ การป้องกันการเกิดโรค การฟื้นฟูโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง บนพื้นฐานของความทัดเทียมในการเข้าถึงบริการ เพื่อการบรรลุเป้าหมายนี้ สถานบริการสาธารณสุขในระดับต่างๆจำเป็นต้องมีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน สามารถบริหารจัดการเครือข่ายได้เหมาะสมตามทรัพยากร ที่มีอยู่เพื่อพัฒนาไปสู่ระบบดูแลสุขภาพร่วมกันอย่างไร้รอยต่อ ดัง ตารางที่ 2.7

ตารางที่ 2.7 บทบาทหน้าที่และบุคลากรในสถานบริการระดับต่างๆ

ระดับบริการ	บทบาท	ประเภทบุคลากรหลัก
หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ/เครือข่าย	ปรับเปลี่ยนการรักษา/ยาโดยแพทย์	แพทย์(ถ้ามี)
หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ	<ul style="list-style-type: none"> - ควบคุมป้องกันการเกิดโรค - ให้บริการตรวจคัดกรอง ค้นหา กลุ่มเสี่ยง หรือผู้ที่สงสัยว่าจะเป็นโรคเบาหวาน - ให้ความรู้แก่ประชาชน(อาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ งดบุหรี่ งดเหล้าหรือดื่มในปริมาณที่เหมาะสม) - สามารถวินิจฉัยภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดและการแก้ไขปัญหาได้ - ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น - ส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลรักษาที่เหมาะสม - ให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและบุคคลในครอบครัว - คัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้นของตา ไต เท้า ได้ - ประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด - เชิญผู้ป่วยที่บ้าน - ตั้งชมรมสร้างสุขภาพในชุมชนเช่นชมรมออกกำลังกาย ชมรมรักสุขภาพ 	<p>ทันตแพทย์ (ถ้ามี)</p> <p>หรือทันตภิบาล</p> <p>เภสัชกร(ถ้ามี)</p> <p>หรือเจ้าหน้าที่ เภสัช</p> <p>แพทย์แผนไทย</p> <p>พยาบาลเวชปฏิบัติ</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>เจ้าหน้าที่สาธารณสุข</p>

ตารางที่ 2.7 (ต่อ)

ระดับบริการ	บทบาท	ประเภทบุคลากรหลัก
หน่วยบริการ	- ป้องกันการเกิดโรค	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
ระดับทุติยภูมิ	- ให้บริการคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงกลุ่มผู้ป่วยและให้การรักษา - รับส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้การวินิจฉัยโดยแพทย์ - ให้การวินิจฉัย/การรักษา/ยาโดยแพทย์ - คัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ทั้งDM/GDM - จัดกิจกรรมตรวจสุขภาพในช่องปากปีละ1-2ครั้งโดยทันตภิบาลหรือทันตแพทย์ - คัดกรอง ค้นหาโรคแทรกซ้อนให้การรักษาลงการวินิจฉัยตลอดจนแผนการรักษาก่อนส่งหน่วยบริการปฐมภูมิและให้การรักษาที่ซับซ้อนกว่าระดับปฐมภูมิ - เน้นการให้องค์ความรู้เพื่อการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวานและบุคคลในครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถดูแลตัวเองได้ทั้งด้านอาหาร ออกกำลังกาย การรับประทานยาและการติดตามผลการรักษาและสามารถวินิจฉัยภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดและการแก้ไข - มีแผนการเชื่อมโยงและประสานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่1และที่ 2 กับทุกระดับ - ให้องค์ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน - ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเน้นทักษะการดูแลตนเองและไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง - ควรให้มีชมรมผู้ป่วยเบาหวาน โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม	อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกำหนดอาหารหรือนักโภชนาการ นักสุขศึกษาหรือ วิทยากรเบาหวาน นักกายภาพบำบัดหรือ ผู้ช่วยนัก กายภาพบำบัด

ตารางที่ 2.7 (ต่อ)

ระดับบริการ	บทบาท	ประเภทบุคลากรหลัก
หน่วยบริการ ระดับตติยภูมิ	<ul style="list-style-type: none"> - เช่นเดียวกับหน่วยบริการทุติยภูมิ แต่ให้การรักษาที่มีความซับซ้อนกว่าระดับทุติยภูมิ - สามารถให้คำแนะนำการตรวจ SMBG และประเมินการรักษา - ให้ความรู้พื้นฐานการนับคาร์โบไฮเดรตและการปรับอินซูลิน - ติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลตามเป้าหมายของเครือข่ายบริการ - จัดตั้งชมรมผู้ป่วยเบาหวาน โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม - เป็นที่ปรึกษาช่วยเหลือสนับสนุนการจัดตั้งและพัฒนาชมรมผู้ป่วยเบาหวานแก่โรงพยาบาลระดับต่ำกว่า - มีแผนการเชื่อมโยงและประสานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 กับทุกระดับ 	<ul style="list-style-type: none"> แพทย์/กุมารแพทย์ แพทย์ระบบต่อมไร้ท่อ หรือผู้เชี่ยวชาญ โรคเบาหวาน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่น เช่น ศัลยแพทย์ จักษุแพทย์ แพทย์โรคไตเกสัชกร พยาบาล นักกำหนดอาหารหรือ นักโภชนาการวิทยาการ เบาหวาน นักจิตวิทยานัก กายภาพบำบัด
หน่วยบริการ ตติยภูมิระดับสูง	<ul style="list-style-type: none"> - เช่นเดียวกับหน่วยบริการตติยภูมิแต่สามารถให้การรักษาโรคที่ซับซ้อน โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ครอบคลุมมากขึ้น - มีระบบให้คำปรึกษา(hotline)นอกเวลาราชการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ฉีดอินซูลินและผู้ดูแลกรณีมีปัญหาฉุกเฉินและเพื่อการพัฒนา daily problem solving skills ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ช่วงแรกหลังการวินิจฉัยและช่วงปรับเปลี่ยน 	<ul style="list-style-type: none"> เช่นเดียวกับหน่วยบริการ ตติยภูมิและมีแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ สาขาอื่นเพิ่มเช่น ศัลยแพทย์ทรวงอก ศัลยแพทย์หลอดเลือด อายุรแพทย์โรคหัวใจ พร้อมเครื่องมือและ อุปกรณ์ การรักษา

2.1 ตัวชี้วัดการดูแลและการให้บริการโรคเบาหวานของเครือข่ายบริการ

ในปัจจุบันมีการกำหนดเป้าหมายระดับ โลกและระดับประเทศในการควบคุมโรค NCDs (non-communicable diseases) ขององค์การอนามัยโลกจนถึงประกาศปฏิญญาทางการเมืองว่าด้วยการป้องกันโรคไม่ติดต่อ(Political Declaration) โดยวัดความสำเร็จในการป้องกันและควบคุม

โรคไม่ติดต่อ พ.ศ.2568 เทียบกับข้อมูลอ้างอิงพื้นฐานในพ.ศ.2553 โรคเบาหวานเป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายนี้ได้แก่

- การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของโรคเบาหวานอัตราคงที่ของโรคเบาหวานและโรคอ้วนในระดับประเทศ ซึ่งตัวชี้วัดสำหรับปี 2568 คืออัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน (และ/หรือ)โรคปอดเรื้อรัง ในประชากรอายุระหว่าง 30–70 ปี ลดลงร้อยละ 25

- ความชุกของโรคเบาหวานและโรคอ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม²)ในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปไม่เพิ่มขึ้น

- ในระดับชุมชนมีอัตราการลดลงของกลุ่มเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยงโดยติดตามการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว รอบเอว พฤติกรรมการบริโภค การมีกิจกรรมออกแรงหรือออกกำลังกายเป็นตัวชี้วัดที่บ่งชี้ถึงประสิทธิผลในการป้องกันโรคเบาหวานของชุมชนนั้นๆ

- ในระดับองค์กรตัวชี้วัดที่ติดตามเพื่อบ่งบอกถึงประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยและการบริหารจัดการภาวะโรคเบาหวานขององค์กรใดองค์กรหนึ่งจังหวัดหรือเขตในปัจจุบัน ประกอบด้วยตัวชี้วัดกระบวนการและตัวชี้วัดผลลัพธ์

2.2 ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process)

- อัตราการคัดกรองภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในชุมชนในเขตรับผิดชอบ
- อัตราการคัดกรองDM/GDMในหญิงตั้งครรภ์
- อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการให้ความรู้โรคเบาหวานอย่างน้อยครอบคลุมความรู้เรื่องเบาหวาน อาหารการออกกำลังกายและภาวะแทรกซ้อน

- อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสร้างทักษะเพื่อการดูแลตัวเอง

- อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจA1C 1-2ครั้งต่อปี

- อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจlipidprofileประจำปี

- อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ serum Cr,eGFR ประจำปี

- อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ albumin uria ประจำปี

- อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจเท้าอย่างละเอียดประจำปี

- อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอตาประจำปี

- อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากประจำปี

- อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่

- อัตราการส่งกลับ/ส่งต่อ ผู้ที่ควบคุมเบาหวานได้ไปดูแลที่ศูนย์สุขภาพชุมชน/

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)

2.3 ตัวชี้วัดผลลัพธ์(Outcome)

- อัตราความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในชุมชนที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดน้ำหนัก
- อัตราความชุก(prevalence)และอัตราการเกิดโรค (incidence) ของโรคเบาหวานและกลุ่มเสี่ยง (IFG)
- อัตราการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวาน
- อัตราของระดับ fasting plasma glucose อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้(FPG80-130มก./คล.)
- อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับA1C ได้ตามเป้าหมายตามกลุ่มอายุสถานะโรคและการตั้งครรภ์
- อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์<140/90 mmHg
- อัตราของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองมีระดับ
 - LDL-Cน้อยกว่า100มก./คล.
 - อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
 - อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตัดนิ้วเท้าเท้าหรือขา
 - อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสอนให้ตรวจและดูแลเท้าด้วยตนเอง
 - อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่ซึ่งได้รับคำแนะนำ หรือได้รับการปรึกษาให้เลิกสูบบุหรี่ สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

2.4 การดูแลโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)เป็นหน่วยบริการสาธารณสุข ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการทำงานแบบบูรณาการ มีการประสานงานกับเครือข่ายบริการสุขภาพ ประสานงานกับกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานต่างๆในพื้นที่ เพื่อดำเนินงานส่งเสริม สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ มีการดำเนินงานป้องกันการเกิดโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่างๆ โดยการค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาล ที่ทันทั่วถึง ลดความพิการและลดการเสียชีวิตได้ในที่สุด เพื่อให้การดำเนินงานเกิดผลและยั่งยืนจึงควรมีการบูรณาการความร่วมมือ ทั้งในระดับผู้ปกครองครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ตระหนักและสนับสนุนทรัพยากรสำหรับพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยให้การสนับสนุนตั้งแต่ระดับนโยบาย จนถึงระดับ

การปฏิบัติ สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถจัดการสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการจัดระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและเชื่อมโยงการบริการสุขภาพ ภายในเครือข่ายร่วมกัน มีการแบ่งกลุ่มเป้าหมาย แนวทางดำเนินงานและกำหนดผลลัพธ์ของงานดังในตารางที่ 2.8 (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน,2560)

ตารางที่ 2.8 แนวทางและเป้าหมายของการดำเนินงานเบาหวานในรพ.สต.

กลุ่มเป้าหมาย	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมายผลลัพธ์ของการดำเนินงาน
ประชากรที่ยังไม่ป่วย(ภาวะปกติ)	- ร่วมมือกับ อสม.และชุมชนในการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ประเมินสุขภาพประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ	มีสุขภาพแข็งแรง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค(อาหารออกกำลังกาย อารมณ์งดบุหรี่และสุรา)
ประชากรมีภาวะเสี่ยง	- ค้นหา คัดกรองติดตามกลุ่มเสี่ยง ให้สุขภาพศึกษา และเฝ้าระวัง	มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดเสี่ยงต่อการเกิดโรค จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลดลง
ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	ดูแลรักษาผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติ และมีการเยี่ยมบ้าน กระตุ้นผู้ป่วยไปรับบริการต่อเนื่องและรวมทั้งให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง ลดภาวะเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถปรับชีวิตประจำวันได้เหมาะสม
ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน	คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างมีระบบ	ผู้ป่วยได้รับการรักษา ได้รับการดูแลภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการและลดการเสียชีวิต

2.4.1 แนวทางการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ประกอบด้วย

1) ด้านการพัฒนาระบบลงทะเบียนให้ครอบคลุมผู้เป็นเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

1.1) รพ.สต.ร่วมกับอสม.และแกนนำในชุมชน มีการสำรวจในเชิงรุก โดยเข้าไปดำเนินการตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวาน เพื่อแบ่งกลุ่มตามสถานะสุขภาพ คือ 1)กลุ่มปกติ 2)กลุ่มเสี่ยงและ 3)กลุ่มป่วย(ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน)

- 1.2) รพ.สต.มีการจัดทำฐานข้อมูลประชากรเป็นกลุ่มๆตาม
สถานะสุขภาพ
- 1.3) รพ.สต.มีการลงข้อมูลในทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานในเขต
รับผิดชอบทุกราย ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน
- 1.4) รพ.สต.มีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลการให้บริการร่วมกันภายใน
เครือข่ายบริการสุขภาพในระดับอำเภอ
- 1.5) รพ.สต.มีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลส่วนกลางของระดับจังหวัด
- 2) ด้านการให้บริการที่หน่วยบริการรพ.สต. ได้แก่
- 2.1) จัดให้มีการบริการตรวจสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปและหาก
พบว่ามีความเสี่ยงสูง ให้ส่งต่อเพื่อให้แพทย์ทำการตรวจวินิจฉัย
- 2.2) จัดให้มีบริการโรคเรื้อรัง โดยดำเนินการตามคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติ
ที่จัดทำขึ้น โดยคณะทำงานระดับเขต/จังหวัด มีการประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผล
ระดับไขมันในเลือด และประเมินผลความดันโลหิต ของผู้ป่วยเบาหวาน มีการลงบันทึกผลการ
ตรวจสุขภาพประจำปี เดือน และข้อมูลการให้บริการต่างๆของผู้ป่วยเบาหวาน ในแฟ้มประวัติทุก
ครั้งที่มารับบริการ มีการนัดหมายเข้ารับการตรวจรักษาครั้งต่อไปและมีการจัดระบบติดตาม รวมถึง
พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน
- 2.3) ดำเนินการประเมินคุณภาพการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวาน
- 2.4) จัดกิจกรรมให้สุขศึกษา ผู้ป่วยเบาหวานทั้งรายบุคคลหรือรายกลุ่ม
- 2.5) จัดระบบการให้บริการ ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพแก่
ประชาชนทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน
- 2.6) จัดเตรียมความพร้อมด้าน ยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์และ
เครื่องมือทางการแพทย์ โดยมีการตรวจมาตรฐานของเครื่องมือทางการแพทย์ มีการสอบเทียบหรือ
ส่งสอบเทียบเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องวัด
ความดันโลหิต
- 3) ด้านการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน
- 3.1) จัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ แจ้งเตือนการตรวจสุขภาพประจำปี
ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานให้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน
- 3.2) มีการประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลเครือข่าย ระดับ
อำเภอ /จังหวัด เพื่อร่วมให้บริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน อย่างน้อย
ปีละ 1 ครั้ง (ตารางที่ 2.9)

3.3) มีการจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อรับการรักษาและให้มีการนัดหมายติดตาม

3.4) ติดตามและบันทึกผลการตรวจและการรักษาในรายที่มีการส่งต่อ

ตารางที่ 2.9 การร่วมให้บริการตรวจคัดกรองและดูแลภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน

กลุ่มผู้ป่วย	กิจกรรมที่ดำเนินการ
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนปีละ 1 ครั้ง - ตรวจจอตาโดยจักษุแพทย์หรือ โดยใช้กล้องถ่ายภาพจอตา - ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต - ตรวจหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง - ตรวจหาปัจจัยเสี่ยงและความผิดปกติของเท้า ที่อาจทำให้เกิดบาดแผลหรือเท้าผิดปกติ
มีภาวะแทรกซ้อน	<ul style="list-style-type: none"> - นัดหมายติดตามเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนตามระยะของโรค - ประเมินผลการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ทุก 1 - 3 เดือน - ส่งต่อ เพื่อรักษาโดยแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ โรคตามชนิดและระยะของภาวะแทรกซ้อน - ภาวะแทรกซ้อนระยะเริ่มต้นติดตามโดยแพทย์รับบริการตรวจประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะแทรกซ้อน ทุก 6 -12 เดือน หรือ ตามที่แพทย์กำหนด - ภาวะแทรกซ้อนระยะกลางติดตาม โดยอายุรแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ โรครับการตรวจประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะแทรกซ้อน ตามที่แพทย์กำหนด - กำกับ ดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ อย่างเคร่งครัด
มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง	<ul style="list-style-type: none"> - จัดระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางตามปัญหาที่เกิดขึ้น - ดูแลด้านสภาพจิตใจ ช่วยเหลือการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในที่อยู่อาศัย - ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยความร่วมมือกับชุมชน

4) ด้านเวชปฏิบัติและชุมชน(งานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน)

4.1) ออกติดตามการรักษา กระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการ
รักษาอย่างต่อเนื่องตามนัดหาย

4.2) ติดตามให้สุขศึกษาในชุมชนแก่ผู้ป่วยเบาหวานและญาติ

4.3) จัดทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/
ผู้พิการ

4.4) ส่งเสริม สนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานและ
ครอบครัว สามารถดูแลและจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

4.5) ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวาน เข้าร่วมเป็นสมาชิก
และร่วมออกกำลังกายกับชมรมเพื่อสุขภาพ เช่นชมรมออกกำลังกาย ในหมู่บ้าน/ชุมชน

5) ด้านการสนับสนุนภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคเรื้อรัง

5.1) มีการนำเสนอข้อมูล สถานะสุขภาพ แก่ผู้บริหาร ผู้เกี่ยวข้อง
หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อรับทราบข้อมูล ปัญหาสุขภาพและหา
ทางแก้ไขปัญหาต่อไป

5.2) ส่งเสริม/สนับสนุนการจัดทำแผนพัฒนาตำบลในเรื่องการ
จัดการโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล

5.3) ส่งเสริม/สนับสนุนการจัดระบบการคัดกรอง การดูแล การ
ติดตาม/ค้นหาผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่

5.4) ส่งเสริม สนับสนุนและกระตุ้นให้มีการจัดสถานที่ออก
กำลังกายทั่วไปและจัดหาเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการตรวจติดตามดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง

5.5) ส่งเสริม สนับสนุนการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของชมรม
เพื่อนช่วยเพื่อ(เพื่อสุขภาพ)ในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

5.6) ส่งเสริม สนับสนุนการจัดให้มีกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้
พิการในหมู่บ้าน/ชุมชน

จากการศึกษาบทบาทหน้าที่ของสถานบริการและตัวชี้วัดตามรายละเอียดข้างต้น ซึ่ง
สถานบริการหรือหน่วยบริการสาธารณสุข ในการศึกษานี้หมายถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลหรือชื่อเรียกโดยทั่วไปว่า รพ.สต. ทำให้ได้ทราบขอบเขต บทบาทหน้าที่ ของหน่วยบริการ ที่
ต้องดำเนินการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่หน่วยบริการ(รพ.สต.)หรือในชุมชน อย่างไรบ้าง และสำหรับ
หน่วยบริการ รพ.สต.ทรายมูล ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติงานและทำการศึกษาวิจัยใน

ครั้งนี้พบว่า มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานใกล้เคียง สอดคล้องตามขอบเขตเนื้อหาที่ศึกษา

3. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

3.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน

3.1.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน (Oakley&Marsden,1984 อ้างใน นิติศ ทศนิยม และสมพันธ์ ทศนิยม, 2555) คือ การที่ให้ประชาชน ชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจ ให้อำนาจแก่ประชาชนในการเลือกปัญหาและคิดแก้ไขปัญหาด้วยตัวของเขาเอง ซึ่งแตกต่างจากแนวการปฏิบัติแบบเดิมที่เจ้าหน้าที่คิดแผนการนั้นๆเอาไว้แล้ว เพียงแต่ให้ประชาชนหรือชุมชนเข้าร่วมแผนการเท่านั้น โดยการมีส่วนร่วมนั้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีด้วยตนเองและเกิดความเข้มแข็งยั่งยืนภายในชุมชนซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นจะมีคุณลักษณะสำคัญอยู่ 3 ประการ (World Health Organization : WHO, 1993 อ้างใน อมร สุวรรณนิมิต, 2553) คือ 1) การให้ความร่วมมือ (Participation as Collaboration) คือ ประชาชนนั้นจะต้องมีความสมัครใจเข้าร่วมด้วยตนเองหรือเข้าร่วมโดยการจูงใจและมีการคาดหวังถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับ 2) มีการระบุเป้าหมายหรือผลประโยชน์ที่จะได้รับ (Participation as Project Benefits) คือ ผู้ที่เข้าร่วมจะต้องมีส่วนได้ส่วนเสียในผลที่จะเกิดขึ้น 3) เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Participation as Empowerment) คือ การให้อำนาจการต่อรองแก่ผู้เข้าร่วมในการเข้าถึงและควบคุมใช้ทรัพยากรในทุกกระบวนการ

การมีส่วนร่วมคือการเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถใช้สิทธิ์ของตนเองได้อย่างเต็มที่ เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆได้ตามความเหมาะสม ให้โอกาสประชาชนได้มีสิทธิ์เข้ารับฟังหรือร่วมตัดสินใจในโครงการที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม (อรทัย ก๊กผล, 2552)

3.1.2 ระดับของการมีส่วนร่วม (วิภา เทียงธรรม และคณะ,2554) การมีส่วนร่วมนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับด้วยกัน คือ 1) การไม่มีส่วนร่วม (non participation) เป็นการมีส่วนร่วมระดับต่ำ คือ ประชาชนมีส่วนร่วมน้อยที่สุด เมื่อเจ้าหน้าที่หรือภาคส่วนต่างๆนำเทคโนโลยีหรือโครงการต่างๆเข้าไปในชุมชน โดยที่ประชาชนไม่ได้ให้ความสนใจ ไม่ให้ความร่วมมือ ไม่มีการแสดงความคิดเห็นใดๆ ไม่รับรู้ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับ 2) การเป็นผู้รับ (tokenism) เป็นการมีส่วนร่วมระดับกลาง คือ เจ้าหน้าที่ที่จะเป็นผู้จัดแจงแผนการต่างๆ ประชาชนหรือชุมชนไม่ได้มีส่วนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แต่ประชาชนจะมีอำนาจตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่ก็ได้ 3) การควบคุมโดย

ประชาชน (citizen control) เป็นการมีส่วนร่วมระดับสูงสุด คือ ประชาชนหรือชุมชนมีบทบาทร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ และได้รับผลประโยชน์จากการร่วมมือตามโครงการนั้นๆ

3.1.3 ขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถแบ่งได้เป็น 10 ขั้นตอน (วิบูลย์เกียรติ และคณะ, 2554) ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 0 คือ ขั้นที่ประชาชนหรือชุมชนไม่ได้รับข้อมูลใดและไม่ให้ความสนใจกับโครงการหรือเหตุการณ์ใดๆที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 1 คือ ขั้นที่เจ้าหน้าที่เป็นผู้คิดวางแผนกำหนดการณ์ต่างๆแล้วให้ประชาชนปฏิบัติตามโดยที่ประชาชนไม่ได้รับรู้ข้อมูลมาก่อน

ขั้นที่ 2 คือ ขั้นที่ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารก่อนการจัดทำโครงการนั้นๆ

ขั้นที่ 3 คือ ขั้นที่มีการสอบถามความสมัครใจและสนใจจากประชาชนก่อนการจัดทำโครงการใดๆ

ขั้นที่ 4 คือ ขั้นที่เจ้าหน้าที่ได้มีการให้ข้อมูลและกล่าวถึงปัญหาและความสำคัญ รวมถึงผลกระทบของปัญหานั้นๆ

ขั้นที่ 5 คือ ขั้นที่เจ้าหน้าที่มีการเชิญชวนและกระตุ้นให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม

ขั้นที่ 6 คือ ขั้นที่ประชาชนได้รับข้อมูลต่างๆแล้วมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม ร่วมคิดวิเคราะห์และอภิปรายถึงสาเหตุของปัญหานั้นๆ โดยเน้นความเท่าเทียมกัน

ขั้นที่ 7 คือ ขั้นที่เจ้าหน้าที่ได้กระตุ้นให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นและเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆ โดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด และมีเจ้าหน้าที่เป็นที่ปรึกษา

ขั้นที่ 8 คือ ขั้นที่เจ้าหน้าที่จะเป็นเพียงผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำโดยให้ประชาชนเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพวิถีชีวิตของคนในชุมชนเอง

ขั้นที่ 9 คือ ขั้นที่ประชาชนได้เลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาและมีการกำหนดกิจกรรมต่างๆเรียบร้อยและได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่เพียงเล็กน้อยเพื่อความถูกต้องและเหมาะสม

ขั้นที่ 10 คือ ขั้นที่ประชาชนกำหนดกิจกรรมและลงมือดำเนินกิจกรรมทั้งหมดเอง โดยที่เจ้าหน้าที่นั้นมีหน้าที่เพียงสังเกตการณ์อยู่ภายนอกหรืออาจจะมีการเชิญให้เสนอความคิดเห็นบ้างเป็นบางโอกาสเท่านั้น

3.2 การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตความเป็นอยู่เพื่อให้มีความเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขประกอบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงจากสิ่งทีอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้ เพราะฉะนั้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในการดูแลรักษาสุขภาพและควบคุมโรค มีความจำเป็นอย่างยิ่ง (ลือชัย ศรีเงินยวงและคณะ, 2544) การดูแลรักษาสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นสามารถแบ่งออกได้ 3 ระยะ ดังนี้ 1) เป็นระยะที่มีการรับรู้ความน่ากลัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระยะนี้จะส่งผลเสียต่อตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานเองคือผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ ส่วนผลดี คือ ผู้ป่วยจะมีแรงผลักดันในการดูแลตนเองให้ดีขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายจากโรคได้ 2) เป็นระยะของการลองผิดลองถูกในการแสวงหารักษาทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน แผนโบราณ พืชสมุนไพร เป็นต้น แล้วแต่จะสามารถสรรหาได้ และจากการได้รับคำแนะนำของบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคให้หายขาดได้ 3) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับการรักษา ยอมรับว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาเป็นระยะเวลานานหลังจากสรรหาวิธีการรักษามาหลายอย่าง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรับฟังคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ยอมรับการรักษาและเรียนรู้ที่จะอยู่กับโรคเบาหวานอย่างมีความสุข

3.3 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมต่อการวางแผนการดำเนินงาน

3.3.1 เพื่อให้ค้นหาปัญหาและความต้องการที่แท้จริงในชุมชนและสามารถจัดอันดับความสำคัญของปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

3.3.2 เพื่อให้วิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาได้อย่างหลากหลายและครอบคลุม

3.3.3 เพื่อให้เลือกวิธีการและแนวทางการแก้ไขปัญหได้อย่างถูกต้อง และวางแผนแก้ไขปัญหได้อย่างเหมาะสม

3.3.4 เพื่อให้การดำเนินการตามแผนที่ได้วางไว้บรรลุเป้าหมายและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

3.3.5 เพื่อให้การติดตามและประเมินผลเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้

โดยสรุปแล้วการดูแลสุขภาพของประชาชนให้มีสุขภาพที่ดีและมีความยั่งยืนได้นั้น ประชาชนหรือชุมชนจะต้องให้ความสำคัญ ควรให้ความร่วมมือกับภาครัฐอย่างจริงจัง เริ่มตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการวางแผนงานด้านสุขภาพ ครัววิเคราะห์/กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนด้วยชุมชนเอง การรู้จักให้กำลังใจ ให้การยอมรับช่วยเหลือซึ่งกันและกันของประชาชนในชุมชนจะก่อให้เกิดความสำเร็จในการดูแลสุขภาพได้อย่างยั่งยืนตลอดไปได้ จากการศึกษานี้พบว่าประชาชนและชุมชนยังคงให้ความสนใจและร่วมวางแผนกิจกรรมด้านสุขภาพในระดับหนึ่ง แต่ยังคงขาดความต่อเนื่อง ซึ่งต้องได้รับการสนับสนุนหรือกระตุ้นจากบุคลากรสาธารณสุข อย่างสม่ำเสมอด้วย

4. บทบาทและหน้าที่ของ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

4.1 บทบาทและหน้าที่หลักของ อสม.

