**บทที่ 1**

**บทนำ**

**1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา**

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาของสาธารณสุขทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย เป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับอวัยวะที่สำคัญๆ ของร่างกายตามมา เช่น ไต หัวใจ สมอง และระบบประสาทส่วนปลาย ความพิการขึ้นทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เป็นต้น เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจภายในครอบครัว เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ดูแลต้องเสียเวลาทำงานเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานทำให้ขาดรายได้ที่จะนำมาจุนเจือครอบครัว รวมทั้งประเทศชาติต้องเสียค่าใช้จ่ายมหาศาลและใช้บุคลากรทางการแพทย์เป็นจำนวนมาก(กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2551) และโรคเบาหวานยังเป็นโรคที่กำลังจะมีแนวโน้มการคุกคามสุขภาพของคนไทยเพิ่มมากขึ้นด้วยการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตการรับประทานอาหารที่เน้นความง่าย สะดวก สบายและรวดเร็ว ขาดการออกกำลังกาย อีกทั้งยังมีการคิดค้นเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ๆที่ช่วยทุ่นแรงทำให้มนุษย์มีการเคลื่อนไหวน้อยลง ด้วยวิถีชีวิตที่รีบเร่งในสังคมทั้งชุมชนเมืองและชนบทนั้นยังทำให้การดูแลใส่ใจสุขภาพของตนเองน้อยลงจึงก่อให้เกิดโรคโรคเบาหวาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2558)

รายงานสถิติจากสหพันธ์เบาหวานโลกในปี 2559 นี้ พบว่า 1 ใน 11 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ยังมีการทำนายล่วงหน้าอีกว่า 25 ปีข้างหน้าจะสามารถพบผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ 1 ใน 10คนของประชากรวัยผู้ใหญ่ และทั่วโลกจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 415 ล้านคนเป็น 642 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2583(สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2558) สถิติการเสียชีวิตของประชากรโลกในปี 2005 ที่ผ่านมาพบว่า 1.3 ล้านคนหรือ ประมาณ 4% ของการเสียชีวิตนั้นมาจากโรคเบาหวาน และจากสถิติการตรวจสุขภาพประจำปีของคนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2551 – 2552 พบความชุกของโรคเบาหวานเป็นร้อยละ 6.9 และยังพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมาก่อน และมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานแต่ยังไม่ได้เข้าระบบการรักษาสูงถึง ร้อยละ 3.3 ในปี พ.ศ. 2552 ได้มีการสำรวจข้อมูลของประชากรวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย พบว่า ประชากรกว่า 3.2 ล้านคนหรือประมาณ 6.9 % มีภาวะนี้ตาลในเลือดสูงโดยยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน โดยเฉพาะ ผู้ชายที่พบได้มากถึง 56.7 % (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 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 และมีอาการชาที่เท้า/หรือเท้าเป็นแผล 30,000 คน) ผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีจากการสำรวจทางระบาดวิทยาพบว่าปี ค.ศ. 2000 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 171 ล้านคน และคาดการณ์ว่าปี ค.ศ. 2010 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มเป็น 221 ล้านคน และเพิ่มเป็น 366 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 (World Health Organization, 2006 อ้างถึงใน หงส์สกุล เกษมจิต, 2551) จากสถิติการเปรียบเทียบจำนวนและอัตราตายของผู้ป่วยเบาหวานพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศทั้งหมด จำนวน 802,087 คน คิดเป็นอัตราป่วย 1233.46 และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด จำนวน 305,950 คน คิดเป็นอัตราป่วย 1399.50 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558) ส่วนข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดกาฬสินธุ์พบว่ามีความชุก 4,370 ต่อแสนประชากร อุบัติการณ์ 400 ต่อแสนประชากร อัตราการตาย 27 ต่อแสนประชากร และการเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างปี 2556 – 2558 พบว่า ความชุกเพิ่มขึ้น 4,746.70, 5,022.71, 4,370.26 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อุบัติการณ์เพิ่มขึ้น 319.91, 230.28, 403.65 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราตายใกล้เคียงกัน 42.99, 42.95, 17.88 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สถิติงานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2558) จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคเบาหวานจากรายงานสรุปการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานในภาพรวมของจังหวัดกาฬสินธุ์และอำเภอหนองกุงศรีพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีของจังหวัดกาฬสินธุ์และ คือ ร้อยละ 40 การตรวจระดับ HbA1c ของจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c มีค่าน้อยกว่า 7 คิดเป็นร้อยละ 5 ส่วนอำเภอหนองกุงศรีพบว่ามีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 22.72 และระดับ HbA1C น้อยกว่า 7 เพียงร้อยละ 16.45 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558) และในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮพบว่ามีอัตราความชุกของโรคเบาหวาน 77.4 ต่อพันประชากรและเฉพาะในบ้านคำไฮหมู่ที่ 8 พบว่ามีอัตราความชุกของโรคเบาหวาน 82.1 ต่อพันประชากร (ฐานข้อมูลรพ.สต.บ้านคำไฮ, 2559)