อสม.มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลประชาชน 8-15 หลังคาเรือน ต่อ อสม. 1 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) โดยมีบทบาทตามมาตรฐานการสาธารณสุขมูลฐาน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ดังนี้

4.1.1 เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน

4.1.2 ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยดำเนินงานตามหลักสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบของ (เมธี จันทจักรภรณ์, 2552) ได้แก่ 1) งาน สุขศึกษา ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพและประชาสัมพันธ์ข่าวสารต่อชุมชน 2) งาน โภชนาการ 3) งาน สุขากิจบาลเบื้องต้นและการจัดหาน้ำสะอาด 4) อนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว 5) สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 6) การควบคุมและป้องกันโรคประจำถิ่น 7) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น 8) การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน 9) งาน ทันตสาธารณสุข 10) การส่งเสริมสุขภาพจิต 11) การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ 12) การป้องกันควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ 13) การป้องกันและแก้ไขสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ และ 14) การคุ้มครองผู้บริโภค

4.1.3 ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ 1) การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น การบรรเทาอาการไข้ตัวร้อน ไข้และมีผื่นหรือจุด ไข้จับสั่น ไอปวดศีรษะ ปวดเมื่อย ปวดหลัง ปวดเอว ปวดท้อง ท้องผูก ท้องเดิน พยาธิลาไส้ ฝี ผื่นคันบนผิวหนังปวดฟัน เหงือกอักเสบ เจ็บตา เจ็บหู เหน็บชา และ โลหิตจาง 2) การปฐมพยาบาลเบื้องต้นเกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคลื่อน ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นลม ชัก จมน้ำ งูกัด สุนัขกัดหรือ

สัตว์อื่นกัด ไฟฟ้าดูดและได้รับสารพิษ การจ่ายยุงยุงอนามัย การตรวจวัดความดันโลหิต การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข, 2554ข) การตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ การตรวจหาน้ำตาลในเลือด (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

4.1.4 หมุนเวียนกันปฏิบัติหน้าที่ ที่ สสมช. ในการจัดทำข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน การถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของหมู่บ้านชุมชน การให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

4.1.5 เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น ในเรื่องโภชนาการขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เรื่องอนามัยแม่และเด็ก โดยติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนดและการเฝ้าระวังเรื่องโรคประจำถิ่น เป็นต้น

4.1.6 เป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชน โดยใช้งบประมาณที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือจากแหล่งอื่นๆ

4.1.7 เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการความจำเป็น จปฐ. และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่างๆ

4.1.8 ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และ อบต. กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

4.2 บทบาทของ อสม. กับการจัดการโรคเรื้อรัง

ในสถานการณ์ที่โรคเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ภาครัฐได้เน้นการดูแลระดับปฐมภูมิจากการศึกษาของ บังอร คนกลาง (2546) ซึ่งศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ผู้มารับบริการปฐมภูมิตามความคาดหวังต่อคุณภาพบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากกว่าบริการที่ได้รับในโรงพยาบาล การพัฒนาระบบการดูแลโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนจึงมีความสำคัญ แต่กิจกรรมการพัฒนาจะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน (จุฬารัตน์ โสตะ, 2543) โดยเฉพาะ อสม. ซึ่งเป็นองค์กรภาคประชาชน ที่มีความรู้และทักษะมากที่สุดในระบบสุขภาพ ดังนั้นจึงต้องพัฒนา อสม. ในการจัดการ โรคเรื้อรัง

4.3 บทบาท อสม. กับการจัดการโรคเรื้อรัง มีดังต่อไปนี้ คือ

1) เป็นผู้นำทางความคิด โดยเป็นแกนนำในการจัดทำแผนตำบล/แผนสุขภาพตำบล โดยเครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ร่วมศึกษาข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและประชาชน ร่วมรับรู้ปัญหา และหาแนวทางในการแก้ไข

2) นำงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลมาใช้ในการสร้างมาตรการทางสังคม เช่น มีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ

3) มีบทบาทเชิงรุกในการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งด้าน การส่งเสริมสุขภาพการเฝ้าระวัง การป้องกัน และควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพ เช่น 1) ตรวจสอบสุขภาพเชิงรุก/คัดกรองประชาชนกลุ่มเป้าหมาย 2) สร้างเสริมสุขภาพ ใส่ใจ 30. บอกลา 2ส.ในกลุ่มปกติ 3) ร่วมให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วย 3) ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มป่วย กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน 4) เฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติในผู้ป่วยและประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และ 4) ติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มป่วย

4) ทำตนเป็นแบบอย่างที่ดี โดยการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ลดหวานมัน เค็ม เพิ่มผลไม้ ออกกำลังกายวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน งดบายนม เช่น เหล้า บุหรี่ ทำจิตใจให้แจ่มใส ไม่เครียด

5) สร้างระบบการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหา

6) สรุปผลการดำเนินงานของ อสม. เช่น มีการจัดการความรู้ผ่านเรื่องเล่า ในแต่ละเดือน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554;กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมการแพทย์ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)

4.4 แนวทางการดำเนินงาน อสม.ในการจัดการโรคเบาหวาน มีดังต่อไปนี้

1) สำรวจ ค้นหาและจัดทำทะเบียนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ในละแวกคุ้มครัวเรือนที่ตนเองรับผิดชอบพร้อมจดบันทึกไว้ในสมุดปฏิบัติงานเพื่อเป็นข้อมูลในการติดตามการเข้ารับบริการ

2) เตรียมสถานที่และประสานงานกับองค์กรชุมชน เตรียมชุมชนและกลุ่มเป้าหมายให้มารับบริการ

3) จัดกิจกรรมการคัดกรองประเมินพฤติกรรมสุขภาพเบื้องต้น โดยใช้แบบสอบถามด้วยวาจา เพื่อคัดกรองและสอบถามเบื้องต้น ได้แก่ 1) การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด 2) การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง 3) การออกกำลังกาย 4) ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจร 5) การใช้ยาชุด 6) สุขภาพจิต 7) การรับประทานอาหาร (สุกๆ ดิบๆ รสเค็ม รสหวาน)

- 4) ชักถาม โอกาสเสี่ยงด้วยแบบคัดกรอง โรคเบาหวานเบื้องต้นประวัติการป่วยเป็นโรค หรือการได้รับยารักษาเบาหวาน ซึ่งถ้าเคยได้รับการวินิจฉัยแล้วให้จัดเป็นกลุ่มป่วย
- 5) ประเมินสุขภาพ โดย การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว พร้อมจดบันทึกข้อมูล คำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย การจับชีพจรและวัดความดันโลหิต
- 6) ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพกับเจ้าหน้าที่เพื่อจำแนกกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงตามสถานะความเสี่ยง คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มป่วย กลุ่มป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน
- 7) จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยประสานงานเพื่อจัดกิจกรรมให้ความรู้สำหรับกลุ่มต่างๆ เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อสุขภาพ(ออกกำลังกาย) รมรณรงค์การกินอาหารตามหลักโภชนาการรณรงค์ให้ปลูกผักสวนครัว กินผักวันละครั้งกิโลกรัมต่อคนต่อวัน มีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดโรคความดันโลหิตสูง
- 8) สนับสนุนการจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมผู้ป่วย โรคเรื้อรังและมีกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตนเอง
- 9) สร้างความเข้มแข็งของชุมชน เช่น ร่วมพัฒนาองค์กรชุมชน ไร่พุงหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เข้าร่วมประชุมและจัดกิจกรรมการสร้างมาตรการทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ประสานงานกับอบต. เพื่อของบประมาณในการจัดกิจกรรม
- 10) ติดตามประเมินผลกิจกรรมและสรุปผลการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมการแพทย์ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)

4.5 การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการจัดการโรคเรื้อรัง

การอบรม อสม. นั้นควรส่งเสริมความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (ไพจิตร ศรีธนาวิวัฒน์, พรทิพย์ ไวกุล, จีรสุดา โอธรรมย์, 2551) หรือเพื่อให้มีความรู้และทักษะในการดูแลกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยง โดยเน้นระบบการเฝ้าระวังและการควบคุมป้องกันโรค ควรเน้นฝึกทักษะและวิธีการดูแลที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน เป็นวิธีการที่สอดคล้องกับวิถีและบริบทพื้นที่ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยเรื้อรังหรือประชาชน (ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2550) จาก การทบทวนวรรณกรรม สรุปแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. ดังต่อไปนี้

4.5.1 รูปแบบที่ใช้ในการพัฒนา

- 1) จัดอบรม
- 2) อบรมเชิงปฏิบัติการ
- 3) การจัดค่ายความรู้
- 4) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประสบการณ์การดูแล
- 5) จัดกิจกรรมให้ อสม.ปฏิบัติร่วมกับชุมชน เพื่อเข้าใจ

ปัญหาาร่วมกัน

- 6) การศึกษาดูงานต่างพื้นที่

4.5.2 ปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนา

ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาศักยภาพ อสม. พบว่า จำนวน อสม. ในการตรวจคัดกรองน้อยระยะเวลาในการอบรมน้อย (ชาติ ยะวร, 2552) ขาดความร่วมมือในส่วนตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ เนื่องจากยังยึดติดกับรูปแบบสั่งการจากระดับบนสู่ระดับล่าง และขาดการใส่ใจต่อนโยบายของรัฐบาลที่เน้นการทำงานเชิงรุก ทำให้ปัจจัยการสนับสนุนงานพัฒนาด้านสาธารณสุขขาดไป (ไพจิตร ศรีธรรมาวัฒน์, พรทิพย์ ไวกุณี, จิรสุดา โอรสรัมย์, 2551)

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ สุจินดา สุขกำเนิด (2549) ได้ประเมินศักยภาพ อสม. กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลง พบว่า อสม. มีศักยภาพสูงในการรณรงค์ เช่น การเฝ้าระวังโรค และป้องกัน การสำรวจข้อมูล ศักยภาพปานกลาง ได้แก่ การแจ้งข่าวสาร ให้คำแนะนำ การประสานงาน การพัฒนาสังคมภายในชุมชน ศักยภาพค่อนข้างต่ำ ได้แก่ การคุ้มครองสิทธิประโยชน์ การพัฒนาเศรษฐกิจในชุมชน ศักยภาพต่ำ ได้แก่ การให้บริการสาธารณสุขเบื้องต้นในชุมชน การถ่ายทอดความรู้ การปฏิบัติงานใน ศสมช. การเป็นผู้นำชุมชน การวางแผนพัฒนาสุขภาพและพบว่า ถ้า อสม. มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพสูง จะมีความรู้ด้านสาเหตุ อาการ การรักษาพยาบาลสูงด้วยการฝึกอบรม อสม. ใหม่ตามหลักสูตรมาตรฐานค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่มีเพียงจัดประชุมที่ สอ.อบต. และผู้นำชุมชนเห็นว่า อสม. ขาดการอบรมทักษะความสามารถในการทำงาน การเขียนแผนโครงการขาดแรงจูงใจในการทำงาน ข้อเสนอแนะการพัฒนา อสม. คือ การให้ความรู้ควรทำมวลชนสัมพันธ์มากกว่าการอบรม เช่น การสร้างเครื่องมือในการนิเทศสัมพันธ์เพื่อพบปะเยี่ยมเยียนและให้ความรู้ที่เป็นปัญหาพื้นที่ อสม. กลุ่มเก่าควรเน้นความเป็นผู้นำ พัฒนาการเขียนโครงการ การเป็นผู้นำกระบวนการ กลุ่มใหม่ควรจัดอบรมความรู้พื้นฐานการดูแลสุขภาพ เจ้าหน้าที่ต้องจุดประกายพลังของอสม. โดยการสนับสนุนความรู้ สร้างขวัญกำลังใจในการทำงานเชิงอาสา มากกว่าทำตามคำสั่งเจ้าหน้าที่

โดยสรุป อสม.มีบทบาทหน้าที่หลักตามงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ และทำงานเชิงรุกในการดูแลสุขภาพภาคประชาชน ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู โดยเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงให้ประชาชนร่วมคิดค้นหาปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล โดยเน้นการดูแลกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งกำลังเป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบัน บทบาทของ อสม.ในระบบสุขภาพภาคประชาชนจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน แต่ในปัจจุบันพบว่า ภาครัฐยังยึดติดกับระบบการสั่งการ การเปิดโอกาสให้ภาคประชาชนได้มีส่วนร่วมในการออกแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยชุมชนเองมีน้อย นอกจากนี้ การพัฒนาศักยภาพที่ผ่านมาเน้นทำตามเจ้าหน้าที่สั่งการ อสม. ไม่มีส่วนร่วมในการออกแบบแนวทางการพัฒนา ทำให้ อสม.ซึ่งเป็นแกนนำหลักของภาคประชาชนขาดการวิเคราะห์ปัญหาด้วยตนเอง

สำหรับบทบาทของอสม.ในพื้นที่ตำบลทรายมูล ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติงานร่วมกับ อสม.อย่างต่อเนื่องและได้ดูแลรับผิดชอบ ในการพัฒนาศักยภาพ อสม.มาโดยตลอดพบว่าอสม.ทุกคนมีความรู้ ความสามารถและมีทักษะ ในการปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี เป็นกำลังสำคัญในการทำงาน/เชื่อมประสานงานด้านสาธารณสุขกับผู้นำชุมชน ประชาชน องค์กรเอกชน องค์กรภาครัฐหรือหน่วยงานอื่นๆในพื้นที่เขตรับผิดชอบ ได้อย่างดียิ่ง อสม.มีบทบาทหน้าที่ ในการส่งเสริมสุขภาพติดตามเยี่ยมบ้านโดย อสม.หรือสนับสนุนการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข บทบาทในการควบคุมป้องกันโรคติดต่อในชุมชน บทบาทในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นหรือการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นได้ บทบาทในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้สูงอายุ ผู้พิการ บทบาทในการติดตามเยี่ยม/ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุขได้ โดยสรุปแล้ว อสม.ตำบลทรายมูล สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆตามที่ได้รับมอบหมาย จากบุคลากรสาธารณสุขได้ ทั้งนี้เจ้าหน้าที่/บุคลากรสาธารณสุข จะต้องชี้แจงงานหรือภารกิจ ให้มีความชัดเจน มอบหมายงานให้เหมาะสมกับความสามารถของอสม.แต่ละคนและที่สำคัญหากเป็นภารกิจ/งาน ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือประชาชนในชุมชน บุคลากรสาธารณสุขจะต้องดูแล/กำกับอสม.อย่างใกล้ชิดด้วย

5. บริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล

5.1 สถานการณ์โรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล

ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูลมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และภาวะแทรกซ้อนของโรคก็เพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดเป็นปัญหาทั้งกับตัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะเมื่อเกิดบาดแผล ต้องใช้การดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง ยาวนาน ส่งผลกระทบด้านจิตใจ ต่อตัวผู้ป่วยเองและญาติผู้ดูแลด้วย ต้องสละเวลาจากการประกอบสัมมาอาชีพ หรือกิจกรรมอื่นมาเพื่อดูแลบาดแผลผู้ป่วย โดยการทำให้แผลให้เองหรือนำผู้ป่วยไปรับการทำแผลที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูง ก็อาจทำให้การรักษาบาดแผลหายได้เร็วขึ้น แต่ถ้าหากผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ก็ทำให้บาดแผลนั้นหายช้าไปด้วยหรืออาจส่งต่อสุขภาพถึงขั้น ต้องตัดอวัยวะส่วนนั้นๆออกไปเพื่อรักษาชีวิต ให้รอดต่อไป นอกจากนี้ยังคงพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ป่วยมานานหรือควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ทำให้ต้องเพิ่มปริมาณยาเบาหวานมากขึ้นส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต มีอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยแต่ละคนด้วย

ตารางที่ 2.10 แสดงสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

ปีงบประมาณ	จำนวนทั้งหมด (ราย)	รักษาที่รพ.สต.(ราย)			ภาวะแทรกซ้อนทางไต		รับใหม่ (ราย)	ตาย (ราย)	Refer กลับจากรพ (ราย).
		ทั้งหมด	DM	DM+HT	3a	3b			
2557	232	119 (51.29)	49	70	8	6	7	1	8
2558	246	115 (52.85)	46	83	8	8	15	2	17
2559	279	116 (41.58)	26	90	12	10	7	0	6

ตารางที่ 2.10 (ต่อ)

ปีงบประมาณ	จำนวนทั้งหมด (ราย)	รักษาที่รพ.สต.(ราย)			ภาวะแทรกซ้อนทางไต		รับใหม่ (ราย)	ตาย (ราย)	Referกลับ จากรพ. (ราย).
		ทั้งหมด	DM	DM+HT	3a	3b			
2560	224	126 (56.26)	34	92	13	10	15	1	5

ที่มา เวชระเบียน รพ.สต.ทรายมูล และฐานข้อมูล JHCIS รพ.สต.ทรายมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560

ข้อมูลสถิติการตายของประชาชน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล โดยเก็บรวบรวมจากรายงานผู้ป่วยนอก และรายงานผู้ป่วยใน (รง.504) โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ.2557-2560 (เดือน มกราคม – ธันวาคม ของทุกปี) จำแนกกลุ่มสาเหตุการตายตามเกณฑ์การจำแนกโรค ICD-10 TM ในรายงานสาเหตุการตาย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559 ตามฐานข้อมูล JHCISรพ.สต.ทรายมูล พบว่า Top 5 Cause of Death ดังแสดงตามตาราง ต่อไปนี้

ตารางที่ 2.11 อัตราตายของประชาชน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล

ลำดับ	สาเหตุการตาย	2557 (6,900)		2558 (6,910)		2559 (6,879)	
		จำนวน	ต่อ ปชก. พันคน	จำนวน	ต่อ ปชก. พันคน	จำนวน	ต่อปชก. พันคน
1	โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน	7	1.01	4	0.58	9	1.30
2	ไตวายเรื้อรัง	6	0.87	3	0.43	2	0.29
3	มะเร็งตับ	1	0.14	1	0.14	2	0.29
4	ความดันโลหิตสูง	2	0.29	3	0.43	3	0.44
5	หัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน	2	0.29	1	0.14	1	0.14

ที่มา : รายงานสาเหตุการตาย ณ วันที่ ตามฐานข้อมูล JHCISรพ.สต.ทรายมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับตำบลที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมีบทบาทหน้าที่หลัก ในการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ รับผิดชอบประชาชนในพื้นที่ ทั้งหมด 5,466 คน (ชาย 3,015 คน หญิง 2,451 คน : HDC 30 ธันวาคม 2561) บุคลากร ในสังกัด จำนวน 8 คน (ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน 1 คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข/ลูกจ้าง จำนวน 4 คน) มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพจำนวน 111 คน สำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งเริ่มรับโอนผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาล ระดับอำเภอเมื่อปี 2554 จำนวน 55 คน และต่อมามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆจนปัจจุบันมีจำนวน 126 คน (ธันวาคม 2561) แต่บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (พยาบาลวิชาชีพ) ยังคงมีจำนวนเท่าเดิม ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล ดูแลได้ไม่ครอบคลุม เท่าที่ควรทำให้อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมยังคงเกินเกณฑ์ที่กำหนด(ผลตรวจ A1C มากกว่า 7)

สถานการณ์โรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี แบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการจำนวน 126 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวแก่(FBS \leq 125 Mg/dl) จำนวน 58 คน กลุ่มสีเหลือง (FBS =125 – 154 Mg/dl) จำนวน 44 คน กลุ่มสีส้ม(FBS 155-182 Mg/dl) จำนวน 15 คน และกลุ่มสีแดง (FBS \geq 183 Mg/dl) จำนวน 9 คน (ฐานข้อมูล เวชระเบียน รพ.สต.ทรายมูล ณ ตุลาคม 2562)

5.2 การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล

การดำเนินงานควบคุม ดูแล รักษาผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลทรายมูล เริ่มต้นจากการคัดแยกผู้ป่วยเบาหวานเป็นกลุ่มๆ โดยใช้หลักการแบ่งระดับน้ำตาลใน เลือดผู้ป่วยเบาหวานตามเกณฑ์ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี นัดผู้ป่วยเบาหวานที่แบ่งกลุ่ม เข้ามารับ บริการตรวจรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล ในวันพฤหัสบดีที่ 2 วัน พฤหัสบดีที่ 3 และวันพฤหัสบดีที่ 4 ของทุกๆเดือน ดังนี้ ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 กลุ่มสีเขียวแก่(FBS \leq 125 Mg/dl) และกลุ่มสีเหลือง (FBS =125 – 154 Mg/dl) นัดมารับการรักษา ในวันพฤหัสบดี ที่ 3 ของ ทุกเดือน ผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 กลุ่มสีส้ม(FBS 155-182 Mg/dl) และกลุ่มสีแดง (FBS \geq 183 Mg/dl) นัดมา รับการรักษา ในวันพฤหัสบดี ที่ 2 ของทุกเดือน และผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 กลุ่มสีส้ม คือกลุ่มผู้ป่วย เบาหวานที่มีอาการของโรคแทรกซ้อนทางไตระดับไม่เกิน 3 นัดมารับการรักษา ในวันพฤหัสบดี ที่ 4 ของทุกเดือน สำหรับผู้ให้บริการรักษาพยาบาล หลักคือพยาบาลวิชาชีพ ประจำหน่วยบริการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล(จำนวน 2 คน)และบุคลากรอื่นๆอีก 5 คน โดยจะนัดผู้ป่วยเข้ารับบริการเฉลี่ยครั้งละประมาณ 30 – 40 คน ทั้งนี้เพื่อให้มีความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ไม่แออัดเกินไป มีการบริการที่ไม่ล่าช้าเกินไป ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการเข้ารับบริการและมีความยินดีร่วมกิจกรรมบริการที่จัดให้ อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพ ยังได้มีเวลาในการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ให้สุศึกษา ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น โดยผู้ป่วยที่นัดเข้ารับการรักษาจะต้องงดอาหารและน้ำดื่มก่อนรับการตรวจอย่างน้อย 6 – 8 ชั่วโมง (งดอาหารและน้ำดื่ม ก่อนเที่ยงคืนเป็นต้นมา) และเข้ารับบริการที่หน่วยบริการลำดับขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนทั่วไป เริ่มจากการจับบัตรคิว ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต เจาะ DTX (เจาะปลายนิ้ว) แผลผล แจกผลเลือดตามสี(ให้ป้ายคัดแยกผู้ป่วยตามสี) ผู้ให้บริการคือพนักงานบริการทั่วไป(ผ่านการฝึกทักษะ/ผ่านการอบรมจากพยาบาลวิชาชีพแล้ว)

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการตรวจสุขภาพในช่องปากและฟันโดยทันตบุคลากร(ทันตภิบาลและผู้ช่วยทันตภิบาล)

ขั้นตอนที่ 3 ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนที่ได้รับการเจาะปลายนิ้วมือเพื่อตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดและได้รับการตรวจในขั้นตอนที่ 1 และ 2 เรียบร้อยแล้ว จะรับประทานอาหารเช้าร่วมกัน(หน่วยบริการจัดอาหารให้)

ขั้นตอนที่ 4 กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน (self health group) ได้แก่
-ให้ความรู้ อาหารตามสี โดยบุคลากรสาธารณสุข(พยาบาลวิชาชีพ)
-กิจกรรมการออกกำลังกาย บริหารร่างกายแบบสมาธิบำบัด(SKT) โดยนักวิชาการสาธารณสุข ทันตภิบาล ,ผู้ช่วยแพทย์แพทย์แผนไทย
-กิจกรรมเรียนรู้แลกเปลี่ยนการดูแลสุขภาพต้นแบบ (กรณีตัวอย่าง /แลกเปลี่ยนเรียนรู้)

-กิจกรรมกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดด้วยการแช่เท้าด้วยน้ำสมุนไพร ประมาณ 15 นาที (ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย)

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นตอนการตรวจรักษา พบพยาบาลวิชาชีพให้การปรึกษา ประเมินผลการรักษาให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ จ่ายยา นัดรับยาครั้งต่อไปโดยยึดตามเกณฑ์ป้องกันภาวะชีวิต 7 สี ดังนี้

1. ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มสีเขียวแก่(FBS \leq 125 Mg/dl) และสีเหลือง (FBS =125 – 154 Mg/dl) นัดมารับการรักษา ในวันพฤหัสบดี ที่ 3 ของทุกเดือน

2. ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มสีส้ม(FBS 155-182 Mg/dl) และสีแดง (FBS \geq 183 Mg/dl) นัดมารับการรักษา ในวันพฤหัสบดี ที่ 2 ของทุกเดือน

3. ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มสีดํา คือกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการของโรคแทรกซ้อนทางไตระดับไม่เกิน 3 นัดมารับการรักษา ในวันพฤหัสบดี ที่ 4 ของทุกเดือน

4. ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มสีดํา ที่มีอาการของโรคแทรกซ้อนทางไตระดับ 4 ขึ้นไป ส่งไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับอำเภอต่อไป

จากการศึกษาบริบทการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่รพ.สต.ทรายมูลและในชุมชน นั้นพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานยังคงมีปัญหาในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ(ขาดแรงกระตุ้น/แรงจูงใจ) ปัญหาการไม่มารับการรักษาตามนัดหมาย(การจัดเก็บข้อมูลการนัดหมายที่ไม่เป็นระบบ) ปัญหาการหลง/ลืมในการรับประทานยาตามห้วงเวลาที่กำหนด(เกี่ยวข้องกับอายุ การศึกษา การมีพี่เลี้ยงกำกับ)ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ได้ไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งวัดผลได้จากค่า A1C มากกว่า 7 % ส่งผลให้มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะโรคแทรกซ้อนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้นหลักการหรือแนวทางในการควบคุมเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น ผู้ป่วยต้องได้รับการกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การกระตุ้นการปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ 2 ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ สุรา)เป็นแนวทางที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานอย่างยิ่ง การเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข/เครือข่ายสุขภาพ (อสม.)ให้มีความถี่มากขึ้นนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยได้มีกำลังใจ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยให้ลดลงได้ แต่ด้วยข้อจำกัดของบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีจำนวนไม่เพียงพอ อีกทั้งบุคลากรดังกล่าว ยังมีภาระหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วยตามตารางการให้บริการของ รพ.สต.ในแต่ละวัน มีผู้มารับบริการหลากหลายกลุ่มอายุ หลากหลายกลุ่มโรค ทำให้การปฏิบัติงานติดตามเยี่ยม/ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ทำได้อย่างจำกัด ด้วย

6. กระบวนการพัฒนาคู่มือ

6.1 ความหมายของคู่มือ

คู่มือหมายถึงการอธิบายหรือให้รายละเอียดของการดำเนินงานอย่างใดอย่างหนึ่งให้ประสบผลสำเร็จ โดยผ่านขั้นตอนหรือกระบวนการต่าง ๆ คู่มือเป็นหนังสือหรือเอกสารที่ใช้ควบคู่กับการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เป็นเอกสารที่ให้แนวทางการปฏิบัติแก่ผู้ใช้คู่มือ เพื่อให้ผู้ใช้สามารถดำเนินการในเรื่องนั้น ๆ ด้วยตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม(สุมาลี สังข์ศรี,2553)

คู่มือ (Handbook หรือ Manual) หมายถึง เอกสารที่รวบรวมเนื้อหาทั้ง ทฤษฎี และ แบบฝึกปฏิบัติ เพื่อใช้ประกอบหรืออำนวยความสะดวกเกี่ยวกับการศึกษาเรื่องใด

เรื่องหนึ่ง โดยมีรายละเอียดแนะนำวิธีการปฏิบัติในกิจกรรม เป็นการให้คำอธิบายและเฉลยปัญหา หรือข้อสงสัย เพื่อให้ได้ความรู้และคำตอบอย่างรวดเร็วด้วยตนเอง นิยมจัดทำเป็นรูปเล่ม ทำให้สามารถให้รายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ได้มากขึ้น ควรมีภาพประกอบเพื่อดึงดูดความสนใจ และเข้าใจได้ง่ายขึ้น(จินตนา สุขสมแดน,2554)

6.2 ขั้นตอนในการพัฒนาคู่มือ

6.2.1 ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับงาน วิจัย จาก เอกสารตำราหลักสูตร งานวิจัย ต่างๆเพื่อวิเคราะห์เนื้อหาและรูปแบบของคู่มือ

6.2.2 วิเคราะห์ลักษณะของผู้ใช้คู่มือ

6.2.3 กำหนดวัตถุประสงค์ ขอบข่ายเนื้อหา ความคิดรวบยอด ของคู่มือ

6.2.4 กำหนดรายละเอียด กำหนดเป้าหมายในการให้ความรู้ ของคู่มือ

6.2.5 เขียนเนื้อหาของคู่มือตามวัตถุประสงค์และขอบข่ายเนื้อหากว้าง ๆ ของคู่มือ

6.2.6 ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา

6.2.7 ออกแบบ รูปเล่มของคู่มือ จัดหาภาพประกอบ จัดพิมพ์ การทดลองใช้ตามกระบวนการหรือขั้นตอนของการพัฒนาคู่มือ

6.2.8 ดำเนินการปรับปรุงหรือแก้ไขแล้วนำไปใช้กับกลุ่มทดลองเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล

6.3 ข้อมูลในการตัดสินใจการวางแผนร่างคู่มือ

6.3.1 การวางแผนทำร่างคู่มือ

1) จุดมุ่งหมายของคู่มือ คืออะไร ต้องการให้ผู้ใช้นำไปใช้อย่างไร ใช้เพื่ออะไร หรือใช้เมื่อไร เช่นใช้ในการแก้ปัญหา ใช้กำกับการปฏิบัติ หรือใช้ก่อนการปฏิบัติงาน เป็นต้น

2) ผู้ใช้คู่มือคือใคร (ใครเป็นผู้ใช้คู่มือเหล่านี้) ถ้ากำหนดผู้ใช้คู่มือ จะทำให้เราทราบถึงความต้องการเฉพาะบางประการ ของผู้ใช้ทันที พยายามสร้างคู่มือ ที่มีผู้ใช้ประเภทเดียวกันเท่านั้น ซึ่งเป็นการยากที่จะทำคู่มือ สำหรับผู้ใช้หลายประเภท เพราะผู้ใช้ อาจมีระดับการศึกษาที่ต่างกัน ดังนั้น ความต้องการ จึงแตกต่างกัน เป็นการยากที่จะทำคู่มือให้สามารถครอบคลุมความต้องการทั้งหมดในแต่ละระดับได้ การสร้างคู่มือที่มีผู้ใช้ประเภทเดียวจะทำให้คู่มือนั้นมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3) การสอบถามความต้องการของผู้ใช้คู่มือว่า มีความต้องการคู่มือแบบไหน เช่น อาจไม่ต้องการความมีเนื้อหามากหรือต้องการรูปภาพประกอบมาก ๆ ในการสร้างคู่มือ พยายามสร้างให้ตรงกับความต้องการของผู้ใช้ให้มากที่สุด

- 4) คู่มือนี้จะนำไปใช้ที่ไหน
- 5) คู่มือนี้จะใช้อย่างไร เช่น ถ้าต้องการใช้เพื่อประกอบขั้นตอนในการปฏิบัติงาน ผู้สร้างคู่มือนั้น จะต้องมีการร่างขั้นตอนการทำงานประกอบด้วย
- 6) การนำข้อมูลมาประกอบหรือใช้ในคู่มือนั้นจะต้องทำอะไรจึงจะสามารถบ่งชี้ชัด ถึงสิ่งที่ต้องการให้ ผู้ใช้ปฏิบัติ และพิจารณาถึงความถนัด ทักษะ และความรู้ที่ผู้ใช้คู่มือ ต้องการ ในการนำไปปฏิบัติได้
- 7) กำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานว่าอย่างไร ผู้ใช้คู่มือจึงต้องรู้ว่าทำอะไรบ้าง
- 8) การกำหนดข้อมูลในแต่ละขั้นตอน กำหนดอย่างไร
- 9) การลำดับเนื้อหาในการเขียน ลำดับอย่างไร

6.3.2 การเตรียมข้อมูลในการพัฒนาคู่มือ

- 1) การเขียนหัวข้อใหญ่ และการเขียนหัวข้อย่อย
- 2) การจัดลำดับหัวข้อเหล่านั้น
- 3) วางแผนการนำข้อมูลใส่ในแต่ละหัวข้อ
- 4) เริ่มต้นเขียนเนื้อหา โดยการใช้คำง่ายๆและสั้นๆมาอธิบาย ความหมาย คำศัพท์เฉพาะ มีการยกตัวอย่างประกอบ มีความต่อเนื่องของลำดับเนื้อหาเป็นต้น
- 5) วางแผนการสาธิตตัวอย่าง

6.3.3 การทดสอบคู่มือ ทดสอบในเรื่องต่อไปนี้

- 1) เนื้อหาคู่มือ
- 2) รูปแบบ
- 3) ผลกระทบ

ในการทดสอบนั้น ควรกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ทำการทดสอบและวิธีทดสอบ หลังจากนั้นให้นำคู่มือ นั้น ไปตรวจสอบแล้วนำผลการทดสอบ มาปรับปรุงแก้ไข

6.4 หลักการพื้นฐานในการออกแบบหนังสือคู่มือ ดังนี้

- 1) ความสมดุล (Balance) ควรให้น้ำหนักในการจัดวางรูปแบบขอบเขตของเนื้อหาและภาพประกอบในแต่ละหน้าให้ได้ส่วนที่เหมาะสม
- 2) การลำดับ (Sequence) เป็นหนทางที่จะนำผู้อ่านไปสู่ความสนใจ โดยอาศัยหลักว่าผู้อ่านจะเริ่มอ่านจากมุมซ้ายบน และไล่สายตาจากหนังสือออกทางมุมขวาล่าง จากภาพใหญ่ไปสู่ภาพเล็ก จากภาพสีไปสู่ภาพขาวดำ จากหัวข้อไปสู่เนื้อเรื่อง

3) ความต่าง (Contrast) ทำให้สะดุดตา ซึ่งช่วยให้ผู้อ่านมีใจจดจ่อและสนใจยิ่งขึ้น ความต่างที่ใช้กันโดยทั่วไปนั้น มักจะใช้ในเรื่องของความไม่เหมือนกันของขนาด รูปภาพ สี และรูปทรง

4) ความเรียบง่าย (Simplicity) เป็นสิ่งสำคัญในการออกแบบหนังสือคู่มือ ดังนั้นในแต่ละหน้าจึงไม่ควรให้มีเนื้อหาและภาพประกอบจนแน่นขนัดหรือเติมแต่งสิ่งอื่นลงไปจนดูยุ่งเหยิง

5) สัดส่วน (Proportion) เป็นการพิจารณาใช้เนื้อที่หน้ากระดาษ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วเห็นว่า อัตราส่วนที่ใช้ควรจะเป็น 3 ต่อ 5 หรือ 3 ต่อ 4 จะทำให้น่าดูและเหมาะสมที่สุด

6) ความเป็นเอกภาพ (Unity) ความเป็นเอกภาพที่ดี คือ แต่ละส่วนจะต้องสมบูรณ์และเป็นไปด้วยกันได้กับภาพรวมทั้งหมด เช่น การใช้ตัว พิมพ์ กระดาษ และสีของหมึก พิมพ์ เป็นต้น

6.5 ลักษณะของคู่มือที่ดี

ในการพัฒนาคู่มือขึ้นมาานั้น ต้องคำนึงถึงลักษณะของคู่มือเป็นสำคัญ เพราะผู้ใช้หรือศึกษาคู่มือนั้นจะให้ความสนใจหรือไม่ ก็ต้องขึ้นอยู่กับลักษณะของคู่มือที่ดีนั่นเอง

6.5.1 ด้านเนื้อหา

- 1) เนื้อหาสาระหรือรายละเอียดในคู่มือนั้นควรตรงกับเรื่องที่ศึกษาและไม่เป็นเนื้อหาที่ยากจนเกินไป จนทำให้ไม่มีผู้ที่สนใจจะหยิบไปอ่าน
- 2) รูปแบบการนำเสนอเนื้อหา ควรให้เหมาะสมกับพื้นฐานความรู้ของผู้ที่จะศึกษาหรือใช้คู่มือ
- 3) ข้อมูลที่รวบรวมลงในคู่มือ ผู้อ่านหรือผู้ใช้คู่มือสามารถนำไปประยุกต์หรือพัฒนาต่อได้
- 4) เนื้อหาควรเหมาะสมที่จะนำไปอ้างอิงต่างๆได้
- 5) ควรมีกรณีตัวอย่างประกอบด้วยในบางเรื่อง เพื่อความเข้าใจง่าย
- 6) ควรมีการแก้ไข ปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือให้ทันสมัยอยู่เสมอทันต่อเหตุการณ์ปัจจุบัน

6.5.2 ด้านรูปแบบ

- 1) ตัวอักษรที่ใช้ควรตัวโตและมีรูปแบบที่ชัดเจนอ่านง่าย เหมาะกับผู้ใช้คู่มือ
- 2) ควรมีภาพหรือตัวอย่างประกอบในเนื้อหาด้วย
- 3) ลักษณะของการจัดรูปเล่ม ควรทำให้น่าสนใจ น่าศึกษา น่าอ่าน

4) การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีความเหมาะสมกับผู้ใช้คู่มือ

5) ระบบการนำเสนอหรือการเรียบเรียงในคู่มือ ควรเป็นระบบจากง่ายไป

หายากหรือแยกเป็นเรื่องๆ ไว้ให้ชัดเจน

6.5.3 ด้านการนำไปใช้

1) ควรระบุขั้นตอน วิธีการนำไปใช้ให้ชัดเจน

2) มีแผนภูมิ ตาราง ตัวอย่างประกอบ ให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

3) มีข้อมูลเพื่อสามารถใช้ และ ประสานงานต่าง ๆ ได้สะดวกรวดเร็ว

4) บอกข้อควรปฏิบัติให้ชัดเจนและให้เข้าใจง่าย

6.5.4 ด้านความเที่ยงตรงในการใช้งาน

เมื่อผู้เชี่ยวชาญอ่านแล้ว เห็นว่า มีเนื้อหาถูกต้อง มีความเหมาะสม

6.5.5 ด้านความเชื่อมั่นในการใช้งาน

1) ผู้ใช้คู่มือทุกคนศึกษาคู่มือแล้วสามารถปฏิบัติได้จริง

2) ผู้ใช้คู่มือทุกคนอ่านคู่มือแล้วเข้าใจตรงกัน

6.6 องค์ประกอบของคู่มือ

องค์ประกอบของคู่มือมี 2 ส่วน คือ

1) คำชี้แจงการใช้คู่มือ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ขอบข่ายเนื้อหา และคำแนะนำ

การศึกษาคู่มือ

2) เนื้อหา

6.6 ประสิทธิภาพของคู่มือ

การหาประสิทธิภาพของคู่มือกระทำด้วยวิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง

(Index of ItemObjective Congruence:IOC) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ความเหมาะสมของส่วนประกอบคู่มือ การใช้ภาษาในการสื่อความหมายโดยให้ผู้รู้หรือผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3-5 คน (Subject matter specialists) เป็นผู้ประเมิน

6.7 กระบวนการผลิตเอกสาร มีดังนี้

6.7.1 การเขียนต้นฉบับ การเขียนต้นฉบับที่ดี ผู้เขียนจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่จะ

เขียนเป็นอย่างดี กำหนดแนวทางการเขียนอย่างมีหลักเกณฑ์โดยการวางโครงเรื่องอย่างเป็นระบบ เลือกใช้วิธีการเขียนหรือภาษาให้เหมาะกับเนื้อหาสาระที่ต้องการนำเสนอ ซึ่งจะต้องมีการวิเคราะห์เรื่องราวที่จะนำมาเขียนให้ครบถ้วนสมบูรณ์ตามวัตถุประสงค์ หรือจุดมุ่งหมายที่กำหนด สิ่งที่จะต้องพิจารณาในการวิเคราะห์เรื่อง ได้แก่

- 1) พิจารณาขอบเขตของเนื้อหาสาระ เพื่อกำหนดขอบเขตและประเด็นต่าง ๆ และพยายามกำหนดเนื้อหาให้อยู่ในขอบเขตจำกัด
- 2) พิจารณาวัตถุประสงค์ เพื่อจะได้กำหนดรูปแบบภาษา วิธีการเขียน และเนื้อหาสาระให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการ
- 3) ศึกษาค้นคว้าข้อมูลเบื้องต้น ก่อนที่จะเขียนโครงร่างได้ ผู้เขียนมีความจำเป็นต้องมีความรู้ ความคิดเกี่ยวกับเรื่องที่จะเขียนเสียก่อน ดังนั้น ผู้เขียนจึงจำเป็นต้องหาข้อมูลให้มากที่สุด
- 4) การจัดระเบียบความรู้และความคิด ในขั้นนี้ผู้เขียนจะต้องนำความรู้และความคิดที่ได้รวบรวมไว้มาจำแนกแยกแยะเป็นหมวดหมู่ โดยกำหนดประเด็นเป็นหัวข้อใหญ่ ๆ ตามประเด็นหลักของเรื่องก่อน
- 5) เขียนโครงเรื่อง การเขียนโครงเรื่องอาจเขียนได้ 2 แบบ คือ เขียนในรูปหัวข้อ ซึ่งเป็นการนำเอาประเด็นมาเขียนเป็นคำหรือวลีสั้นๆ และการเขียนในรูปประโยค ซึ่งเป็นการนำเอาประเด็นมาเขียนเป็นประโยคที่มีใจความสมบูรณ์

6.7.2 การตรวจแก้ไขต้นฉบับ จะต้องยึดถือรูปแบบของสื่อเป็นหลัก ในการพิจารณาต้องมีการตรวจสอบเนื้อหาให้ถูกต้องตามข้อเท็จจริง เหมาะสมกับผู้อ่าน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการผลิต ลักษณะของภาษาจะต้องคงเส้นคงวา และเหมาะสมกับประเภทของสื่อ

6.7.3 การเตรียมต้นฉบับเพื่อการจัดพิมพ์ จะต้องตรวจสอบจัดเตรียมต้นฉบับทั้งที่เป็นเนื้อความ และเป็นภาพ รวมทั้งต้องกำหนดรายละเอียดในการพิมพ์ให้เรียบร้อย

6.7.4 การจัดพิมพ์ เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการผลิตสื่อสิ่งพิมพ์ แต่ละขั้นตอนของการพิมพ์จะมีความต่อเนื่องสัมพันธ์กัน และทุกขั้นตอนมีความสำคัญเท่ากันหมด สิ่งพิมพ์จะมีราคาแพงหรือถูกขึ้นอยู่กับทางเลือกใช้วัสดุ และเทคนิคที่เหมาะสม

จากการศึกษาทฤษฎีเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาคู่มือ ทำให้ได้ทราบถึง ความหมายของคู่มือ องค์ประกอบของคู่มือ หลักการในการจัดทำคู่มือ ลักษณะของคู่มือที่ดี กระบวนการพัฒนาคู่มือ ฯลฯ ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่สำคัญที่ผู้ศึกษาจะได้นำมาเป็นแนวทางในกำหนดรูปแบบ ออกแบบ และพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ต่อไป

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เฉลิมพร ชินาธิวร (2551) ได้ศึกษาผลของการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กิจกรรมด้านการรับรู้ในความสามารถของตนเองและกิจกรรมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน 126 คน ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้จากศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ 4 แห่ง ตรวจสอบในช่วงเดือนเมษายน-กรกฎาคม พ.ศ.2549 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และผลค่าระดับน้ำตาลในเลือดและในเม็ดเลือดแดง วิเคราะห์ข้อมูลสถิติโดยค่าร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สถิติการทดสอบที่จับคู่ ผลการศึกษาแสดงคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 101.28 และ 113.70 คะแนนเฉลี่ยของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 85.95 และ 94.33 ค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 142.43 และ 126.43 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเม็ดเลือดแดงก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 5.45 และ 5.00 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ปิยะดา นุตรกันหา (2552) ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน พบว่าผู้ให้บริการมีการปรับเปลี่ยนแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนและมีความพึงพอใจในการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและมีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมและให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน แก่ผู้ให้บริการ อสม. ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติและมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากทุกฝ่าย

ญาตาวี กาญจน์แก้ว (2553) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบ้านน้อยสามัคคี ตำบลตาคลี อำเภอนองหิน จังหวัดเลย ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแล กิจกรรมการเสริมสร้างความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้แก่ อสม. และกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการพึงพอใจในบริการที่ได้รับและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติตนและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ประวิทย์ เอี่ยมวิถินิช (2555) ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง โดยมี

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลห้วยยอดแล้วใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายมาได้กลุ่มตัวอย่าง 300 คน แล้วสัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ยังขึ้นอยู่กับญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย แพทย์ผู้รักษา วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ได้มาซึ่งผลการตรวจ ดังนั้น การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยนั้นจะใช้การตรวจเพียงการใช้ค่า FPG HBA1c อาจจะไม่สามารถประเมินระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ ควรต้องมีการตรวจระดับน้ำตาลหลังอาหาร (Postprandial Glucose) ร่วมด้วย ซึ่งอาจจะเป็นการตรวจโดยผู้ป่วยเอง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. หรือสถานบริการใกล้บ้านเป็นผู้ตรวจให้

อารียา สกุดศรี (2553) ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชนเมยวดี พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจดีควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เจ้าหน้าที่มีแนวทางที่ชัดเจนและมั่นใจในการให้บริการ

สุทธานันท์ กัลป์กะ และคณะ (2556) ได้ทำการวิจัยเรื่องสื่อวีดิทัศน์หนึ่งตะลุงและคู่มือการดูแลตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขโพทหาย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี พบว่า หลังการใช้สื่อฯ ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนการใช้สื่อสื่อวีดิทัศน์หนึ่งตะลุงและคู่มือการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โสภภาพันธุ์ สะอาด (2558) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีต่อการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยการใช้สื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ปาริชาติ จันทร์เที่ยง และคณะ (2561) ศึกษาเรื่องการพัฒนาชุดให้ความรู้เรื่อง การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากคลองหม่อมแฉ่ม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี พบว่า ชุดให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในรูปแบบที่สามารถพกพาได้สะดวกเพื่อตอบสนองต่อการเรียนรู้ไม่จำกัดเวลา เมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างพบว่า ชุดให้ความรู้มีความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหา และการดำเนินเรื่อง ผลการเรียนรู้หลังใช้ชุดให้ความรู้ สูงกว่าก่อนใช้ชุดให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นสถานบริการหลัก ในการให้บริการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบ ซึ่งนอกจากการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานตามปกติแล้ว หน่วยบริการสาธารณสุขจะต้องหารูปแบบหรือแนวทางในการพัฒนา

คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้บรรลุผลมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล จึงเป็นอีกรูปแบบหนึ่ง ที่จะช่วยสนับสนุนการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น แต่ถึงอย่างไรก็ตาม การดำเนินงาน ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น นั้น จะต้องได้รับความร่วมมือ ร่วมแรงอย่างจริงจัง จากชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วย/ญาติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และโดยเฉพาะตัวผู้ป่วยเบาหวานเอง ต้องมีความตั้งใจ มีความซื่อสัตย์ และปฏิบัติตัวตามหลักวิชาการหรือคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข อย่างเคร่งครัดด้วย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาค้นคว้าอิสระที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีกระบวนการศึกษา แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ของหน่วยบริการ รพ.สต.ทรายมูล วิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการและในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล

ขั้นตอนที่ 3 การใช้คู่มือและประเมินความพึงพอใจในการใช้คู่มือ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ของหน่วยบริการ รพ.สต.ทรายมูล วิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการและในชุมชน

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ในการศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล (รพ.สต.) ผู้ศึกษาได้ศึกษาข้อมูลต่างๆจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในตำบลทรายมูล ได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการ/รับการรักษาที่หน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล (รพ.สต.) จำนวน 126 คน ญาติผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 126 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งหมดในตำบลทรายมูล จำนวน 111 คน ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน) จำนวน 10 คน บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการรพ.สต.ทรายมูล จำนวน 8 คน(พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข จำนวน 1 คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 คน) และได้ทำการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจาก สมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน/ทะเบียนการให้บริการผู้ป่วยพร้อมประวัติการรักษา (ทั้งในรูปแบบแฟ้มเอกสารและรูปแบบไฟล์ในคอมพิวเตอร์) ฐานข้อมูล JHCIS รพ.สต.ทรายมูล ฐานข้อมูลHDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

- แบบบันทึกข้อมูลจากการสอบถามพูดคุย รายบุคคล/ รายกลุ่ม สมุดบันทึกการประชุม/อบรม ในเรื่องเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน บันทึกสรุปผลการค้น ข้อมูลจากแฟ้มข้อมูลและทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่รพ.สต.

- สมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน
- แฟ้ม/ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน
- ฐานข้อมูล JHCIS ของ รพ.สต.ทรายมูล
- ฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

3. การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการพบปะ พูดคุย กับประชากรที่ศึกษา เช่นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่ม อสม. กลุ่มผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข ในหน่วยบริการ รพ.สต.ทรายมูล เพื่อให้ได้ผลการศึกษาในประเด็นปัญหาที่ต้องการได้แก่ รูปแบบ/บริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของบุคลากรสาธารณสุข ในหน่วยบริการและในชุมชน ประเด็นปัญหาของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการรักษาและประเด็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอง ส่วนระบบฐานข้อมูล JHCIS ฐานข้อมูลHDC เป็นโปรแกรมสำเร็จรูป ผู้วิจัยได้ศึกษาการใช้โปรแกรมจากคู่มือและผู้รับผิดชอบงาน ส่วนแฟ้มข้อมูลและทะเบียนประวัติ ผู้ป่วย ได้ติดต่อกันข้อมูลกับผู้ดูแลและผู้รับผิดชอบงานโดยตรง

4. การทดสอบเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการพบปะกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลจากการสืบค้นแฟ้มข้อมูลทะเบียนประวัติผู้ป่วย ข้อมูลการสืบค้นจากฐานข้อมูล มาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับผู้รับผิดชอบงานโดยตรง (พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน) ซึ่งผลการตรวจสอบพบว่า ข้อมูลที่สืบค้น มีความถูกต้อง

5. การดำเนินการหรือการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูล ศึกษาบริบทการดำเนินงานควบคุมดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล โดยข้อมูลที่ศึกษาได้จากการพบปะ พูดคุยกับผู้ป่วย โดยตรง สอบถามข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน ศึกษาข้อมูลจากแฟ้มผู้ป่วย/ทะเบียนประวัติการรักษาผู้ป่วย ให้ทราบถึงบริบทของหน่วยบริการที่มีต่อผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการ ในสถานบริการสาธารณสุข แห่งนี้ ศึกษาบทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบงานรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน แผนปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานทั้งในสำนักงานและในชุมชน ศึกษาปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการและในชุมชน โดยข้อมูลต่างๆศึกษาได้จาก ฐานข้อมูล JHCIS รพ.สต.ทรายมูล ฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยและสอบถามเพิ่มเติมจากผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยตรง ดำเนินการในช่วงเดือน ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้จากการพูดคุยพบปะกับผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูลรวมถึงข้อมูลที่ได้จากการสืบค้น จากเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ฐานข้อมูล HDC ฐานข้อมูล JHCIS ของรพ.สต.ทรายมูล นำข้อมูลมาวิเคราะห์ เรียบเรียงเขียนรายงานผลในเชิงพรรณนา ให้ทราบถึงบริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการรพ.สต.ทรายมูลและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเบาหวานของชุมชนตำบลทรายมูล

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล

เป็นขั้นตอนการระดมสมองเพื่อจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล มีการดำเนินการศึกษาดังนี้

1. ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ในการพัฒนาและจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล ประชากรในการศึกษาได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการ/รับการรักษาที่หน่วยบริการ โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล(รพ.สต.) จำนวน 126 คน ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 126 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในตำบลทรายมูล จำนวน 111 คน(นับรวม อสม.ที่เป็น นักบริบาล(Care giver)ในตำบลทรายมูล ด้วยแล้ว จำนวน 10 คน) บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการรพ.สต.ทรายมูล จำนวน 8 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน ได้จากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย 1) ตัวแทนผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 3 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการคัดเลือกจากสมาชิกกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการในหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล มีความรู้ มีความสามารถ มีทักษะในการสื่อสารได้เป็นอย่างดี และยินดีเข้าร่วมกิจกรรม 2) ผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 2 คน คัดเลือกจาก ตัวแทนครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน เป็นบุคคลที่มีความรู้ มีประสบการณ์ มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีทักษะในการสื่อสารได้เป็นอย่างดี และยินดีเข้าร่วมกิจกรรม 3) อสม./นักบริบาล จำนวน 5 คน โดยคัดเลือกจาก อสม.ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรนักบริบาลหรือ Care Giver(CG) เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ มีประสบการณ์ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีความยินดีร่วมกิจกรรม และ 4)บุคลากรสาธารณสุข จากรพ.สต.ทรายมูล จำนวน 5 คน ได้แก่ 1)พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน 2) นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน 3) เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข จำนวน 1 คน 4)ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการการศึกษา

ในขั้นตอนการระดมสมองเพื่อจัดทำคู่มือนี้ มีเครื่องมือในการดำเนินการ 2 ชั้น คือ

1. แนวทาง/ข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม เป็นเครื่องมือ สำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ได้แก่ ประเด็นคำถามการสนทนากลุ่มมีดังนี้

- (1) แนวทางการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการ
- (2) แนวทางการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน
- (3) การสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย
- (4) แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล

3. การสร้างเครื่องมือ

3.1 แนวทาง/ข้อคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัย ได้ศึกษา ทฤษฎี และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ เพื่อเป็นแนวทาง ในการกำหนดเป็นข้อคำถาม สำหรับกิจกรรม ระดมสมอง เป็นเครื่องมือ สำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) มีลักษณะเป็นข้อคำถาม ปลายเปิด การนั่งสนทนากัน ระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย จำนวน 15 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3 คน ผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วยเบาหวาน 2 คน อสม/นักบริบาล จำนวน 5 คน และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 5 คน มีผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) เป็นผู้จุดประเด็นการสนทนาเพื่อ เป็นการจูงใจให้บุคคลนั้นๆ ได้แสดงความคิดเห็น ต่อประเด็นแนวทางในการสนทนาให้ได้กว้างขวาง ลึกซึ้ง และละเอียดที่สุดเท่าที่เป็นไปได้

3.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชุมชน เป็นผลจากกิจกรรมการระดมสมอง/สนทนากลุ่ม จำนวน 15 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3 คน ผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วยเบาหวาน 2 คน อสม/นักบริบาล จำนวน 5 คน และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 5 คน แล้วผู้วิจัย รวบรวมประเด็นต่างๆจากการระดมสมอง ตรวจสอบความถูกต้องและความเป็นไปได้ของข้อมูล กับผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จัดทำเป็นร่างคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีเนื้อหา แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแล บันทึกผลป้องกัน จราจรชีวิต 7 สี แผนการรักษาพยาบาล 2) ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัว ประกอบด้วย ความหมายของโรคเบาหวาน ข้อควรปฏิบัติ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน การปรับพฤติกรรมด้วย 3 อ. และคู่มือป้องกันจราจรชีวิต 7 สี 3) บันทึกกิจกรรมผู้ป่วย (กิจกรรม 3 อ)บันทึก ค่าน้ำหนักและวัดรอบเอวผู้ป่วย บันทึกการร้องขอความช่วยเหลือจากผู้ป่วย เช่น ขอความช่วยเหลือ ในการนำผู้ป่วยไปพบหมอตามนัดหรือเมื่อเจ็บป่วย การให้ไปรับยาตามนัดแทน และบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวาน โดยอสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากนั้นนำร่างคู่มือไปตรวจสอบความตรง เิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จัดทำเป็น คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล ฉบับสมบูรณ์

4. การทดสอบเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษา ค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงได้กำหนดขอบเขต โครงสร้างของเนื้อหาในกลุ่มมือ และปรับปรุงตามคำแนะนำ จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านและอาจารย์ที่ปรึกษา ใน 2 ประเด็นดังนี้ 1) ควรปรับเพิ่มในส่วนของคำอธิบาย/คำชี้แจงการใช้คู่มือ ให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้นโดยระบุว่า ผู้ใช้คู่มือมีใครบ้าง แต่ละคนมีบทบาทหน้าที่ในการใช้คู่มือ ตรงส่วนไหนบ้าง เช่น ผู้ป่วยมีหน้าที่อย่างไรบ้าง ญาติ/ผู้ดูแล ต้องทำอะไรบ้าง อสม. จำนวน 2 คน ต้องทำหน้าที่อย่างไรบ้าง การติดตามเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความถี่ห่างมากน้อยแค่ไหน 2) การบันทึกกิจกรรม 3 อ ในส่วนของ อ1 เรื่องอาหาร ควรปรับรายการอาหารให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ควรเป็นรายการอาหารที่มีในพื้นที่ชนบท ส่วนรายการอาหารที่เป็นอาหารของชุมชนเมืองควรตัดออกไป

5. การดำเนินการหรือการรวบรวมข้อมูล

ในการพัฒนาและจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้แบ่งขั้นตอนการดำเนินการออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

5.1 กระบวนการระดมสมอง (Brainstorming)

ผู้วิจัยประสานประชากรกลุ่มตัวอย่าง เข้าร่วมกิจกรรมการประชุมกลุ่มพร้อมกัน ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นเวลา 1 วัน ใช้เวลา ประมาณ 5 – 6 ชั่วโมง (ดำเนินการในห้วงเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2562) โดยในช่วงเวลาของการประชุม/ระดมสมอง ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิค/วิธีการ ให้กิจกรรมดำเนินไปด้วยความราบรื่น เน้นผู้ร่วมกิจกรรม มีส่วนร่วม แสดงความคิดเห็นได้อย่างมีอิสระ ไม่กดดัน ไม่เคร่งเครียด ได้เสริมกิจกรรมเพื่อให้เกิดความผ่อนคลายหรือกิจกรรมละลายพฤติกรรม สันทนาการ ด้วยเป็นระยะๆตามความเหมาะสม และดำเนินการประชุม/ระดมสมอง ตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดถึงความเป็นมา วัตถุประสงค์ ความสำคัญของการจัดกิจกรรมประชุม/ระดมสมอง เพื่อหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน และชี้แจงให้ผู้ร่วมกิจกรรมทราบด้วยว่า จะมีการบันทึกเสียง บันทึกภาพเคลื่อนไหว เป็นห้วงระยะเวลา เพื่อผู้วิจัยจะได้นำไปประกอบในการเรียบเรียงเนื้อหาเพื่อจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

2) นำเสนอผลการวิเคราะห์/ผลการศึกษารียบท การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมา รวมถึงนำเสนอปัญหาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมาดังเช่น ปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ปัญหาการขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานเอง ปัญหาการขาดความเอาใจใส่จากญาติในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาการไม่มาพบแพทย์ตามนัด

3) การระดมสมอง/ระดมความคิด/ข้อคิดเห็น

1) การเตรียมการระดมสมอง ผู้ร่วมกิจกรรมแบ่งเป็น 2 ด้าน

ด้านที่ 1 ด้านผู้ดำเนินการ ประกอบด้วยผู้ดำเนินการสนทนา 1 คน ผู้จัดบันทึกการสนทนา 1 คน และผู้คอยอำนวยความสะดวกทั่วไป 1 คน

ด้านที่ 2 ด้านผู้ร่วมสนทนา ได้แก่ กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 15 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3 คน ผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วยเบาหวาน 2 คน อสม/นักบริบาล จำนวน 5 คน และบุคลากรสาธารณสุข /ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team :FCT) จำนวน 5 คน

2) ขั้นตอนดำเนินการสนทนากลุ่ม มีดังนี้

(1) กำหนดประเด็นในการระดมสมอง ในเรื่อง ต่างๆดังนี้

บทบาทหน้าที่ ของภาคีเครือข่าย ต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยกำหนดเวลาและวิธีการให้สมาชิกแต่ละคนคิดโดยอิสระ ประมาณ 2-5 นาที ใช้วิธีฟรียิ่งวง (freewheeling) คือ สมาชิกสามารถเสนอเมื่อไรก็ได้เมื่อต้องการ และเวลาที่จะใช้นำเสนอความคิด ประมาณ 15-20 นาที

ประเด็นคำถามการสนทนากลุ่มมีดังนี้

- แนวทางการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการ
- แนวทางการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน
- การสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

(2) กำหนดผู้รับผิดชอบ ผู้ทำหน้าที่ facilitator /ผู้บันทึก (note taker) ทำหน้าที่บันทึกความคิดทั้งหมดลงบน flip chart เพื่อให้ทุกคนสามารถมองเห็นได้และกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมาย มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นภายใต้กฎกติกาที่วางไว้

(3) ทบทวนกฎกติกามารยาท ในการระดมสมองกลุ่มเป้าหมายเสนอได้ครั้งละ 1 ความเห็น ไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ความเห็นของผู้อื่นๆ (ทั้งด้านวาจาและท่าทาง) ไม่มีการอภิปรายความเห็น แต่เสนอความเห็นให้สั้น กระชับ ซึ่งผู้บันทึกสามารถบันทึกได้ใน 1 บรรทัด สามารถพัฒนาความคิด หรือต่อยอดจากสิ่งที่ผู้อื่นเสนอมาได้ เน้นให้ได้จำนวนมากที่สุด โดยไม่ต้องกังวลเรื่องคุณภาพของความคิด ใช้ความคิดสร้างสรรค์และอารมณ์ขันให้มากที่สุด

(4) สรุปผลการระดมสมอง ในประเด็นต่างๆ ผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลผลการระดมสมอง แยกเป็นประเด็นๆ นำเสนอให้ผู้ร่วมกิจกรรมประชุมทราบ และปิดกิจกรรมระดมสมอง

5.2 ขั้นตอนการจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล

5.2.1 **ผู้วิจัยรวบรวม** ประเด็นต่างๆจากการระดมสมอง และถ่วงถ่วงความต้องการของข้อมูล เทียบเคียง อ้างอิงกับทฤษฎี/แนวปฏิบัติ ความสอดคล้องกับนโยบายผู้บริหาร เกณฑ์ชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข

5.2.2 **สรุปหรือเรียบเรียง** เนื้อหาสาระจากการระดมสมอง ยืนยันตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล กับผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่หน่วยบริการอีกครั้งและนัดระดมสมอง ประชากรกลุ่มตัวอย่าง อีกครั้ง(กลุ่มเล็กลง เน้นกลุ่มผู้ปฏิบัติเป็นหลักประธาน อสม. นักบริบาล (Care Giver))

5.2.3 **จัดทำร่าง** คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาหรือรายละเอียด 3 ส่วน ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย

- 1.1 ชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ พร้อมประวัติการรักษา
- 1.2 บันทึกผลป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี
- 1.3 ข้อมูลทั่วไป ของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน(ญาติ/นักบริบาล/อสม.)
 - ชื่อ - สกุล เบอร์โทรศัพท์
- 1.4 ข้อมูลทั่วไป ของหมอประจำครอบครัว
 - ชื่อ – สกุล ตำแหน่ง ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์
- 1.5 แผนการรักษาพยาบาล
 - ยาที่รับประทาน
 - ตารางนัดพบแพทย์

2) ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัว ประกอบด้วย ความหมายของโรคเบาหวาน สาเหตุ ข้อควรปฏิบัติ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน การปรับพฤติกรรมด้วย 3 อ. และคู่มือป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี

3) บันทึกกิจกรรมผู้ป่วย(กิจกรรม 3 อ) บันทึกคำแนะนำและวัดรอบเอวผู้ป่วย บันทึกการตรวจสุขภาพช่องปาก บันทึกการร้องขอความช่วยเหลือจากผู้ป่วย และ บันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน

5.2.4 สร้าง“คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี” ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

5.2.5 **ปรับแก้ไขคู่มือ** ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน โดยสรุป ดังนี้

1) ควรปรับเพิ่มในส่วนของคำอธิบาย/คำชี้แจงการใช้คู่มือ ให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยระบุว่า ผู้ใช้คู่มือมีใครบ้าง แต่ละคนมีบทบาทหน้าที่ ในการใช้คู่มือ ตรงส่วนไหนบ้าง เช่น ผู้ป่วยมีหน้าที่อย่างไรบ้างญาติ/ผู้ดูแล ต้องทำอย่างไรบ้าง อสม. จำนวน 2 คน ต้องทำหน้าที่อย่างไรบ้าง การติดตามเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความถี่ห่าง มากน้อยแค่ไหน

2) การบันทึกกิจกรรม 3 อ ในส่วนของ อ1 เรื่องอาหาร ควรปรับรายการอาหารให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ควรเป็นรายการอาหารที่มีในพื้นที่ชนบท ส่วนรายการอาหารที่เป็นอาหารของชุมชนเมืองควรตัดออกไป

5.2.6 **ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขรายละเอียด** คู่มือตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และจัดทำรูปเล่ม“คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ” ฉบับสมบูรณ์

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวม ประเด็นต่างๆจากการระดมสมอง วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Analysis) และกลั่นกรองความถูกต้องของข้อมูล เทียบเคียง อ้างอิงกับทฤษฎี/แนวปฏิบัติ ความสอดคล้องกับนโยบายผู้บริหาร เกณฑ์ชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข แล้ว สรุปเนื้อหาสาระ ยืนยันตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล กับผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่หน่วยบริการอีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 การใช้คู่มือและประเมินความพึงพอใจในการใช้คู่มือ

1. ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 126 คน ผู้ดูแลผู้ป่วย/ญาติ จำนวน 126 คน และอสม.จำนวน 111 คน ในตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และมีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้อง/สนับสนุนการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล รวมจำนวน 30 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง ดังนี้

1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 10 คน คัดเลือกจากผู้ป่วยเบาหวานที่มีความสามารถ อ่านออก เขียนได้ สื่อสารเข้าใจและยินดีใช้คู่มือในการดูแลตนเอง

2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จำนวน 20 คน โดยคัดเลือกจาก อสม. ที่เป็นทั้งอสม.และนักบริบาล(Care Giver:CG) จำนวน 10 คน และอสม.ที่ไม่ใช่ผู้ป่วยเบาหวานและไม่เป็นCG จำนวน 10 คน โดยอสม.ที่คัดเลือกแบบเจาะจงทั้งหมด เป็นผู้มีความรู้ มีความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีความสามารถในการสื่อสาร สามารถใช้โทรศัพท์ในการสื่อสารได้ และมีความยินดีใช้คู่มือ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

2. เครื่องมือ

เครื่องมือประกอบด้วย

2.1) คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล

2.2) แบบประเมินความพึงพอใจการใช้คู่มือ

3. การสร้างเครื่องมือ

3.1) คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์แล้วเสร็จ ดังอธิบายการสร้างเครื่องมือในขั้นตอนที่ 2 ของการศึกษา (ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาและจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล)

3.2) แบบประเมินความพึงพอใจ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นเอง มีเนื้อหาแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ตอบแบบประเมิน ได้แก่ 1.บทบาท (ผู้ป่วยเบาหวาน , ญาติ/ผู้ดูแล , อสม./ผู้นำชุมชน , เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ,อื่นๆ) 2. เพศ 3.อายุ 4.ระดับการศึกษา 5. ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนที่ 2) แบบประเมินความพึงพอใจ คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้คู่มือเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ แต่ละข้อ เลือกระดับความพึงใจ 1 ระดับจาก 5 ตัวเลือก ดังนี้

-น้อยที่สุด

-น้อย

- ปานกลาง
- มาก
- มากที่สุด

การแปรผลคะแนนความพึงพอใจหลังการใช้คู่มือประกอบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชน ประเมินโดยใช้หลักการของลิเคอร์สเกล (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร 2555 : 93 - 95) โดยมีเกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	ความหมาย
1	น้อยที่สุด
2	น้อย
3	ปานกลาง
4	มาก
5	มากที่สุด

การแปลความหมายค่าเฉลี่ย ระดับการพึงพอใจต่อการใช้คู่มือในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร 2555 : 93 - 95)

การกำหนดช่วงคะแนนและแปลความหมายค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 4.51 – 5.00	หมายถึง	การพึงพอใจระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.51 – 4.50	หมายถึง	การพึงพอใจระดับมาก
ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.51 – 3.50	หมายถึง	การพึงพอใจระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.51 – 2.50	หมายถึง	การพึงพอใจระดับน้อย
ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 – 1.50	หมายถึง	การพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

4. การทดสอบเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษา ค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเครื่องมือที่เป็นแบบประเมินความพึงพอใจ ที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และปรับแก้ไขตามคำแนะนำผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน แล้วนำแบบประเมินความพึงพอใจ ไปใช้ประเมินความพึงพอใจกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังใช้คู่มือในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล ผ่านไป 30 วัน

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษา ค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงได้กำหนดข้อคำถามในแบบประเมินความพึงพอใจ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาในเบื้องต้นให้สอดคล้องกับเนื้อหาในกลุ่มมือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้น แล้วส่งแบบประเมินความพึงพอใจ ให้

ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Congruence) ของข้อคำถาม ตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็น 3 ประเด็น คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วย โดยในแต่ละข้อให้ผู้ทรงคุณวุฒิ แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีไม่เห็นด้วย (บุญใจ ศรีสถิตนรากร 2555 : 122 - 123) ซึ่งการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยการหาดัชนีความสอดคล้อง (IOC) จากการกำหนดระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

+1 หมายถึง เห็นด้วยว่าคำถามสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัด

0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าคำถามสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัด

1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยคำถามไม่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัด

จากนั้นนำผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ มาวิเคราะห์หาความตรงเชิงเนื้อหา ตรวจสอบด้วยเทคนิค IOC (Index of Items Objective Congruence ค่าดัชนีความสอดคล้องที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพคือ 0.50 ขึ้นไป คำถามที่มีค่า IOC < .50 ควรปรับปรุงให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัด หรือปรับปรุงให้มีความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร รวมทั้งทบทวนความสอดคล้องระหว่างคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร (Operational Definition) และแนวคิดทฤษฎีของตัวแปร (Theoretical Definition) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร 2555 : 122) ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความพึงพอใจ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน พบว่ามีค่า IOC มีค่าเท่ากับ 0.93 และผู้วิจัยจึงได้นำแบบประเมินความพึงพอใจไปประเมินผลในกลุ่มตัวอย่างการใช้คู่มือครบ 30 วัน

5. การดำเนินการหรือการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสาน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มาประชุมพร้อมกันที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล (28 พฤศจิกายน 2562) ได้ อธิบาย/ชี้แจงรายละเอียด/แนวปฏิบัติในการใช้คู่มือ ตามแนวทางที่กำหนดในกลุ่มมือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนฉบับสมบูรณ์ เมื่อชี้แจงแล้วเสร็จ ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จัดกลุ่มในการดูแลตามคู่มือ ให้ อสม. จำนวน 2 คน (CG 1 คน อสม. 1 คน) ดูแลกำกับ ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 1 คน เมื่อจัดกลุ่มและอธิบายการใช้คู่มือแล้วเสร็จ ได้ให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแก่กลุ่มตัวอย่าง คนละ 1 ชุด เพื่อปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน เป็นระยะเวลา 1 เดือน (ดำเนินการ 1 - 31 ธันวาคม 2562) และ ในช่วงระยะเวลา ที่กลุ่มตัวอย่างใช้คู่มือ ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหน่วยบริการ ได้ติดตาม เยี่ยมและให้คำแนะนำกลุ่มตัวอย่าง อย่างต่อเนื่อง) เมื่อครบระยะเวลา 1 เดือนได้นัดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดิม จำนวน 30 คน มาประชุม ที่หน่วยบริการ รพ.สต.ทรายมูล เพื่อ ติดตามและประเมินผลการใช้คู่มือ โดยให้แบบประเมินความพึงพอใจ แก่กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินความพึงพอใจ ในการใช้คู่มือ ด้วย (ดำเนินการในช่วง วันที่ 7 -10 มกราคม 2563)

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ผลการประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



บทที่ 4

ผลการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล 2) พัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมสำหรับชุมชน ตำบลทรายมูล 3) ประเมินความพึงพอใจการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาดังนี้

1. ผลการศึกษา

1.1 บริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล

1.1.1 บริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล

จากการศึกษาบริบทการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่รพ.สต. ทรายมูลและในชุมชน นั้นพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานยังคงมีปัญหาในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (ขาดแรงกระตุ้น/แรงจูงใจ) ปัญหาการไม่มารับการรักษาตามนัดหมาย(การจัดเก็บข้อมูลการนัดหมายที่ไม่เป็นระบบ) ปัญหาการหลง/ลืมในการรับประทานยาตามห้วงเวลาที่กำหนด(เกี่ยวข้องกับอายุ การศึกษา การมีพี่เลี้ยงกำกับ)ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้ไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งวัดผลได้จากค่า A1C มากกว่า 7 % ส่งผลให้มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะ โรคแทรกซ้อนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล เป็นสถานบริการหลักของประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลทรายมูล ซึ่งให้บริการทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน โดยให้บริการเชิงรับในสถานบริการ คือการให้บริการในสถานบริการตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วย มารับบริการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรคหรือมีปัญหาสุขภาพที่สามารถรับบริการที่สถานบริการได้ ให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย การให้บริการคลินิกรายวัน บริบทการดำเนินงานควบคุม ดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล เริ่มต้นจากการคัดแยกผู้ป่วยเบาหวานเป็นกลุ่มๆ โดยใช้หลักการแบ่งระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานตามเกณฑ์ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี นัดผู้ป่วยเบาหวานที่แบ่งกลุ่ม เข้ามารับบริการตรวจรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล ในวันพฤหัสบดีที่ 2 วันพฤหัสบดีที่ 3 และวันพฤหัสบดีที่ 4 ของทุกๆ เดือน ดังนี้ ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 กลุ่มสีเขียวแก่(FBS \leq 125 Mg/dl) และกลุ่มสีเหลือง (FBS =125 – 154

Mg/dl) นัดมารับการรักษา ในวันพฤหัสบดี ที่ 3 ของทุกเดือน ผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 กลุ่มสีส้ม (FBS 155-182 Mg/dl) และกลุ่มสีแดง (FBS \geq 183 Mg/dl) นัดมารับการรักษา ในวันพฤหัสบดี ที่ 2 ของทุกเดือน และผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 กลุ่มสีดำ คือกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการของโรคแทรกซ้อนทางไต ระดับไม่เกิน 3 นัดมารับการรักษา ในวันพฤหัสบดี ที่ 4 ของทุกเดือน สำหรับผู้ให้บริการรักษาพยาบาล หลักคือพยาบาลวิชาชีพ ประจำหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล (จำนวน 2 คน) และบุคลากรอื่นๆอีก 6 คน โดยจะนัดผู้ป่วยเข้ารับบริการเฉลี่ยครั้งละประมาณ 30 – 40 คน ทั้งนี้เพื่อให้มีความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ไม่แออัดเกินไป มีการบริการที่ไม่ล่าช้าเกินไป ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการเข้ารับบริการและมีความยินดีร่วมกิจกรรมบริการที่จัดให้ อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพ ยังได้มีเวลาในการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ให้สุขศึกษา ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น โดยผู้ป่วยที่นัดเข้ารับการรักษาจะต้องงดอาหารและน้ำดื่มก่อนเข้ารับบริการอย่างน้อย 6 – 8 ชั่วโมง (งดอาหารและน้ำดื่ม ก่อนเที่ยงคืนเป็นต้นมา) และเข้ารับบริการที่หน่วยบริการลำดับขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนทั่วไป เริ่มจากการจับบัตรคิว ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต เจาะ DTX (เจาะปลายนิ้ว) แผลผล แจกผลเลือดตามสี (ให้ป้ายคัดแยกผู้ป่วยตามสี) ผู้ให้บริการคือพนักงานบริการทั่วไป (ผ่านการฝึกทักษะผ่านการอบรมจากพยาบาลวิชาชีพแล้ว)

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการตรวจสุขภาพในช่องปากและฟันโดยทันตบุคลากร (ทันตภิบาลและผู้ช่วยทันตภิบาล)

ขั้นตอนที่ 3 ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนที่ได้รับการเจาะปลายนิ้วมือเพื่อตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดและได้รับการตรวจในขั้นตอนที่ 1 และ 2 เรียบร้อยแล้ว จะรับประทานอาหารเช้าร่วมกัน (หน่วยบริการจัดอาหารให้)

ขั้นตอนที่ 4 กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน (self health group) ได้แก่

-ให้ความรู้ อาหารตามสี โดยบุคลากรสาธารณสุข (พยาบาลวิชาชีพ)

-กิจกรรมการออกกำลังกาย บริหารร่างกายแบบสมาธิบำบัด (SKT) โดย นักวิชาการสาธารณสุข ทันตภิบาล ,ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย

-กิจกรรมเรียนรู้แลกเปลี่ยนการดูแลสุขภาพต้นแบบ (กรณีตัวอย่าง /แลกเปลี่ยนเรียนรู้)

-กิจกรรมกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดด้วยการแช่เท้าด้วยน้ำสมุนไพร ประมาณ 15 นาที (ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย)

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นตอนการตรวจรักษา พบพยาบาลวิชาชีพให้การปรึกษา ประเมินผลการรักษาให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ ง่ายยา นัดรับยาครั้งต่อไปโดยยึดตามเกณฑ์ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ดังนี้

1. ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มสีเขียวแก่(FBS \leq 125 Mg/dl) และสีเหลือง (FBS =125 – 154 Mg/dl) นัดมารับการรักษา ในวันพฤหัสบดี ที่ 3 ของทุกเดือน
2. ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มสีส้ม(FBS 155-182 Mg/dl) และสีแดง (FBS \geq 183 Mg/dl) นัดมารับการรักษา ในวันพฤหัสบดี ที่ 2 ของทุกเดือน
3. ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มสีดำ คือกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการของโรคแทรกซ้อนทางไตระดับไม่เกิน 3 นัดมารับการรักษา ในวันพฤหัสบดี ที่ 4 ของทุกเดือน
4. ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มสีดำ ที่มีอาการของโรคแทรกซ้อนทางไตระดับ 4 ขึ้นไป ส่งไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับอำเภอต่อไป

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ ผู้ดูแลหลัก นักบริบาล (Care Giver) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน พบว่า ผู้ดูแลหลักไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมและโครงการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่าที่ควร ผู้ดูแลไม่ค่อยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ผู้ใหญ่บ้านมีการติดต่อประสานงานกับ รพ.สต.และภาคีเครือข่ายในการช่วยเหลือและดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนเป็นอย่างดี แต่ยังไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่มีคู่มือการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน

จากการศึกษาบริบทการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่ รพ.สต.ทรายมูล และในชุมชน นั้นพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานยังคงมีปัญหาในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ(ขาดแรงกระตุ้น/แรงจูงใจ) ปัญหาการไม่มารับการรักษาตามนัดหมาย(การจัดเก็บข้อมูลการนัดหมายของผู้ป่วยที่ไม่เป็นระบบ) ปัญหาการหลง/ลืมในการรับประทานยาตามห้วงเวลาที่กำหนด(เกี่ยวข้องกับอายุ การศึกษา การมีพี่เลี้ยงกำกับ)ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้ไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งวัดผลได้จากค่าปิงปองจราจรชีวิต 7 สีและผลตรวจน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) ที่มากกว่า 7 % ส่งผลให้มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะโรคแทรกซ้อนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ส่วนของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือนักบริบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ไม่มีคู่มือการปฏิบัติที่ชัดเจน สถานบริการยังขาดแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน และระบบบริการในคลินิกโรคเบาหวานยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน จึงสมควรที่จะมีการพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

1.2 สถานการณ์และปัญหาของการใช้สื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

ในชุมชนตำบลทรายมูล พบว่า มีการใช้สื่อ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน
ดังนี้

1.2.1 การใช้สื่อในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

- 1) ระบบอินเทอร์เน็ต สื่อสังคมออนไลน์ เฟสบุ๊ก และไลน์
- 2) วีดีโอ
- 3) คู่มือ/หนังสือ
- 4) แผ่นพับ/บทความ

1.2.2 ปัญหาของการใช้สื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน มีดังนี้

- 1) สื่อส่วนใหญ่มีในระบบอินเทอร์เน็ต สื่อสังคมออนไลน์ เข้าถึงยาก
- 2) สื่อรูปแบบเดิมเป็นข้อความบรรยายที่มีเนื้อหามากเกินไปและใช้ภาษา
ทางการเกินไปเข้าใจยาก
- 3) ไม่มีสื่อที่พกพาได้ มีเพียงเนื้อหาความรู้ เช่น แผ่นพับ เท่านั้น
- 4) ไม่มีคู่มือที่เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนที่สามารถใช้
เป็นแนวปฏิบัติได้

1.2.3 รูปแบบของคู่มือ/สื่อที่ควรจะเป็น

- 1) เข้าถึงผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลได้ดี
- 2) มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้และแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
- 3) มีภาพประกอบ ตัวอักษรชัดเจน ภาษาเข้าใจง่าย
- 4) มีความทันสมัย สามารถพกพาได้

1.2.4 สรุปประเด็นปัญหาจากการศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล

จากการศึกษาบริบทชุมชนและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานใน
ชุมชนจากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างและการสนทนากลุ่ม ของผู้ที่มีส่วนร่วม
ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ผู้ศึกษาได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายแต่ละ
คนจนได้ข้อมูลครบถ้วน แล้วผู้ศึกษาได้นำข้อมูลมาเรียบเรียง วิเคราะห์ สังเคราะห์ จนได้ข้อมูล
ที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานแล้วนำเสนอข้อมูลแก่ตัวแทนของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและ
มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานพร้อมทั้งมีการประชุมระดมสมองเพื่อหาแนว
ทางการแก้ไขปัญหาและออกแบบวางแผนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน
เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนมากที่สุด โดยตัวแทนของผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

โรคเบาหวานที่ได้เข้าร่วมการประชุมในครั้งนี้ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 3 คน ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/นักบริหาร (CG) จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 5 คน รวมทั้งหมดมีผู้เข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ จำนวน 15 คน โดยมีกระบวนการ ดังนี้ 1) ผู้ศึกษาได้นำเสนอที่มาและความสำคัญวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้พอสังเขป และนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานบริการและในชุมชน ที่ได้มาจากกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มผู้ดูแล กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) ผู้ศึกษาได้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แสดงความคิดเห็น วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน สามารถสรุปปัญหาและความต้องการของชุมชนได้ดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่อง โรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
- 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมกับโรคในการดูแลสุขภาพของตนเอง
- 3) ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่อง โรคเบาหวานและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เหมาะสมทั้งอาการปกติและเกิดภาวะแทรกซ้อน
- 4) ผู้ดูแลมีส่วนร่วม ไม่เพียงพอในการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
- 5) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
- 6) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนขาดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและวิธีการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยเบาหวาน
- 7) ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้และควบคุมไม่ได้
- 8) ยังไม่มีแนวทาง/ไม่มีคู่มือสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนหรือการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน ได้อย่างเหมาะสม

หลังจากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแลในชุมชนแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมประเด็นปัญหา ศึกษา

ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พร้อมพูดคุยปรึกษากับผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการ และจัดทำเป็นขงร่างคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล ขึ้น

2. ผลการพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

ผลการพัฒนาคู่มือได้มาจากกระบวนการระดมสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้เชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในตำบลทรายมูล จำนวน 15 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 3 คน ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/นักรับบาล(CG) จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 5 คน ระยะเวลา 1 วัน ผู้วิจัยรวบรวม ประเด็นต่างๆจากการระดมสมอง และกลั่นกรองความถูกต้องของข้อมูล เทียบเคียง อ้างอิงกับทฤษฎี/แนวปฏิบัติ ความสอดคล้องกับนโยบายผู้บริหาร สรุปหรือเรียบเรียง เนื้อหาสาระจากการระดมสมอง ยืนยันตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล กับผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่หน่วยบริการอีกครั้ง จัดทำขงร่างคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล จากนั้นผู้วิจัยได้ส่งร่างคู่มือ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพร้อมให้คำแนะนำ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขจนได้คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล ฉบับสมบูรณ์ ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานพร้อมประวัติการรักษา
2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน(ญาติ/นักรับบาล/อสม.)
 - 2.1 ชื่อผู้ดูแล(ญาติ) พร้อมเบอร์โทรศัพท์
 - 2.2 ชื่อ อสม.ผู้ดูแล คนที่ 1 พร้อมเบอร์โทรศัพท์
 - 2.3 ชื่อ อสม.ผู้ดูแล คนที่ 2 พร้อมเบอร์โทรศัพท์
 - 2.4 ชื่อหมอประจําครอบครัว ตำแหน่ง พร้อมเบอร์โทรศัพท์
3. แผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานรายนี้
 - 3.1 ยาที่รับประทาน
 - 3.2 ตารางนัดพบแพทย์

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัว

- 1.ความหมายของโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการ การรักษา โรคแทรกซ้อน
- 2.การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในผู้ป่วยเบาหวาน
- 3.การเกิดโรคแทรกซ้อน(ระยะยาว) ในผู้ป่วยเบาหวาน

4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลัก 3 อ.
5. ผู้ป่วยเบาหวานดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ได้ไหม
6. การดูแลช่องปากในผู้ป่วยเบาหวาน
7. สรุปข้อปฏิบัติสำคัญสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
8. คู่มือป้องกันภาวะแทรกซ้อน 7 สี

ส่วนที่ 3 บันทึกกิจกรรมผู้ป่วย

1. บันทึกกิจกรรมประจำวันตามหลัก 3 อ.
 - 1.1 บันทึกกิจกรรมประจำวันตามหลัก อ 1 อาหารดี
 - 1.2 บันทึกกิจกรรมประจำวันตามหลัก อ 2 ออกกำลังกาย
 - 1.3 บันทึกกิจกรรมประจำวันตามหลัก อ 3 อารมณ์ดี
2. บันทึกค่าน้ำหนักและวัดรอบเอวผู้ป่วย
3. แบบบันทึกการตรวจสุขภาพและเฝ้าระวังช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน
4. บันทึกร้องขอความช่วยเหลือจากผู้ป่วย
5. บันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

3. ประเมินผลคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล

ประเมินผลคู่มือ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจ ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนที่ใช้คู่มือแล้ว เป็นเวลา 1 เดือน (30 วัน) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/นักบริบาล (Care Giver :CG) จำนวน 20 คน พบว่า หลังการใช้คู่มือฯ กลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.63$, S.D.=.51) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ 3. การดำเนินงานตามคู่มือนี้ทำให้เข้าใจง่ายและสะดวกในการดำเนินงานของท่าน และ 4. เนื้อหาสอดคล้องกับสภาพความต้องการในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ($\bar{X} = 4.77$, S.D.=.43) ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยในชุมชน (n = 30)

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. ท่านพึงพอใจต่อความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคู่มือการดูแลผู้ป่วยในชุมชนมากน้อยแค่ไหน	4.33	.61	มาก
2. ท่านพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและการบันทึกกิจกรรมประจำวัน(หลัก3อ)ในคู่มือมากน้อยแค่ไหน	4.63	.61	มากที่สุด
3. การดำเนินงานตามคู่มือนี้ทำให้เข้าใจง่ายและสะดวกในการดำเนินงานของท่าน มากน้อยแค่ไหน	4.77	.43	มากที่สุด
4. เนื้อหาสอดคล้องกับสภาพความต้องการในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของท่าน มากน้อยแค่ไหน	4.77	.43	มากที่สุด
5. สามารถนำความรู้จากคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนไปปฏิบัติจริง ในชุมชนท่านได้มากน้อยแค่ไหน	4.63	.49	มากที่สุด
ภาพรวม	4.63	.51	มากที่สุด

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล 2) พัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมสำหรับชุมชน ตำบลทรายมูล 3) ประเมินความพึงพอใจในการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการศึกษาในระหว่างเดือน ตุลาคม 2561 – ธันวาคม 2562 แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ขั้นตอน 1) ศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ของหน่วยบริการ รพ.สต. ทรายมูลวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการและในชุมชน 2) พัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล 3) การใช้คู่มือและประเมินความพึงพอใจในการใช้คู่มือ ประชากรที่ศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษา ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล จำนวน 126 คน อาสาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)จำนวน 111 คน(รวมอสม.ที่เป็นนักบริบาลด้วยแล้วจำนวน 10 คน) บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 5 คน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ได้จากการเลือกแบบเจาะจง จากผู้ป่วยเบาหวานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการพัฒนาคู่มือ(การการระดมสมอง/การสนทนากลุ่ม) จำนวน 15 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3 คน ผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วยเบาหวาน 2 คน อสม./นักบริบาล จำนวน 5 คน และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 5 คน และ 2) กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการใช้คู่มือและประเมินผลคู่มือ เป็นการประเมินความพึงพอใจการใช้คู่มือของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 10 คน ผู้ดูแล/อสม. จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและดำเนินการ ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูลและแบบประเมินความพึงพอใจ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะได้ ดังนี้

1. สรุปผลการศึกษา

1.1 บริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานยังคงมีปัญหาในเรื่องการดูแลตนเอง ขาดแรงกระตุ้น/แรงจูงใจ ปัญหาการไม่มารับการรักษาตามนัดหมาย และปัญหาการหลง/ลืมในการรับประทานยา ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ได้ไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งวัดผลได้จาก ผลป้องกันภาวะโรคแทรกซ้อนมีตรวจน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C มีค่า มากกว่า 7 % ส่งผลให้มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะโรคแทรกซ้อนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ส่วนของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ไม่มีคู่มือการปฏิบัติที่ชัดเจน สถานบริการยังขาดแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน และระบบบริการในคลินิกโรคเบาหวานยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน จึงสมควรที่จะมีการพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1.2 ผลการพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล พบว่า คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานพร้อมประวัติการรักษา ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน(ญาติ/นักบริหาร/อสม.) ชื่อผู้ดูแล(ญาติ) พร้อมเบอร์โทรศัพท์ ชื่อ อสม.ผู้ดูแล คนที่ 1 พร้อมเบอร์โทรศัพท์ ชื่อ อสม.ผู้ดูแล คนที่ 2 พร้อมเบอร์โทรศัพท์ ชื่อหมอประจักษ์รอบครัว ตำแหน่ง พร้อมเบอร์โทรศัพท์ แผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานรายนี้ ยาที่รับประทาน ตารางนัดพบแพทย์ 2) ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัว ความหมายของโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการ การรักษาโรคแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในผู้ป่วยเบาหวาน การเกิดโรคแทรกซ้อน(ระยะยาว) ในผู้ป่วยเบาหวาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลัก 3 อ. ผู้ป่วยเบาหวานดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ได้ไหม การดูแลช่องปากในผู้ป่วยเบาหวาน .สรุปข้อปฏิบัติสำคัญสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน คู่มือป้องกันภาวะโรคแทรกซ้อน 7 สี 3) บันทึกกิจกรรมผู้ป่วย บันทึกกิจกรรมประจำวันตามหลัก 3 อ. บันทึกกิจกรรมประจำวันตามหลัก อ 1 อาหารดี บันทึกกิจกรรมประจำวันตามหลัก อ 2 ออกกำลังกาย บันทึกกิจกรรมประจำวันตามหลัก อ 3 อารมณ์ดี บันทึกค่าน้ำหนักและวัดรอบเอวผู้ป่วย แบบบันทึกการตรวจสุขภาพและเฝ้าระวังช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน บันทึกร้องขอความช่วยเหลือจากผู้ป่วย และ บันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

1.3 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ตำบลทรายมูล พบว่า ความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.63$, S.D.=.51)

2. อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี สามารถอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

2.1 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ไม่มีคู่มือการปฏิบัติที่ชัดเจน สถานบริการยังขาดแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน และระบบบริการในคลินิกโรคเบาหวานยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของปาริชาติ จันท์เที่ยง และคณะ (2561) ศึกษาเรื่องการพัฒนาชุดให้ความรู้เรื่อง การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากคลองหม่อมแฉ่ม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี พบว่า สื่อรูปแบบเดิมมีลักษณะเป็นบทความวิชาการขาดความน่าสนใจ จึงได้มีการพัฒนาชุดให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในรูปแบบที่สามารถพกพาได้สะดวกเพื่อตอบสนองต่อการเรียนรู้ไม่จำกัดเวลา เมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างพบว่า ชุดให้ความรู้มีความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหา และการดำเนินเรื่อง ผลการเรียนรู้หลังใช้ชุดให้ความรู้ สูงกว่าก่อนใช้ชุดให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึง สมควรที่จะทำการพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.2 ผลการพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน พบว่า คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมี 3 ส่วน 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานพร้อมประวัติการรักษา ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน(ญาติ/นักบริบาล/อสม.) ชื่อผู้ดูแล(ญาติ) พร้อมเบอร์โทรศัพท์ ชื่อ อสม.ผู้ดูแล คนที่ 1 พร้อมเบอร์โทรศัพท์ ชื่อ อสม.ผู้ดูแล คนที่ 2พร้อมเบอร์โทรศัพท์ ชื่อหมอบริการครอบครัว ตำแหน่ง พร้อมเบอร์โทรศัพท์ แผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานรายนี้ ยาที่รับประทาน ตารางนัดพบแพทย์ 2) ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัว ความหมายของโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการ การรักษา โรคแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในผู้ป่วยเบาหวาน การเกิดโรคแทรกซ้อน(ระยะยาว) ในผู้ป่วยเบาหวาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลัก 3 อ. ผู้ป่วยเบาหวานดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ได้

ใหม่ การดูแลช่องปากในผู้ป่วยเบาหวาน สรุปข้อปฏิบัติสำคัญสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน คู่มือป้องกันโรคชีวิต 7 สี 3) บันทึกกิจกรรมผู้ป่วย บันทึกกิจกรรมประจำวันตามหลัก 3 อ. บันทึกกิจกรรมประจำวันตามหลัก อ 1 อาหารดี บันทึกกิจกรรมประจำวันตามหลัก อ 2 ออกกำลังกาย บันทึกกิจกรรมประจำวันตามหลัก อ 3 อารมณ์ดี บันทึกค่าน้ำหนักและวัดรอบเอวผู้ป่วย แบบบันทึกการตรวจสุขภาพและเฝ้าระวังช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน บันทึกร้องขอความช่วยเหลือจากผู้ป่วย และ บันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน อธิบายได้ว่า คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล ที่พัฒนาขึ้นนั้น มีเนื้อหาตรงตามความต้องการ สอดคล้องกับบริบทชุมชน ผ่านการตรวจประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ จึงมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริง สอดคล้องกับผลการศึกษาของปาริชาติ จันทร์เที่ยง และคณะ (2561) ศึกษาเรื่องการพัฒนาชุดให้ความรู้เรื่อง การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากคลองหม่อมแฉ่ม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี พบว่า ชุดให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในรูปแบบที่สามารถพกพาได้สะดวกเพื่อตอบสนองต่อการเรียนรู้ไม่จำกัดเวลา เมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ชุดให้ความรู้มีความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหา และการดำเนินเรื่อง ผลการเรียนรู้หลังใช้ชุดให้ความรู้ สูงกว่าก่อนใช้ชุดให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล พบว่า หลังการใช้คู่มือฯ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยส่วนใหญ่เห็นว่าการดำเนินงานตามคู่มือนี้ทำให้เข้าใจง่ายมีความสะดวก และเนื้อหาสอดคล้องกับสภาพความต้องการในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของญาตาวิ กาญจน์แก้ว (2553) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบ้านน้อยสามัคคี ตำบลตาดข่า อำเภอหนองหิน จังหวัดเลย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติตนและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของโสภภาพันธุ์ สะอาด (2558) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีต่อการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยการใช้สื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับมาก

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ด้านที่ 1 การนำไปใช้ประโยชน์

3.1.1 ในการใช้คู่มือนี้ควรมีการประสานความร่วมมือกันระหว่าง ผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่จะต้องแสดงบทบาท หน้าที่ ให้สอดคล้อง/ประสานกัน

3.1.2 คู่มือนี้ใช้เป็นแนวทางและเป็นเครื่องมือสนับสนุนกิจกรรมการดูแลและเฝ้าระวังสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้ โดยร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งผู้ป่วยนั้นจะต้องมีความตั้งใจจริง มีความซื่อสัตย์และรับผิดชอบต่อตนเอง ในการบันทึกกิจกรรม ตามความจริงตามรายละเอียดแบบบันทึกกิจกรรมในคู่มือนี้

3.1.3 บุคลากรสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ควรให้ความสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในส่วนของกิจกรรม 3 อ. และกิจกรรมอื่นๆ โดยกระตุ้นในวันที่ผู้ป่วยมาเข้ามาตรวจรักษาและรับยาที่หน่วยบริการด้วย

3.2 ด้านที่ 2 การพัฒนาคู่มือ

3.2.1 ควรมีการพัฒนาต่อยอดในส่วนของรูปแบบการนำเสนอในคู่มือเช่น ตัวหนังสือ ภาพประกอบ รูปเล่ม ให้มีสีสันที่ดูสวยงามมากขึ้น ซึ่งต้องใช้งบประมาณมากขึ้น ดังนั้นผู้บริหารหน่วยบริการ/ผู้รับผิดชอบงาน/ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรจัดทำโครงการให้สอดคล้องเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพระดับตำบล/ท้องถิ่น เพื่อดำเนินการพัฒนาคู่มือนี้ให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นไป รวมถึงการจัดขอ งบประมาณสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม การเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วย ให้กับ อสม. หรือผู้ดูแลในชุมชน (ค่าเบี้ยเลี้ยง/ค่าตอบแทนเพิ่มเติม) จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนมีความต่อเนื่อง ยั่งยืน มีประสิทธิภาพประสิทธิผลและมีความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น

3.2.2 ควรมีการประเมินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยการใช้คู่มือนี้หรือคู่มือที่พัฒนาเพิ่มเติม ประกอบในการดูแลผู้ป่วย หากเกิดผลในทางที่บวกมากขึ้น ควรเสนอให้ผู้บริหารระดับสูงขึ้นรับทราบและกำหนดเป็นนโยบายหรือขยายพื้นที่ในการดำเนินกิจกรรมต่อไป

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กัลยานี ภาคอืดและคณะ .(2548) .แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับการศึกษาค้นคว้าอิสระ. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาการศึกษาค้นคว้าอิสระ* (หน่วยที่ 1, น.6 –72) นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อการยกระดับอสม.เป็นอสม.หมอบริการบ้าน*.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข .(2555). *คู่มือ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน* (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *คู่มือคลายเครียดด้วยตนเอง*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์วัฒนา.
- จันทนา พัฒนเกสัช. (2550). การทบทวนวรรณกรรมกรณีประเมินการใช้ Insulin Analogue ใน *การรักษาผู้ป่วยเบาหวาน*. นนทบุรี : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.
- จินตนา สุขสมแดน .(2554) . *การพัฒนาคู่มือ*. สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2562 สืบค้นจาก http://jsuksomdan.blogspot.com/2011/02/blog-post_16.html.
- เฉลิมพร ชินาธิวร. (2551). “ผลของการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กิจกรรมด้านการรับรู้ในความสามารถของตนเองและกิจกรรมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม,”. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2 (มกราคม-มีนาคม 2551) , 985-987.
- บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธ์.(2540). *คู่มือการวิจัย การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ม.ป.ท. : ม.ป.ท..
- ปาริชาติ จันทร์เที่ยงและคณะ .(2561). “การพัฒนาชุดให้ความรู้เรื่อง การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปกคลองหม่อมแฉ่ม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี” รายงานผลงานวิชาการ การประชุมวิชาการระดับชาติ (ครั้งที่ 4) และนานาชาติ (ครั้งที่ 2) เรื่อง การวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ.
- พรทิพย์ เกตุรานนท์และคณะ .(2557). *เครื่องมือการวิจัย*. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ* (หน่วยที่ 9, น. 7 – 84) นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ.

- ธนัญญา บุญจุง และคณะ .(2548). การศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดรับประทานยา ก่อนและหลังการอบรมโครงการให้สุขศึกษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนท่าวังหินเครือข่ายของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. อุบลราชธานี : ม.ป.ท.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2546). การพยาบาลโรคเบาหวาน : การทบทวนความรู้สถานการณ์และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง. (พิมพ์ครั้งที่ 3) นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์และการเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560.(พิมพ์ครั้งที่ 3) ปทุมธานี : ร่มเย็น มีเดีย .
- สมาน พรหมจักร.(2550). “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด,” วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 1 (กรกฎาคม – กันยายน), 10-16.
- สุปรียา ต้นสกุล. (2548). ทฤษฎีและโมเดล การประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ (ฉบับปรับปรุง). (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- สุพัตรา ศรีวิเศษชากร และคณะ(2552). คู่มือหน่วยบริการปฐมภูมิการจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ. นนทบุรี : ม.ป.ท.
- สุทธินันท์ น้ำเพชร. (2543). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน : ศึกษากรณีจังหวัดเพชรบุรี. (ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- สุทิน สุทิน ศรีอัญญาพร และวรรณ นิธิยานันท. (2548). คู่มือประกอบการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ : เรียบเรียงแสงการพิมพ์.
- สุมาลี สังข์ศรี .(2553). การเขียนคู่มือ. สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2562 สืบค้นจาก <http://www.chumphon2.mju.ac.th/km/?p=355>มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อุบลราชธานี : คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 10.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555. กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข .(2559). รายงานประจำปี 2559.

นนทบุรี:องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข .(2560). แผนยุทธศาสตร์การป้องกัน

และควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564). กรุงเทพฯ:อิโมชั่น อาร์ต.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข .(2560). รูปแบบการบริการป้องกัน

ควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร

แห่งประเทศไทย.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2560). หลักสูตรพยาบาลผู้

ประสานงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน(โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง).

กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

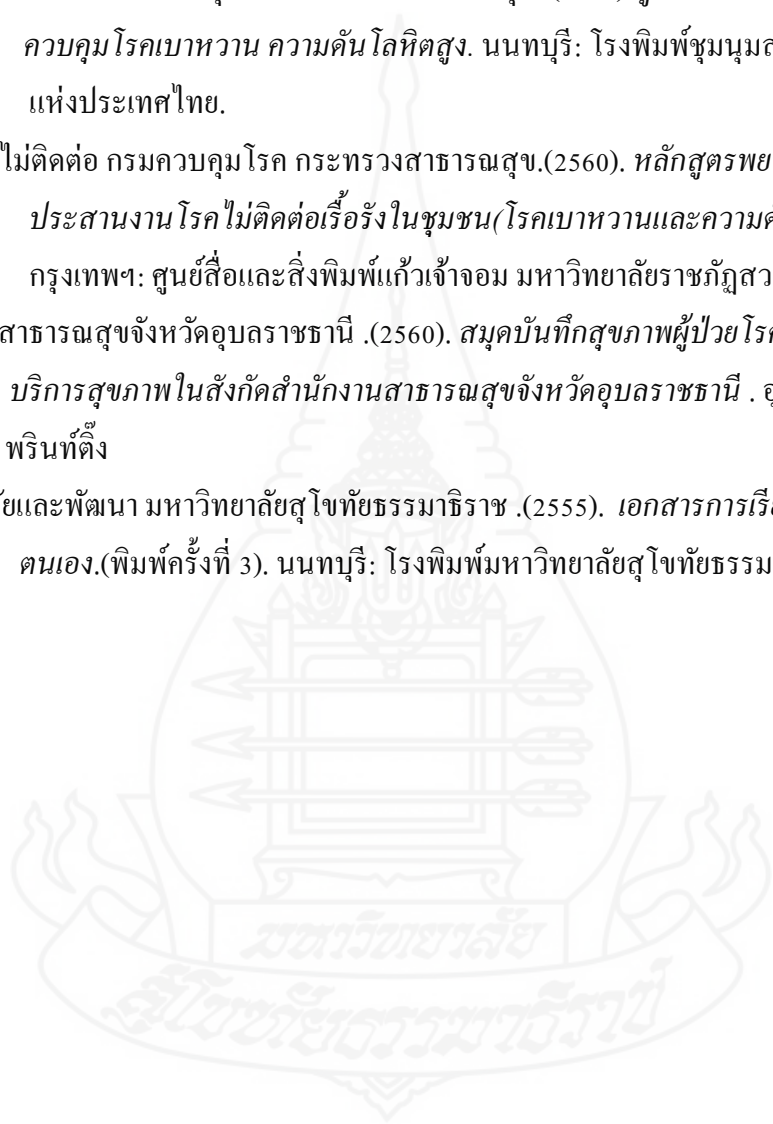
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี .(2560). สมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังเครือข่าย

บริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี . อุบลราชธานี :เสงเสง

พรินท์ติ้ง

สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช .(2555). เอกสารการเรียนรู้การทำวิจัยด้วย

ตนเอง.(พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

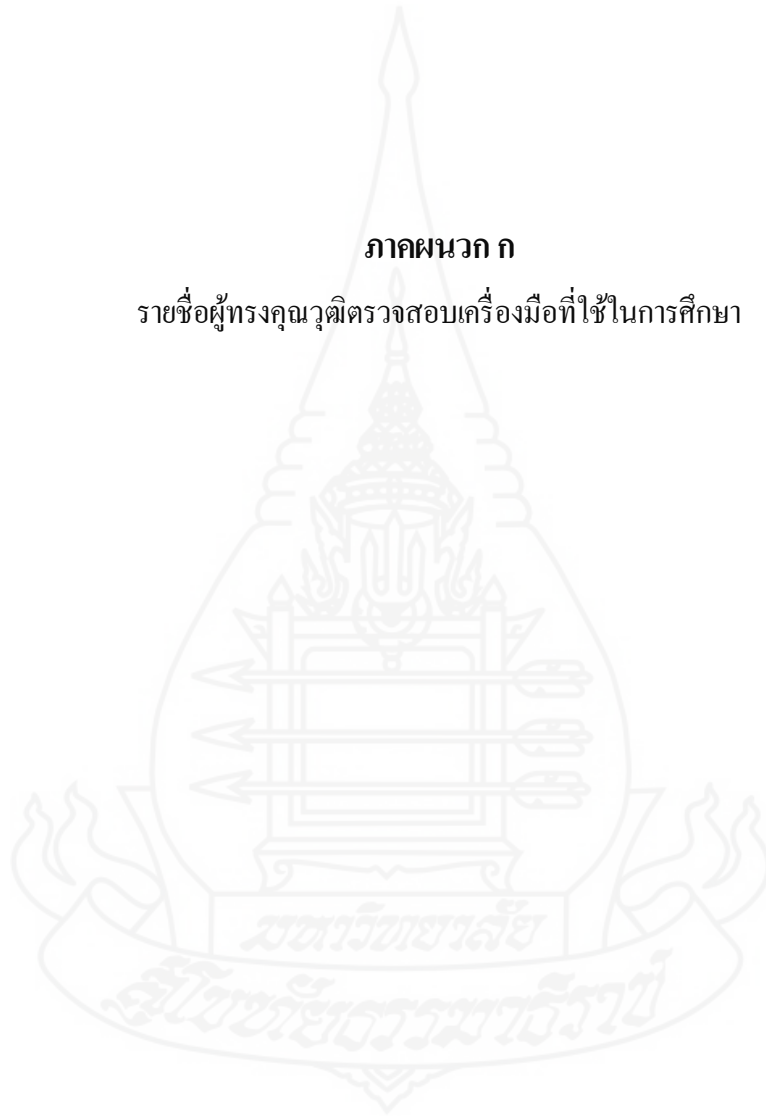


ภาคผนวก



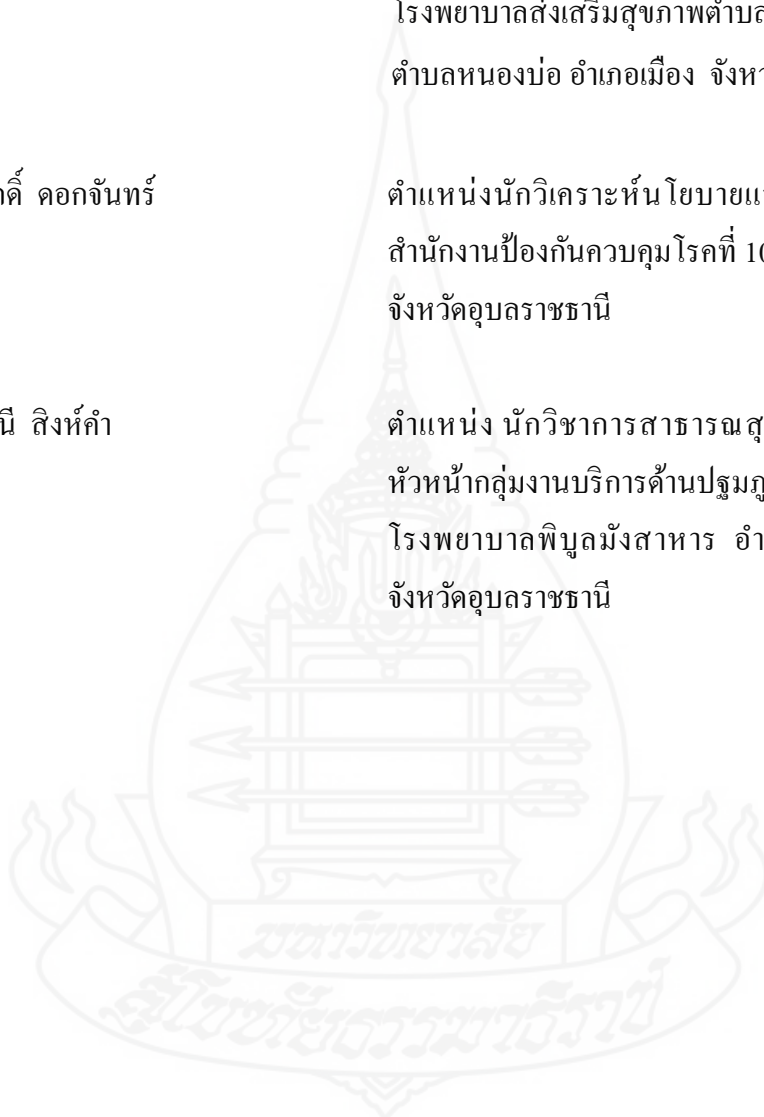
ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา



รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. ดร.กัญญารัตน์ กั้นยะกาญจน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบ่อ
ตำบลหนองบ่อ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
2. ดร.ชงศักดิ์ ดอกจันทร์ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10
จังหวัดอุบลราชธานี
3. นางเกศินี สิงห์คำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร
จังหวัดอุบลราชธานี



ภาคผนวก ข

แบบสอบถามในการศึกษา



แบบประเมินความพึงพอใจ

เรื่อง การพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

.....
คำชี้แจง: แบบประเมินความพึงพอใจนี้จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพึงพอใจในการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ของบัณฑิตศึกษาวิทยาศาสตร์ สุขภาพ เอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจาก ผู้ตอบแบบสอบถามในการให้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาและการพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมสำหรับ ชุมชนตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เท่านั้น

แบบประเมินความพึงพอใจ นี้ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจ เป็นการสอบถามระดับความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี มีข้อคำถามความพึงพอใจ จำนวน 5 ข้อ แต่ละข้อ เลือกตอบระดับความพึงพอใจได้ดังนี้

- 1 พึงพอใจระดับน้อยที่สุด 2 พึงพอใจระดับน้อย
- 3 พึงพอใจระดับปานกลาง 4 พึงพอใจระดับมาก 5 พึงพอใจระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดเติมข้อมูลลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อที่	ปัจจัยส่วนบุคคล	สำหรับ ผู้วิจัย
1	บทบาท () ผู้ป่วยเบาหวาน () ญาติ/ผู้ดูแล () อสม./ผู้นำชุมชน () เจ้าหน้าที่สาธารณสุข () อื่นๆ	
2	เพศ () 1.ชาย () 2.หญิง	
3	อายุ.....ปี(เต็ม)	

ข้อที่	ปัจจัยส่วนบุคคล	สำหรับ ผู้วิจัย
4	ระดับการศึกษา <input type="checkbox"/> 1. ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 2. มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย <input type="checkbox"/> 4. อนุปริญญา/เทียบเท่า <input type="checkbox"/> 5.ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ (ระบุ)	
5	ประสบการณ์การเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน <input type="checkbox"/> 1. เคย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย	

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล

อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อคำถามทางด้านซ้ายมือและใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	1	2	3	4	5
1. ท่านพึงพอใจต่อความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน มากน้อยแค่ไหน					
2. ท่านพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและการบันทึกกิจกรรมประจำวัน(หลัก3อ)ในคู่มือมากน้อยแค่ไหน					
3. การดำเนินงานตามคู่มือนี้ทำให้เข้าใจง่ายและสะดวกในการดำเนินงานของท่าน มากน้อยแค่ไหน					
4. เนื้อหาสอดคล้องกับสภาพความต้องการในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของท่าน มากน้อยแค่ไหน					
5. สามารถนำความรู้จากคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนไปปฏิบัติจริงในชุมชนท่าน ได้มากน้อยแค่ไหน					

ขอขอบพระคุณที่กรุณาตอบแบบประเมินนี้

นายนิยม สินทรัพย์

บัณฑิตศึกษา วิทยาศาสตร์สุขภาพ

เอกบริหารสาธารณสุข มสธ.

แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม

(เป็นแนวคำถามในกิจกรรม การระดมสมองเพื่อพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบล
ทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี)

ประเด็นคำถามการสนทนากลุ่มมีดังนี้

- (1) แนวทางการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการ
- (2) แนวทางการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน
- (3) การสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย
- (4) แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน



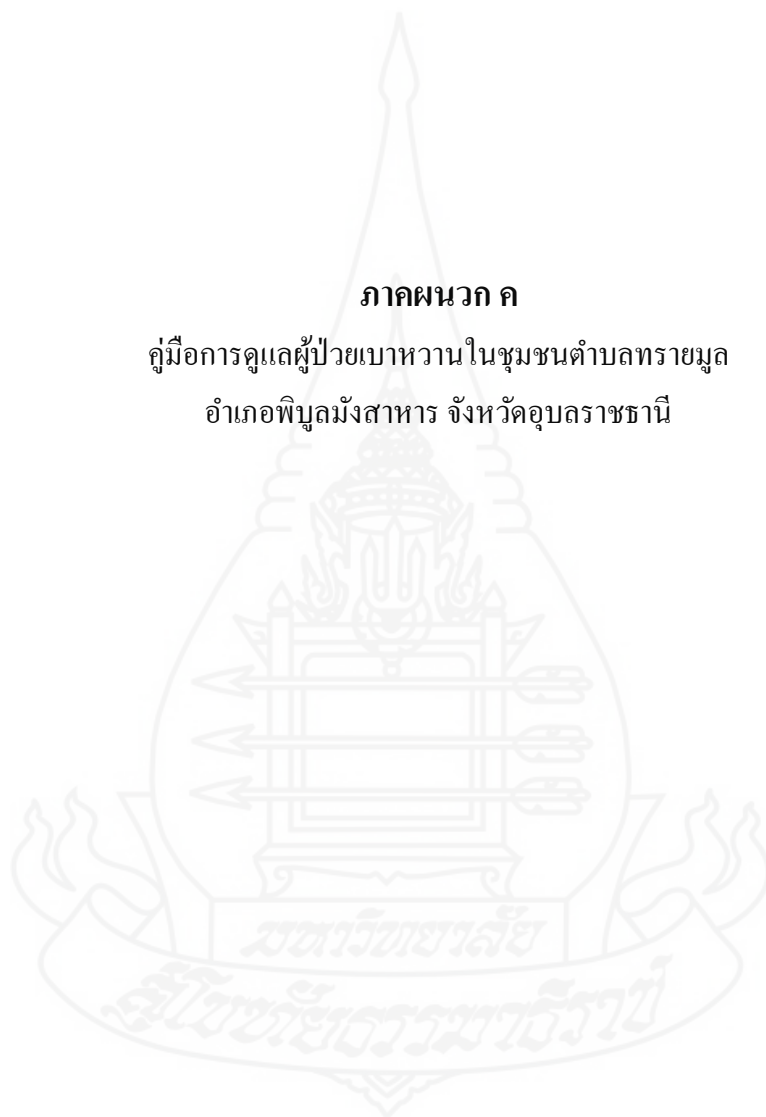
นายนิยม สินทร์พย์

บัณฑิตศึกษา วิทยาศาสตร์สุขภาพ

เอกบริหารสาธารณสุข มสธ.

ภาคผนวก ค

คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล
อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี



คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล

อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

สนับสนุนโดย

- กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทรายมูล
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร
จังหวัดอุบลราชธานี

เรื่อง	สารบัญ	หน้า
คำอธิบายการใช้คู่มือ		1
ส่วนที่ 1		
1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย		2
2. ข้อมูลของผู้ดูแล		4
3. แผนการรักษาพยาบาล(ตารางนัด)		4
ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัว		
- ความหมาย สาเหตุ อาการ		5
- การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน		6-7
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยกิจกรรม 3 อ		8-15
- ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี		16
ส่วนที่ 3 แบบบันทึกกิจกรรม 3 อ		
3.1 บันทึกกิจกรรม อ1 อาหารดี		17
3.2 บันทึกกิจกรรม อ2 ออกกำลังกายดี		18
3.3 บันทึกกิจกรรม อ3 อารมณ์ดี		19
3.4 บันทึกกิจกรรม น้ำหนักและวัดรอบเอวดี		20
3.5 แบบบันทึกการตรวจสุขภาพและเฝ้าระวังช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน		21
3.6 บันทึกการร้องขอความช่วยเหลือจากผู้ป่วย		22
3.7 บันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (โดย อสม./ หมอประจำครอบครัว / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)		23

คำอธิบาย/แนะนำการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

1. กลุ่มเป้าหมายผู้ใช้คู่มือนี้คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ตำบลทรายมูล อ.พิบูลฯ จ.อุบลราชธานี ได้แก่

1) ผู้ป่วยเบาหวานและญาติ ในตำบลทรายมูล

2) ผู้ดูแล หมายถึง อสม.หรือ Care Giver ในตำบลทรายมูล

3) บุคลากรสาธารณสุข(รพ.สต.ทรายมูล) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข แพทย์แผนไทย

2.บทบาท/แนวปฏิบัติในการใช้คู่มือ ของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย โดยให้ศึกษารายละเอียด/บทบาทหน้าที่ ให้ชัดเจน

2.1 ผู้ป่วยเบาหวานและญาติ

2.1.1 ศึกษารายละเอียดตามคู่มือ อ่านคู่มือให้เข้าใจ อ่านแนวทางปฏิบัติและถือปฏิบัติตามคู่มือ

2.1.2 ให้ความร่วมมือ/อำนวยความสะดวก แก่ ผู้ดูแลในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวาน

2.1.3 บันทึกกิจกรรมประจำวัน หลัก 3 อ หรือกิจกรรมอื่นๆ ตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้ โดยยึดหลักความซื่อสัตย์ต่อตนเอง

2.1.4 บันทึกร้องขอความช่วยเหลือตามเหตุผลและความจำเป็น

2.2 ผู้ดูแล (หมายถึง อสม.)

2.2.1 ออกเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยลงในคู่มือ โดยข้อมูลได้มาจากการสอบถามผู้ป่วย/ญาติและจากสมุดประจำตัวผู้ป่วย

2.2.2 บันทึกข้อมูลในส่วนที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวาน ทุกๆสัปดาห์ โดยอสม. 2 คน สลับกันเยี่ยมหรือไปเยี่ยมด้วยกัน

2.2.3 บันทึกผลปingsองจรจรชีวิต 7 สี ลงในแบบบันทึกผลปingsองจรจรชีวิต 7 สี

2.2.4 แนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตามกิจกรรม 3 อ และตรวจการบันทึกกิจกรรมของผู้ป่วยตามแบบฟอร์ม 3 อ

2.3 บุคลากรสาธารณสุข(จนท.สาธารณสุข) ต้องอธิบายการใช้คู่มือ แก่ ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล และอสม.ได้ทราบและเข้าใจคู่มือ โดยละเอียด

2.3.1 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งพร้อมให้คำแนะนำ บันทึกการเยี่ยมและบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปาก

2.3.2 และในการเยี่ยมแต่ละครั้ง ให้ ตรวจผลการบันทึกกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย และให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ ด้วย

2.3.3 คู่มือระดับน้ำตาลในเลือด เปรียบเทียบกับกิจกรรม 3 อ.ที่ผู้ป่วยบันทึกในแบบฟอร์ม 3 อ พร้อมกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม 3 อ

2.3.4 จัดหา/สนับสนุน คู่มือ/เอกสารอื่นๆตามรายละเอียดคู่มือ ให้กับผู้ป่วยพร้อมประชุมติดตาม ประเมินผล ทุกๆ 3 เดือน

คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

- ชื่อ-สกุล..... เพศ..... วัน/เดือน/ปี เกิด..... อายุ.....ปี.....เดือน ส่วนสูง.....ซม.
น้ำหนัก.....กก. รอบเอว.....ซม. ค่าดัชนีมวลกาย (BMI).....กก./ม.2 ความดันโลหิต mmHg วัน /เดือน/
ปี.....ที่บันทึกข้อมูล
- ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่(ชื่อบ้าน.....) ตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์.....
- การศึกษาสูงสุด..... อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน..... บาท
สถานที่ทำงาน.....
- จำนวนบุตร คน จำนวนสมาชิกที่อาศัย ในครัวเรือนเดียวกัน(นับรวมผู้ป่วยด้วย) คน แยกเป็น ชาย คน หญิง คน
- 5.1 การสูบบุหรี่ ()1 สูบบุหรี่ ()2 ไม่สูบบุหรี่ 5.2 การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ()1 ดื่ม () ไม่ดื่ม
- ประวัติการรักษา
 - โรคประจำตัว (.....)1. โรคเบาหวาน (.....) 2. โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (.....)3. โรคอื่นๆ(ระบุ).....
 - วันเดือนปีที่เริ่มป่วย วันเดือนปีที่เริ่มรักษา.....ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งแรกที่ป่วย..... มิลลิกรัม/เดซิลิตร (mg/dL)
 - สถานที่รักษาครั้งแรก.....
 - สถานที่รักษาปัจจุบัน.....
 - ระดับน้ำตาลในเลือดในปัจจุบัน..... มิลลิกรัม/เดซิลิตร (mg/dL) (ผลเลือด ณ วันที่เดือน..... พ.ศ.....)
 - ประวัติการผ่าตัด
 - สุขภาพช่องปาก การขบเคี้ยวอาหารโดย ()1 ใช้ฟันแท้ () 2 ใช้ฟันปลอม () 3 วิธีอื่นๆ(ระบุ).....
- ประวัติการแพ้ยา.....

บันทึกผลปฎิบัติงานจรรยาชีวิต 7 สี

บันทึกผลผลระดับน้ำตาลในเลือดและปฎิบัติงานจรรยาชีวิต 7 สี แยกรายเดือน

									สีขาว	เขียวอ่อน	เขียวแก่	เหลือง	ส้ม	แดง	ดำ
พ.ศ./เดือน	ผล	ตุลาคม	พฤศจิกายน	ธันวาคม	มกราคม	กุมภาพันธ์	มีนาคม	เมษายน	พฤษภาคม	มิถุนายน	กรกฎาคม	สิงหาคม	กันยายน		
		10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
2561	ระดับน้ำตาล														
	ปฎิบัติงาน 7 สี														
2562	ระดับน้ำตาล														
	ปฎิบัติงาน 7 สี														
2563	ระดับน้ำตาล														
	ปฎิบัติงาน 7 สี														

การแปลผลระดับน้ำตาลในเลือดตามตารางปฎิบัติงานจรรยาชีวิต 7 สี (ใช้ประกอบในการวิเคราะห์ผลการรักษาโดยจนท.สา'สุขเป็นผู้บันทึกและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจผล)

1. ระดับน้ำตาลตามด้วย * หมายถึง ผู้ป่วย รับประทานยาในปริมาณเท่าเดิมตามแพทย์สั่ง
2. ระดับน้ำตาล + หมายถึง ผู้ป่วย รับประทานยาในปริมาณยาเพิ่มขึ้นตามแพทย์สั่ง เนื่องจากคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
3. ระดับน้ำตาลตามด้วย - หมายถึง ผู้ป่วย รับประทานยาในปริมาณที่ลดลงตามแพทย์สั่งเนื่องจากควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปฏิบัติกิจกรรม 3 อ ได้ดี
4. ในช่องปฎิบัติงาน 7 สี ให้ใช้สติ๊กเกอร์สีติด(ตัดเป็นวงกลม)หรือใช้ปากกาสี ชิดเอา

ช่องเก็บสติ๊กเกอร์วงกลม 7 สี													
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (อสม. เป็นผู้บันทึก)

- 2.1 ชื่อผู้ดูแลเกี่ยวข้องกับ..... (สามี/ภรรยา/ ลูก /หลาน/ อื่นๆ) เบอร์โทรศัพท์.....
- 2.2 ชื่อ อสม.ผู้ดูแล 1.....เบอร์โทรศัพท์.....
- 2.3 ชื่อ อสม.ผู้ดูแล 2.....เบอร์โทรศัพท์.....
- 2.4 ชื่อหมอประจําครอบครัว..... ตำแหน่ง หน่วยงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....

3. แผนการรักษาพยาบาล (สาธารณสุข(พยาบาลวิชาชีพ) เป็นผู้บันทึก)

1. ยาที่รับประทาน(ยาหลัก)
- 1.1. ชื่อยา ขนาดที่รับประทาน.....
- 1.2. ชื่อยา ขนาดที่รับประทาน.....
- 1.3. ชื่อยา ขนาด าน.....
- 1.4. ชื่อยา ขนาดที่รับประทาน.....
2. ตารางนัดรับยา/พบแพทย์

ครั้งที่	วคป ที่นัด	เหตุผลที่นัด (ตรวจเลือดรับยา/ตรวจสุขภาพประจำปี/ตรวจตา ตรวจเท้า อื่นๆ)	สถานที่ให้ไปตามนัด (รพ.สต.ทรายมูล/รพ.พิบูล/อื่นๆ)	วคป.ที่ไป จริง	เหตุผล (ระบุงรณีน้ไม่ไปตามนัด)
1					
2					
3					
4					
5					

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัว

1. ความหมายของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้งานได้มีประสิทธิภาพทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น โดยในระยะยาว ส่งผลให้เกิดการทำลายหลอดเลือดและนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่รุนแรงมากขึ้น เช่น โรคแทรกซ้อนทางตา โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง การเกิดบาดแผลแก่ร่างกาย ส่งผลให้เกิดความพิการ ได้

(อินซูลิน คือ ฮอร์โมนที่ผลิตจากตับอ่อนซึ่งเป็นตัวนำน้ำตาลกลูโคส ให้ออกเข้าไปยังเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ หากมีโรคของตับอ่อนจะส่งผลต่อการหลั่งอินซูลินผิดปกติไป)

2. โรคเบาหวานที่พบบ่อยคือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคคือ

- 2.1. พันธุกรรม
- 2.2. น้ำหนักเกินและอ้วน
- 2.3. ขาดการออกกำลังกาย
- 2.4. น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ
- 2.5. รับประทานอาหารไม่ถูกสัดส่วน หวาน มัน เค็มเกินไป
- 2.6. อายุที่เพิ่มขึ้น
- 2.7. ความดันโลหิตสูง
- 2.8. ไขมันในเลือดสูง
- 2.9. มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

3. อาการแสดงเบื้องต้นที่บ่งบอกว่าจะป่วยด้วยโรคเบาหวาน

- | | | | |
|---------------------------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1. ปัสสาวะบ่อยและมาก คอแห้ง กระหายน้ำ | 2. กินจุ หิวบ่อย | 3. น้ำหนักลด ตามัว | 4. เป็นแผลง่าย แต่หายยาก |
| 5. คันตามผิวหนัง | 6. ชาปลายมือปลายเท้า | 7. ความรู้สึกทางเพศลดลง | |

4. การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในผู้ป่วยเบาหวาน

4.1. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 มก./ดล. (ผู้เป็นเบาหวาน ไม่ควรต่ำกว่า 70 มก./ดล.) อาการ เหงื่อออกมาก ใจเต้นแรง ซีด มือสั่น ใจสั่น หิว ชารอบ ๆ ปาก อ่อนเพลีย หงุดหงิด ปวดศีรษะ สับสน ชักและไม่รู้สีกตัว

สาเหตุ – อดอาหารหรือกินยามากเกินไป

- งดอาหารมื้อหลักหรืออาหารว่าง
- รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา
- ออกกำลังกายหักโหมหรือนานกว่าปกติ
- คลื่นไส้ อาเจียน หรือท้องเดินทำให้การดูดซึมอาหารใน ลำไส้ไม่ดี

4.2. ข้อควรปฏิบัติตัวเมื่อเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ

1. เจาะเลือดดูระดับน้ำตาลในเลือด(ถ้ามีเครื่องตรวจ)
2. อมน้ำตาล หรือทอफी 2-3 เม็ด หรือคิม่น้ำหวาน 2 ช้อนโต๊ะ (ครึ่งแก้ว) หรือน้ำเชื่อม น้ำผึ้ง 2 ช้อนชา ถ้าอาการไม่ดีขึ้นภายใน 15 นาที รับประทานซ้ำอีก ไม่ไม่รู้สีกตัวให้ค่อยๆ หยอดน้ำหวาน น้ำเชื่อมข้างกระพุ้งแก้มและนำส่งโรงพยาบาล
3. งดออกกำลังกายในวันนั้น แม้อาการน้ำตาลในเลือดต่ำจะดีขึ้น
4. ค้นหาสาเหตุว่าเกิดจากอะไร โดยพิจารณาจาก สาเหตุข้างต้นและแก้ไข
5. เตรียมอาหาร ขนม ของหวาน หรือทอफीพกติดตัวไว้

5. การเกิดโรคแทรกซ้อน(ระยะยาว) ในผู้ป่วยเบาหวาน มักเกิดในผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมานานกว่า 5 ปี และควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ได้แก่อาการดังต่อไปนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา มีอาการ สายตามัวลงซึ่งเกิดจากการหักเหแสงของเลนส์ผิดปกติ ในขณะที่น้ำตาลในเลือดสูง หรือเกิดจากต่อกระจก หรือเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของจอประสาทตาที่เรียกว่า “เบาหวานขึ้นตา” ซึ่งภาวะดังกล่าว ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยตาบอดได้ เห็นเงาดำบังเวลามองภาพ ซึ่งเกิดจากมีเลือดออกในน้ำวุ้นลูกตา มองเห็นภาพซ้อนซึ่งเกิดจากกล้ามเนื้อตาที่ควบคุม โดยเส้นประสาทสมองทำงานผิดปกติ

2. ภาวะแทรกซ้อนที่ไต เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งเบาหวานชนิดที่ 1 และเบาหวานชนิดที่ 2 อุบัติการณ์และการดำเนินโรคของภาวะแทรกซ้อนที่ไต มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการควบคุมระดับความดันโลหิต

อาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนที่ไต

ระยะแรกผู้ป่วยจะไม่มีอาการ แต่จะตรวจพบโปรตีนอัลบูมินหรือไข่ขาวรั่วออกมาในปัสสาวะปริมาณเล็กน้อย คือ ตรวจพบโปรตีนอัลบูมินในปัสสาวะประมาณ30-300 มิลลิกรัมต่อวัน ระยะต่อมาเมื่อปริมาณโปรตีนรั่วออกมามากขึ้น อาจสังเกตพบปัสสาวะเป็นฟองและมีอาการบวมได้ ในระยะนี้ จะตรวจพบความดันโลหิตสูงร่วมด้วย (ปริมาณโปรตีนอัลบูมินในปัสสาวะระยะนี้จะมีปริมาณมากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน) หลังจากนั้นถ้ายังไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม จะส่งผลให้การทำงานของไตลดลงและเกิดภาวะไตวายเรื้อรังในที่สุด จนต้องรักษาด้วยการฟอกเลือด หรือล้างไต

3.ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่เส้นประสาท ทำให้ผู้ป่วยมีอาการชาที่ปลายเท้า ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดส่วนปลายอุดตันร่วมด้วย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยต้องถูกตัดนิ้วหรือตัดขาบางส่วน อันเป็นสาเหตุของการเกิดทุพพลภาพในอนาคต ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาท ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะความดันโลหิตสูง และการสูบบุหรี่ อาการแสดงคืออาจมีอาการชาที่ปลายมือปลายเท้าทั้งสองข้าง โดยระยะแรกบางรายจะมีอาการปวดแสบปวดร้อน หรือปวดเหมือนถูกแทง ส่วนใหญ่อาการมักจะเกิดตอนกลางคืน ในระยะต่อมาอาการปวดจะลดลง แต่จะรู้สึกชาและการรับสัมผัสลดลง นอกจากนี้บางรายอาจมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนและขาได้

4. โรคหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน ซึ่งเป็นปัจจัย ส่งเสริมให้เกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน แผลรักษาหายช้า โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมากในขณะที่มีบาดแผล ดังนั้นควรระมัดระวัง อย่าให้เกิดบาดแผล โดยเฉพาะที่เท้า ต้องสวมใส่รองเท้าที่นุ่ม ห้ามนั่งผิงไฟ (เกิดไฟไหม้โดยไม่รู้สึกเจ็บร้อน)

6. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการรักษาโรคเบาหวานและป้องกันโรคแทรกซ้อน ด้วยกิจกรรม 3 อ

01 : อาหารดี

กินพอดี (ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก ผลไม้) กินพอ คือ กินอาหารครบทุกกลุ่มมากขึ้นให้พอดีกับความ ต้องการของร่างกาย กินดี คือ กินอาหารให้หลากหลายชนิดไม่ซ้ำจำเจ เน้น การลดอาหาร หวาน มัน เค็ม

หวาน ไม่ได้นับแค่ปริมาณน้ำตาลที่เติมลงไปเพื่อเพิ่มรสชาติในอาหาร แต่รวมถึงน้ำตาลที่อยู่ในอาหาร ขนม และเครื่องดื่มต่างๆ การกินน้ำตาลมากเกินไป ทำให้อ้วนง่ายขึ้น เพราะโดยปกติแล้ว ร่างกายจะนำพลังงานจากน้ำตาลมาใช้ในกระบวนการเผาผลาญ หากกินมากเกินไป ร่างกายจะเปลี่ยนน้ำตาลส่วนเกินเป็นไขมันสะสม ทำให้เสี่ยงเป็นโรคอ้วนและโรคเบาหวาน การกินหวานที่เหมาะสมนั้น ผู้ใหญ่ควรบริโภคน้ำตาลที่เติมลงในอาหารหรือเครื่องดื่มไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน (หรือ 24 กรัม) ส่วนเด็กไม่เกิน 4 ช้อนชาต่อวัน (หรือ 16 กรัม) โดย 1 ช้อนชาเท่ากับ 4 กรัม เพราะนอกจากน้ำตาลจะทำให้เสี่ยงเป็นโรคแล้ว ยังทำให้แก่เร็วอีกด้วย เนื่องจากปริมาณน้ำตาลที่สูงเกินไปจะเข้าไปทำลายคอลลาเจนในผิวหนัง

มัน หมายถึง ศัตรูตัวร้ายหากได้รับมากเกินไปอย่าง “ไขมัน” นั่นเอง ซึ่งมาจากปริมาณน้ำมันในการประกอบอาหาร รวมถึงไขมันที่อยู่ในขนมขบเคี้ยว แขนงอร่อยทั้งหลาย อาหารประเภททอด และอาหารแปรรูปต่างๆ ที่มีไขมันแฝงตัวอยู่ อาทิ ไข่กรอก หนุ่อกะป๋อง ขนมเค็ก ของหวานน้ำกะทิ เบเกอรี่ เป็นต้น ปริมาณไขมันที่สูงเกินไปจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคอ้วนและความดันโลหิตสูง ควรบริโภคไขมันไม่เกิน 65 กรัมต่อวัน หรือใช้น้ำมันประกอบอาหารไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน

เค็ม โซเดียม คืออีกหนึ่งภัยอันตรายต่อสุขภาพ การกินเค็มมากเกินไปทำให้เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงและโรคไต ควรบริโภคโซเดียมไม่เกินวันละ 1 ช้อนชาต่อวัน (หรือ 2,000 มิลลิกรัม) นอกจากต้องระวังเรื่องเกลือแล้ว ต้องไม่ลืมว่าแหล่งที่มาของโซเดียม ไม่ใช่แค่เกลืออย่างเดียว แต่ยังรวมถึงโซเดียมแฝงในอาหาร อาทิ อาหารสำเร็จรูปอาหารแปรรูปขนมขบเคี้ยว อาหารหมักดอง และที่สำคัญ คือ เครื่องปรุงรสขนานชนิดที่เรานิยมใช้ปรุงแต่งรสชาติอาหารให้อร่อย ดังนั้น เราจึงควรชิมก่อนปรุง และปรุงรสชาติอาหารแต่พอเหมาะ

อาหาร มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาโรคเบาหวาน ซึ่งคนเป็นเบาหวานมักจะละเลยในเรื่องของอาหารการกิน โดยอาจคิดว่าเมื่อได้กินยาแล้ว คงหายเหมือนกับโรคทั่วไป ซึ่งเป็นความเข้าใจผิด เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่หายขาด **ซึ่งการใช้ยารักษาเพียงอย่างเดียว จะไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้** ดังนั้น การควบคุมอาหารและรู้จักเลือกกินอาหารที่เหมาะสม ในปริมาณที่ถูกสัดส่วนกับความต้องการของร่างกาย ก็ถือเป็นวิธีหนึ่งในการรักษา และป้องกันโรคเบาหวานได้

หัวใจสำคัญของการควบคุมเบาหวาน คือ การกินอาหารให้พอดีกับความต้องการของร่างกาย โดยไม่มากหรือน้อยจนเกินไป เพราะการกินที่มากเกินไปจะทำให้ น้ำตาลขึ้นสูงหรือขึ้นเร็ว ในขณะที่เดียวกันหากกินน้อยไป อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำจนเป็นอันตรายได้ โดยอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานแบ่งง่ายๆ เป็น 3 ประเภท ได้แก่

1.อาหารที่ “ไม่ควร” รับประทาน

น้ำตาลทุกชนิด เช่น น้ำตาลอ้อย น้ำตาลปี๊บ น้ำตาลก้อน น้ำผึ้ง เครื่องดื่มที่มี น้ำตาลเป็นส่วนผสม เช่น น้ำเก๊กฮวย น้ำลำไย ชาเขียว น้ำอัดลม ชา กาแฟปรุงสำเร็จ และขนมหวานต่างๆ เค้ก คุกกี้ โดนัท

ผลิตภัณฑ์นม ได้แก่ นมข้นหวาน นมปรุงแต่งรสหวาน โยเกิร์ตปรุงแต่งรสชาติ นมเปรี้ยว ผลไม้กวน ผลไม้แช่อิ่ม ผลไม้เชื่อม ผลไม้ตากแห้ง เช่น กล้วยตาก อินทผลัมตากแห้ง รวมถึงผลไม้ในน้ำเชื่อมบรรจุกระป๋อง

อาหารที่ปรุงด้วยไขมันอิ่มตัว เช่น ไขมันสัตว์ ไข่กรอก หมูสามชั้น น้ำมันมะพร้าว เกงกะทิ ไขมันนม เนย ครีม เนื่องจากอาหารเหล่านี้ มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบหลัก ไม่เหมาะกับผู้ป่วย เบาหวาน เพราะจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และเป็นอันตรายจึงควรหลีกเลี่ยง

2.อาหารที่รับประทานได้ “ไม่จำกัดปริมาณ”

ผักก้าน ผักใบ ผักใบเขียวทุกชนิด ควรรับประทานทุกวัน และทุกมื้อให้หลากหลายชนิดในหนึ่งวัน อาหารเหล่านี้เป็นอาหารที่แคลอรีต่ำและมีใยอาหารสูงทำให้ การดูดซึมน้ำตาลช้าลง อีกทั้งใยอาหารยังช่วยลดระดับน้ำตาลไม่ให้เข้าสู่กระแสเลือดเร็วเกินไป ทำให้ร่างกายสามารถดึงน้ำตาลไปใช้ได้พอดี ได้แก่ ผักกาด คะน้า กวางตุ้ง ผักบุ้ง ตำลึง บวบ มะเขือ พริก แดงกวาง น้ำเต้า ถั่วฝักยาว ถั่วงอก เป็นต้น จะรับประทานในรูปของผักสด หรือผักต้มก็ได้ แต่ไม่แนะนำในรูปของน้ำผักปั่น โดยเฉพาะน้ำผักปั่นแยกกาก ทำให้เราไม่ได้รับใยอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย แต่ก็ควรควบคุมปริมาณการบริโภคผักที่มีแป้งสูง เช่น พักทอง แครอท มันแกว เมล็ดถั่วลิสง เป็นต้น

ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้บริโภคผักและผลไม้อย่างน้อย 400 กรัมต่อวัน หรือเทียบเท่ากับปริมาณ 4-6 ทัพพี แต่หากเป็นผักต้มสุกจะต้องเพิ่มเป็น 2 เท่า ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า การกินผักและผลไม้อย่างน้อยวันละ 400 กรัม สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจได้ร้อยละ 33 และโรคมะเร็งได้ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับคนที่กินผักและผลไม้ต่ำกว่าเกณฑ์

3. อาหารที่รับประทานได้ แต่ต้อง "จำกัดปริมาณ"

3.1 อาหารประเภทข้าว แป้ง เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว ขนมปัง เผือก มัน ฯลฯ อาหารเหล่านี้มีคาร์โบไฮเดรตน้อยกว่าน้ำตาล และมีโปรตีน วิตามิน แร่ธาตุ ใยอาหารที่ จำเป็นแก่ร่างกาย โดยอาหารจำพวกแป้งจะถูกย่อยเปลี่ยนให้เป็นน้ำตาล และเป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญของร่างกาย ผู้เป็นโรคเบาหวานจึงไม่ควรงดหรือจำกัดจนเกินไป ควรได้รับให้เหมาะสมกับแรงงานและกิจกรรมที่ทำ การจำกัดข้าวหรือแป้งมากเกินไปกลับเป็นผลเสีย เพราะระดับน้ำตาลในเลือดอาจต่ำ เกิดอาการหิว ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

3.2 ผลไม้ ผลไม้แต่ละชนิดจะมีปริมาณคาร์โบไฮเดรตแตกต่างกัน ซึ่งคาร์โบไฮเดรตในผลไม้อยู่ในรูปแบบของน้ำตาล ซึ่งผลไม้บางชนิดมีน้ำตาลมาก เช่น ทุเรียนมี น้ำตาลประมาณ 30 – 35% ส้มมีน้ำตาลประมาณ 10% มะขามหวาน มีน้ำตาลมากถึง 75 - 80% โดยผลไม้ยิ่งหวานมาก ก็จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากขึ้นด้วย ถึงแม้ว่าผลไม้จะมีน้ำตาล แต่ก็มีวิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหาร ดังนั้นผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานจึงไม่ควรงด แต่ควรกินตามปริมาณที่กำหนด โดยแนะนำให้สามารถกินได้วันละ 2-3 มื้อ ในปริมาณ 7-8 ชิ้น คำ/มื้อ แต่ก็ควรหลีกเลี่ยงผลไม้หวานจัด เช่น ลำไย ทุเรียน มะม่วงสุก องุ่น เป็นต้น

การจะควบคุมโรคเบาหวานให้อยู่หมัด จำเป็นต้องลดทั้งหวาน มัน เค็ม และเพิ่มผัก รวมถึงออกกำลังกาย สม่ำเสมอ ควรดูแลทั้งหมดนี้ไปพร้อมๆ กัน ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นสำคัญที่จะดูแลสุขภาพของเราได้อย่างยั่งยืน

๑๒: ออกกำลังกายดี

การออกกำลังกาย จะช่วยเพิ่มสมรรถภาพร่างกาย ความทนทานของหัวใจ ช่วยควบคุมน้ำหนัก ลดไขมันในเลือด ส่งเสริม กระบวนการใช้น้ำตาล ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจตีบ โรคเบาหวาน ลดความดันโลหิตได้ประมาณ 8 - 10 มม.ปรอท ลดความเครียด (เพิ่มระดับเอนดอร์ฟิน) และทำให้สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เคล็ดลับในการเริ่มต้นออกกำลังกาย คือ

การแต่งกายสวมรองเท้าพื้นหนารองรับแรงกระแทก ยืดหยุ่นได้ สวมใส่เสื้อผ้าที่สบายและแห้ง คุณจับเหงื่อได้ดี เริ่มต้นโดยการเดิน 5 นาที (หรือการออกกำลังกายอย่างอื่นที่คุณชอบ) เกือบทุกวันของสัปดาห์ อย่างช้าๆ เพิ่มเวลา มากขึ้นจนกระทั่งคุณสามารถทำได้ 30 นาทีต่อวัน อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ ถ้าต้องการลดน้ำหนัก ควรออกกำลังกาย ต่อเนื่องวันละ 45 นาทีขึ้นไป

ขั้นตอนการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายที่ถูกต้องและทำอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ร่างกายเกิดความแข็งแรง อายุยืนยาว ชะลอความชรา และลดโอกาสการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ การออก กำลังกาย ที่ถูกต้องประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1การอบอุ่นร่างกายหรือการอุ่นเครื่อง (Warm up) ประมาณ 5 - 10 นาที ขั้นตอนที่ 2การออกกำลังกายอย่างจริงจัง (Exercise) ประมาณ 20 - 30 นาที ขั้นตอนที่ 3การทำให้ร่างกายเย็นลง หรือการเบาเครื่อง (Cool down) เป็นระยะผ่อน คลาย ประมาณ 5 -10 นาที

ข้อพึงระวัง

หากมีอาการดังต่อไปนี้ ให้หยุดการเดินออกกำลังกาย และไปพบแพทย์ เพื่อตรวจหาสาเหตุ ได้แก่ ใจสั่น แน่นหน้าอกและปวดร้าวไปที่แขนไหล่ และคอซีกซ้าย หายใจลำบาก หรือเวลาหายใจมีเสียงดังวี๊ดๆ หายใจตื้น เร็ว อย่างรุนแรง วิงเวียน รู้สึกเหมือนจะเป็นลม หรือรู้สึกพะอืดพะอม เหงื่อออกมาก ผิดปกติ เป็นตะคริว มีอาการปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง คลื่นไส้ หลังเดินออกกำลังกาย มีอาการล้า หดแรงแรงอย่าง มากและยาวนาน หากมีโรคประจำตัวควรปรึกษาแพทย์

อย่างไรก็ดี การเดินยังคงเป็นวิธีออกกำลังกายที่ง่าย และปลอดภัยที่สุด เหมาะสมกับทุกเพศ ทุกวัย ทำได้ทุกที่ ทุกเวลา ที่มีโอกาส

“ การเดินเร็ววันละ 30 - 45 นาที อย่างน้อย 5 วัน ต่อสัปดาห์ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ และหลอดเลือดได้ 35 % - 50 % ”

๑๓ : อารมณ์ดี

การสำรวจความเครียดของตนเอง ความเครียดจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม ดังนี้ ความผิดปกติทางร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ ไมเกรน ท้องเสียหรือท้องผูก นอนไม่หลับหรือวงแหงหนาวนอน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เบื่ออาหารหรือกินมากกว่าปกติ ท้องอืดเพื่อ อาหารไม่ย่อย ประจำเดือนมาไม่ปกติ เสื่อม สมรรถภาพทางเพศ มือเย็นเท้าเย็น เหงื่อออกตามมือตามเท้า ใจสั่น ถอนหายใจบ่อยๆ ผิวหนังเป็นผื่นคัน เป็นหวัดบ่อยๆ แพ้ อากาศง่าย เป็นต้น ความผิดปกติทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล คิดมาก คิดฟุ้งซ่าน หลงลืมง่าย หงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย เบื่อหน่าย ซึมเศร้า เหนงา ว่าแห่ว ลึ้นหวัง หมดความรู้สึกสนุกสนาน เป็นต้น ความผิดปกติทางพฤติกรรม ได้แก่ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา มากขึ้น ใช้สารเสพติด ใช้ยานอนหลับ จู้จู้บ่น ชวนทะเลาะ มีเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่นบ่อยๆ ดึงผม กัดเล็บ กัดฟัน ผุดลุกผุดนั่ง เงียบขรึม เก็บตัว เป็นต้น

การผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆ ไป

เมื่อรู้สึกเครียด คนเราจะมีวิธีการผ่อนคลายความเครียด ที่แตกต่างกันออกไป ส่วนใหญ่จะเลือกวิธีที่ตนเองเคยชิน ถนัด ชอบ หรือสนใจ ทำแล้วเพลิดเพลิน มีความสุข ซึ่งวิธี คลายเครียดโดยทั่วๆ ไป มีดังนี้ คือ นอนหลับพักผ่อน ออกกำลังกาย ยืดเส้นยืดสาย เดินแอโรบิค รำมวยจีน โยคะ ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นดนตรี ดูโทรทัศน์ ดูภาพยนตร์ อ่านหนังสือ เขียนหนังสือ เขียนบทกลอน ทำงานศิลปะ งานฝีมือ งานประดิษฐ์ต่างๆ สะสมแสตมป์ สะสมเครื่องประดับ ถ่ายรูป จัดอัลบั้ม ปลูกต้นไม้ ทำสวน จัดห้อง ตกแต่งบ้าน เล่นกับสัตว์เลี้ยง เล่นเกมคอมพิวเตอร์ ท่องอินเทอร์เน็ต พุดคุย พบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง ไปเสริมสวย ทำผม ทำเล็บ ไปช้อปปิ้ง ไปท่องเที่ยว เปลี่ยนบรรยากาศ

7. ผู้ป่วยเบาหวานดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ได้ไหม

การเสพติดการดื่มแอลกอฮอล์ โดยหากดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากๆ ติดต่อกัน จะมีผลทำให้ ดับแข็ง หรือเกิดภาวะตับอ่อนอักเสบได้ ซึ่งตับอ่อนเป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่ผลิตเอนไซม์ย่อยอาหาร และสร้างฮอร์โมนอินซูลิน ที่ช่วยให้ร่างกายสามารถใช้น้ำตาลในร่างกายได้เป็นปกติ ดังนั้น เมื่อตับอ่อนไม่สามารถทำงานได้สมบูรณ์ ระดับน้ำตาลในเลือดจึงลดลง และทำให้เกิดภาวะเบาหวานได้ง่ายขึ้น

ผู้ป่วยเบาหวาน คีมีแอลกอฮอล์ได้มากแค่ไหนกัน?

เบียร์ 1 ไพท์(0.57 ลิตร) ให้พลังงานถึง 200 แคลอรี น้ำอัดลม 1 กระป๋อง ให้พลังงาน 140 แคลอรี การดื่มเบียร์มาเป็นเวลานานทำให้เกิดภาวะอ้วนลงพุง และส่งผลทำให้เกิดโรคเบาหวานกำเริบ ในบางกรณีที่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดี แพทย์จะอนุญาตให้คีมีแอลกอฮอล์ได้บ้าง โดยปริมาณที่เหมาะสม ก็คือ.. เบียร์ 1 กระป๋อง 12 ออนซ์/วัน สุรา 1.5 ออนซ์/วัน ไวน์ 5 ออนซ์ (150 CC)/วัน

รู้หรือไม่? “ดื่บแข็ง” ทานยาเบาหวานไม่ได้นะ! โรคดื่บแข็ง เป็นอีกหนึ่งโรคที่ตามมาหากคีมีแอลกอฮอล์มากๆ และหากผู้ป่วยเบาหวานมีโรคดื่บแข็งร่วมด้วย ผู้ป่วยจะไม่สามารถกินยาเบาหวานได้...ต้องใช้วิธีการฉีดยาเท่านั้น เพราะยาเบาหวานจะถูกทำลายที่ดื่บ ขับทางไต และหากผู้ป่วยยังไม่คุมเรื่องอาหารรวมทั้งยังคงคีมีแอลกอฮอล์เช่นเดิม เบาหวานจะกำเริบอยู่เรื่อยๆ นานๆ ไป ไม่ใช่แค่ดื่บเท่านั้นที่ถูกทำลาย แต่อวัยวะอื่นๆ เช่น ไต เส้นเลือด สมอง และหัวใจจะค่อยๆ เสื่อมลง

“น้ำตาลในเลือดสูง” นำไปสู่โรคร้ายตามมา ผู้ป่วยเบาหวาน หากปล่อยให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากๆ ร่างกายจะไม่สามารถนำน้ำตาลมาเผาผลาญเป็นพลังงาน จึงต้องหันไป สลายไขมันตามผิวหนังมาใช้แทน ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงๆ จะผอมลง โทรม อ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย เพราะร่างกายขับน้ำตาลออกไปทางปัสสาวะ นำไปสู่ภาวะปากและคอแห้ง และหากระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะยาว จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังตามมา เช่น เบาหวานขึ้นตา เบาหวานลงไต โรคหัวใจ โรคสมอง แผลหายช้า ดื่บเชื่อได้ง่าย เป็นต้น

แค่ลดแอลกอฮอล์...ก็ป้องกันเบาหวานได้ เพราะระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การป้องกันที่ดีจึงอยู่ที่ความใส่ใจในเรื่องการควบคุมอาหาร ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ลด ละ เลิกแอลกอฮอล์ หรือควบคุมปริมาณตามที่แพทย์แนะนำอย่างเคร่งครัด

8. การดูแลช่องปากในผู้ป่วยเบาหวาน

คนปกติจะมีคราบซึ่งมีเชื้อโรคอยู่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งช่วยให้เชื้อเจริญเติบโตได้ดี เมื่อแปรงฟันอาจจะทำให้เกิดเหงือกอักเสบ ท่านที่เป็นโรคเบาหวานควรจะได้ตรวจช่องปากทุกวันเพื่อหาความผิดปกติ เบาหวานที่ควบคุมไม่ดีอาจเป็นสาเหตุของเหงือกอักเสบ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องคุมเบาหวานให้ดี และดูแลช่องปากดังนี้

1. ผู้ป่วยเบาหวาน ควรได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากจากทันตภิบาลที่รพ.สต. ทราบมูล อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
2. แปรงฟันวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ทั้งด้านหน้า และด้านหลัง รวมทั้งด้านบนควรจะได้แปรงฟันหลังจากรับประทานอาหารหรือ อาหารว่าง
3. เปลี่ยนแปรงสีฟันทุกๆ 3 เดือน
4. แปรงด้านบนของลิ้นเพื่อขจัดคราบสกปรก
5. หากใช้ฟันปลอมให้ถอดและนำไปทำความสะอาดทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร
6. หากน้ำตาลยังไม่ดีให้เลื่อนการผ่าตัดที่รอได้ จนกระทั่งคุมน้ำตาลได้ดี
7. ให้อายุขัยสุขภาพดี
8. ควรพบทันตภิบาลหรือหมอฟัน ที่ รพ.สต.ทราบมูล เมื่อมีอาการดังต่อไปนี้
 - 1) เลือดออกจากเหงือกหรือฟันเวลาแปรงฟันหรือใช้ไหมขัดฟัน
 - 2) เหงือกแดงและบวม และเจ็บ
 - 3) เหงือกแยกจากฟันหรือเหงือกกรัน
 - 4) มีหนองออกจากเหงือกหรือฟัน
 - 5) ฟันสบกันไม่ดีเวลาเคี้ยว
 - 6) มีกลิ่นปากตลอดเวลา



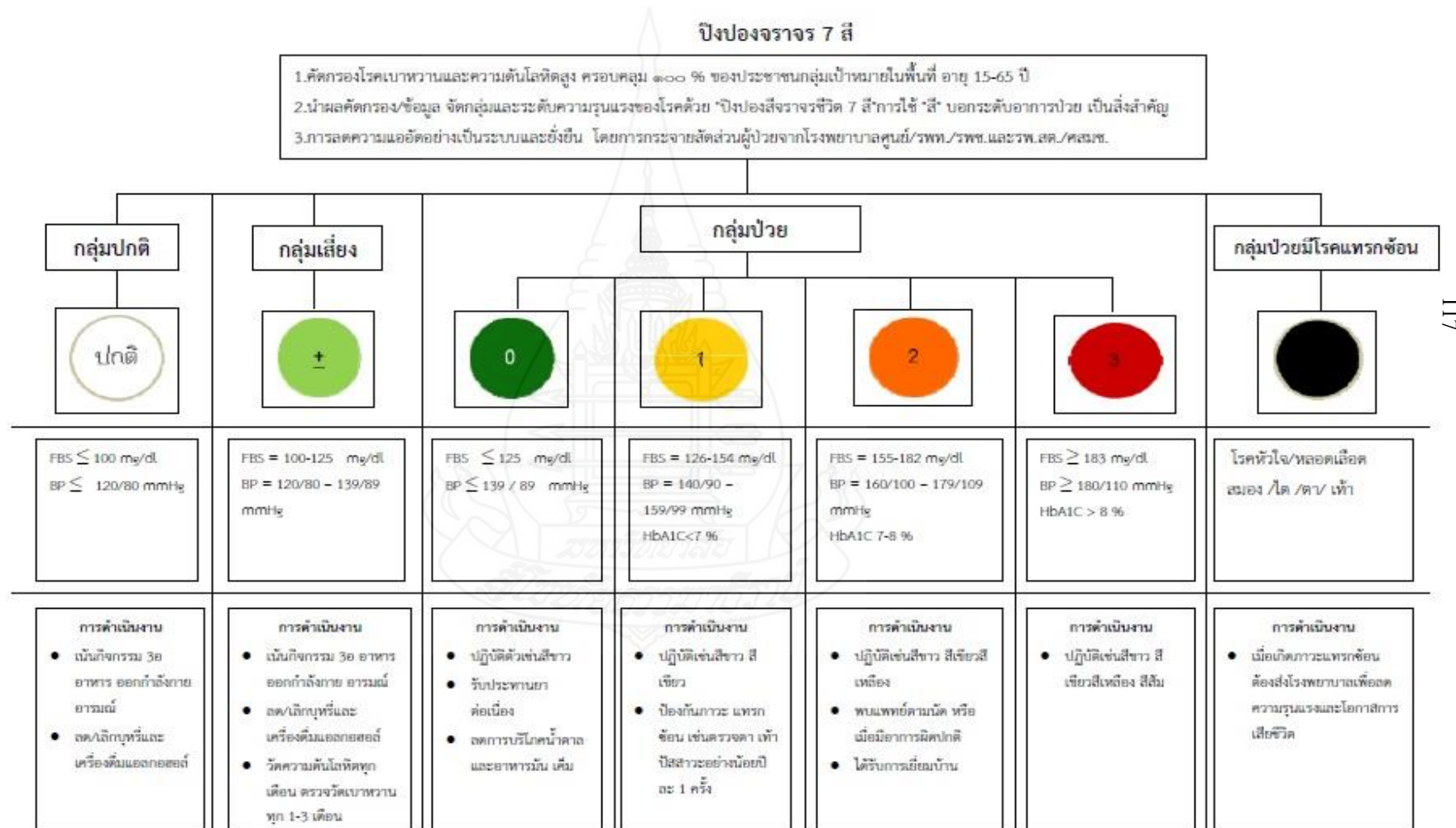
สรุปปัญหาสุขภาพในช่องปากที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้แก่ ปากแห้ง คราบหินปูน เหงือกกรัน เหงือกอักเสบ ฟันผุ เชื้อราในช่องปาก

9. สรุปข้อปฏิบัติสำคัญสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

1. รับประทานอาหารให้ตรงเวลา ครบหลัก 5 หมู่ มีความเหมาะสมทั้งชนิดและปริมาณอาหารที่เพียงพอ โดยลดอาหาร หวาน มัน เค็ม เน้นกินอาหารรสจืด
2. ปฏิบัติตาม กิจกรรม 30 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (บันทึกกิจกรรม 30 ด้วย)
3. นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงความเครียดโดย ไม่ทำงานติดต่อกันนานเกินไป หาเพื่อนพูดคุยหรือเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น ออกกำลังกาย ควบคุมสติอารมณ์ ทำสมาธิ หางานอดิเรกหรืองานอาสาสมัครช่วยเหลือผู้อื่น หากวิตกกังวลเรื่องโรคให้ปรึกษาแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
4. ไปพบแพทย์/พยาบาล ตามนัด ปฏิบัติอย่างเคร่งครัด และเจาะเลือดหาตรวจระดับน้ำตาลในเลือด อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
5. รับประทานยาเม็ดหรือฉีดอินซูลิน ในปริมาณที่ถูกต้อง ตรงตามเวลา
6. ตรวจสอบสภาพตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน โดยแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และพบทันตภิบาล อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
7. ดูแลสุขภาพผิวหนังให้ดี รักษาความสะอาดของร่างกายอย่างทั่วถึงโดยเฉพาะ ตามซอกอับชื้น เช่น ใต้ราวนม รักแร้ และขาหนีบ หลัง อาบน้ำเช็ดบริเวณดังกล่าวให้แห้ง ถ้าผิวหนังแห้งควรทาโลชั่น ถ้าแห้งออกมาก ทาแป้งฝุ่นบาง ๆ สวมเสื้อผ้าที่สะอาดและสบาย ถ้ามีอาการอักเสบของผิวหนัง ผื่นคัน พุพอง ควรปรึกษาแพทย์
8. ตรวจเท้าทุกวันและให้แพทย์ตรวจเท้าของท่านทุกครั้งที่พบแพทย์ ใส่รองเท้าที่สบาย สวมถุงเท้าสะอาด ไม่เดินเท้าเปล่า ไม่ตัดตาปลาหรือหูดด้วยของมีคม
9. พบบัตรประจำตัวแสดงตัวว่าเป็น โรคเบาหวาน พกติดตัวตลอดหากเดินทางออกจากบ้าน
10. พกขนมลูกอมรสหวานเช่นลูกอม ฮอล์ ท็อฟฟี่หรืออื่นๆที่มีรสหวาน สำหรับไว้รับประทานเองเวลามีการเหนื่อย เพลีย ใจสั่น (อาจมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ) อาจเนื่องจากรับประทานอาหารไม่ตรงเวลาหรือออกกำลังกายมากไป หรืออยู่กลางแจ้งร้อนนานไป
11. หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา หรือสิ่งเสพติด
12. รับประทานยาตามแพทย์สั่ง (ไม่ควรแกะยาออกจากซองยาเดิม มารวมกันไว้ซองเดียวในแต่ละวัน)
13. บันทึกเบอร์โทรศัพท์ ผู้ดูแลหรือหมอบริการรอบครัว ไว้สำหรับติดต่อ ขอความช่วยเหลือ

10. คู่มือป้องกันจรรยาชีวิต 7

๗



ส่วนที่ 3) บันทึกกิจกรรมผู้ป่วย

ชื่อ – สกุล ผู้ป่วยเบาหวาน ที่อยู่ หมู่ที่ ตำบลทรายมูล

3.1บันทึกกิจกรรม 3 อ (กิจกรรม 3 อ : อ1= อาหารดี (การกรอกข้อมูล ถ้าทำ จี๊ดเครื่องหมายถูก / ถ้าไม่ได้ทำ กาเครื่องหมายกากบาท X)

ลำดับ	รายการ (การกินอาหารอย่างน้อยเมื่อ ใน 1 วัน)	กิจกรรมที่ปฏิบัติ ในแต่ละวัน ในเดือน พ.ศ.....																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
1	กินข้าวเหนียว																															
2	กินข้าวสวย																															
3	กินปลา																															
4	กินเนื้อ(วัว/หมู)																															
5	กินไข่ขาว																															
6	กินผักสด/สุก																															
7	กินผลไม้ไม่หวาน																															
8	กินผลไม้รสหวานเช่น กล้วยสุก มะม่วงสุก ลำไย เงาะ มะขามหวาน ขนุน ทูเรียน ผลไม้หวานอื่นๆ																															
9	กินของหวานเช่น ลอดช่อง ข้าวโห่ล่ง ข้าวหลาม บวชนมัน บวชฟัก ขนมชั้น ขนมหม้อแกง อื่นๆ																															
10	ดื่มน้ำอัดลม น้ำหวานต่างๆ กาแฟ																															

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วยเบาหวาน ที่อยู่ หมู่ที่ ตำบลทรายมูล

3.2 บันทึกกิจกรรม 3 อ (กิจกรรม 3 อ : **๑๒ = ออกกำลังกาย** (การกรอกข้อมูล ถ้าทำ จิตเครื่องหมายถูก / ถ้าไม่ได้ทำ กาเครื่องหมายกากบาท X)

ลำดับ ที่	การออกกำลังกาย (ทำต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที)	กิจกรรมที่ปฏิบัติ ในแต่ละวัน ในเดือน พ.ศ.....																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
1	เดินช้าๆต่อเนื่อง นาน30 นาที																																	
2	เดินเร็วต่อเนื่อง นาน 30 นาที																																	
3	วิ่งช้าๆ นาน 30 นาที																																	
4	เดินแอโรบิกนาน 30 นาที																																	
5	โยคะ จีงง ยืดเหยียด >30 นาที																																	
6	เล่นกีฬาอื่นๆเช่นฟุตบอล ตะกร้อ และอื่นๆนาน 30นาที																																	
7	ทำความสะอาดบ้าน/ ทำงานบ้าน/ทำสวน																																	
8	ทำงานก่อสร้าง (รับจ้าง/ส่วนตัว)																																	
9	ออกกำลังกายด้วยวิธีอื่นๆ																																	

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วยเบาหวาน ที่อยู่ หมู่ที่ ตำบลทรายมูล

3.3 บันทึกกิจกรรม 3 อ (กิจกรรม 3 อ : 3=อารมณ์ดี) (การกรอกข้อมูล ถ้าทำ จิตเครื่องหมายถูก / ถ้าไม่ได้ทำ กาเครื่องหมายกากบาท X)

ลำดับที่	อารมณ์ดี	กิจกรรมที่ปฏิบัติ ในแต่ละวัน ในเดือน พ.ศ.....																															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
1	นั่งสมาธิที่บ้าน																																
2	นั่งสมาธิที่วัด																																
3	ปฏิบัติธรรมที่วัด (ฟังเทศน์ ฟังธรรม)																																
4	คู่มือวีรสารการธรรมะ																																
5	คู่มือวีหรือฟังรายการ ตลกกลายเครียด																																
6	ทำบุญ/ใส่บาตรพระ																																
7	กิจกรรม เอส เค ที (SKT) หรือสมาธิบำบัด																																
8	กิจกรรมผ่อนคลาย อย่างอื่น เช่น																																

หมายเหตุ กิจกรรม เอส เค ที (SKT)หรือสมาธิบำบัด เป็นกิจกรรม ที่ผู้ป่วย ได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติจากกิจกรรมการเข้ากลุ่มคลินิกรุ่งอรุณ ที่รพ.สต.ทรายมูล
ทุกๆเดือนแล้ว โดยให้เลือกปฏิบัติในท่าที่เหมาะสมกับสุขภาพของผู้ป่วยแล ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุกวัน

ชื่อ – สกุล ผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนสูง ม. ที่อยู่ หมู่ที่ต.ทรายมูล

3.4 บันทึก น้ำหนักและวัดรอบเอว

พ.ศ./เดือน	ผล	วันที่ ที่บันทึกน้ำหนัก (กิโลกรัม)และวัดรอบเอว(นิ้ว) ทุกสัปดาห์ (อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง) (คำนวณดัชนีมวลกายเดือนละ 1 ครั้ง)																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	BMI
ต.ค.-62	น้ำหนัก																														
	เอว																														
พ.ย.-62	น้ำหนัก																														
	เอว																														
ธ.ค.-62	น้ำหนัก																														
	เอว																														
ม.ค.-63	น้ำหนัก																														
	เอว																														
ก.พ.-63	น้ำหนัก																														
	เอว																														

อสม.เป็นผู้บันทึก ค่าน้ำหนัก วัดรอบเอว ทุก 7 วัน และคำนวณดัชนีมวลกาย เดือนละ 1 ครั้ง

$$\text{ค่าดัชนีมวลกาย(BMI)} = \frac{\text{น้ำหนัก(กก.)}}{\text{ส่วนสูง(ม.)} \times \text{ส่วนสูง(ม.)}}$$

3.5 แบบบันทึกการตรวจสุขภาพและเฝ้าระวังช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อผู้ป่วย อายุ ปี ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ตำบลทรายมูล

ครั้งที่	วัน เดือน ปี ที่ตรวจ	บันทึกการตรวจสอบสภาพช่องปาก							ระดับความ แข็งแรงของ ช่องปาก	คำแนะนำ /การรักษา	ผู้ตรวจ/ ผู้รักษา
		ซีฟัน	คู่สบ	ฟันผุุดได้	ฟันต้องถอน	หินปูน	แปรงฟัน ก่อนนอน	อื่นๆ			
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

ข้อเสนอแนะ (ทำการตรวจสอบสภาพช่องปากและฟันโดยทันตภิบาล จาก รพ.สต.ทรายมูล)

1. ผู้ป่วยเบาหวาน ควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง คือหลังตื่นนอนตอนเช้าและก่อนนอนตอนเย็น
2. ควรได้รับการตรวจสอบสภาพช่องปาก จากทันตภิบาล(หมอฟัน)หรือ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
3. ควรพบทันตภิบาล อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ห่างกันทุก 6 เดือน หรือถี่ห่างตามที่หมอนัด

ชื่อ – สกุล ผู้ป่วยเบาหวาน ที่อยู่ หมู่ที่ ตำบลทรายมูล

3.6 บันทึกการร้องขอความช่วยเหลือจากผู้ป่วย เช่น ขอความช่วยเหลือในการนำผู้ป่วยไปพบหมอตตามนัดหรือเมื่อเจ็บป่วย การให้ไปรักษาตามนัดแทน

ครั้งที่	วคป.	กิจกรรมที่ขอให้ช่วยเหลือ เช่น ให้ไปรักษาแทนผู้ป่วย หรืออื่นๆ	สาเหตุที่ขอความช่วยเหลือ	ผู้รับให้ความช่วยเหลือ	ผลการปฏิบัติ (สำเร็จ/ไม่สำเร็จ)	หมายเหตุ
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

ประเด็นร้องขอความช่วยเหลือ

1. ไม่สามารถไปรักษาตามวันนัดได้
2. เกิดบาดแผล ที่ไม่สามารถเดินทางไปรับการรักษาที่หน่วยบริการได้
3. ปัญหาสุขภาพอื่นๆที่เป็นภาวะฉุกเฉิน

ชื่อ – สกุล ผู้ป่วยเบาหวาน ที่อยู่ หมู่ที่ ตำบลทรายมูล

3.7 บันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (โดย อสม./ หมอประจำครอบครัว / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

ครั้งที่	วัน เดือน ปี ที่เยี่ยม	อาการทั่วไป ที่พบ	ข้อแนะนำ	ชื่อ - สกุล ผู้เยี่ยม	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	ลายมือชื่อ ผู้เยี่ยม	ลายมือชื่อ ผู้ป่วย/ญาติ
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								

หมายเหตุ (การเยี่ยมทุกครั้ง ให้ผู้เยี่ยม บันทึกกิจกรรมเยี่ยม/แนะนำด้วย พร้อมลงลายมือชื่อ และผู้ป่วยหรือญาติ ลงชื่อรับทราบด้วย)

1.การเยี่ยม โดยอสม. อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

2.การเยี่ยมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหมอประจำครอบครัว

2.1 ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เยี่ยมทุก ๆ 2 เดือน

2.2 ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เยี่ยมทุก ๆ เดือน อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นายนิยม สินทร์พยัคฆ์
วัน เดือน ปีเกิด	17 กรกฎาคม 2514
สถานที่เกิด	อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน(พนักงานอนามัย) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรภาคตะวันออกเฉียงเหนือจังหวัดขอนแก่น พ.ศ.2535 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2550
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายมูล)