จากสถานการณ์โรคเบาหวานที่ได้กล่าวมาข้างต้นนั้นกระทรวงสาธารณะสุขได้ตระหนักถึงความสำคัญและผลกระทบที่เกิดจากโรคเบาหวานที่เป็นปัญหาระดับต้นๆของประเทศ จึงได้จัดทำแผนเบาหวานแห่งชาติเพื่อให้มีแนวทางในการดำเนินงานอย่างชัดเจนทั้งนโยบายระดับชาติ ระดับปฏิบัติการส่วนภูมิภาคและระดับท้องถิ่น ให้สามารถนำแผนสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมต่อไป โดยมีระยะในการดำเนินงาน 10 ปี คือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – 2559 ซึ่งสาระสำคัญของแผนเบาหวานแห่งชาติมียุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาและสนับสนุนระบบบริการให้มีความครอบคลุมและผู้รับบริการสามารถเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานในเรื่องของการป้องกัน ควบคุม และการจัดการโรคเบาหวาน สนับสนุนให้มีโครงการที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในชุมชน(สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2550) ซึ่งเป้าหมายที่สำคัญของการจัดการโรคเบาหวานนั้น คือ การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ๆ ให้พบตั้งแต่ในช่วงเริ่มแรกของโรคและให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่กระบวนการรักษาเพื่อป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป(สุพรรณ ศรีธรรมมา, 2557) ซึ่งผู้ป่วยนั้นจะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และมีความรู้ในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้ นอกจากในส่วนของผู้ป่วยเอง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรครวมไปถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการควบคุมป้องกันโรคตามบริบทชุมชนของผู้ป่วย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและมีระบบเชื่อมโยงที่สนับสนุนการดูแลตนเองที่บ้านและในชุมชนอย่างเด่นชัดเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ดีขึ้น(วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช, 2550 และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

การดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของคปสอ.หนองกุงศรีและรวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮนั้นมีนโยบายเพื่อลดการแออัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยจากบ้านไปยังโรงพยาบาลชุมชนในรายที่สามารถควบคุมระดับน้ำตามได้ดีและยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ให้ผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน โดยได้มีการกำหนดเกณฑ์สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านได้จะต้องอยู่ในเกณฑ์ดังต่อไปนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์และขึ้นทะเบียนจากโรงพยาบาลหนองกุงศรี สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จึงจะส่งตัวไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านซึ่งให้บริการโดยพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถปรึกษากับแพทย์เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ตลอด หากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยจะถูกส่งตัวไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน และผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นจะได้รับการตรวจประเมินและให้การรักษาโดยแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และได้รับการตรวจสุขภาพคัดกรองภาวะแทรกซ้อนปีละ 1 ครั้ง คือ ตรวจน้ำตาลในหลอดเลือด ตรวจไขมันในหลอดเลือด ประเมินการทำงานของไต ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้า(คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหนองกุงศรี, 2557)

การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮนั้นมีทั้งหมด 82 คน และหมู่บ้านที่จะทำการศึกษาในครั้งนี้มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 23 คน การให้บริการจะมีเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในคลินิกโรคเบาหวานในสถานบริการมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน และมีคลินิกเดือนละ 1 ครั้ง เฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีความผิดปกติอื่นร่วมด้วย สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อยู่ในเกณฑ์ที่ดี โดยกิจกรรมในวันคลินิกโรคเบาหวาน คือ จะมีการเจาะตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและวัดความดันโลหิตให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานตั้งแต่เช้ามืดประมาณ 05.00 น – 06.00 น. ผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจะเดินทางมารออยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮโดยเจ้าหน้าที่จะเป็นผู้ให้บริการในตอนเช้าของวันที่มีคลินิก และหลังจานั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานจะรับประทานข้าวต้มที่ทางเจ้าหน้าที่จัดเตรียมไว้ให้ บางวันข้าวต้มหมดคนท้ายๆจะไม่ได้กินและบางคนไม่ชอบในรสชาติอาหารก็จะอดข้าวกลับไปกินที่บ้านของตนเอง จากนั้นจะเป็นการตรวจรักษา ให้สุขศึกษารายบุคคลตามอาการในแต่ละครั้งไป จ่ายยาให้กับผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรคเรื้อรังและเจ้าหน้าที่ที่ประกอบด้วยนักวิชาการ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แล้วผู้ป่วยก็เดินทางกลับบ้าน โดยมีการนัดรับยาอีกครั้งตอน 1 หรือ 2 เดือน แล้วแต่อาการของผู้ป่วยโรคเบาหวานในแต่ละบุคคล ผู้ให้บริการจะไม่ได้ให้สุขศึกษาหรือพูดคุยกับญาติผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยบางรายก็เดินทางมารับยาด้วยตัวเอง บางคนญาติมาส่งไว้ที่รพ.สต.แล้วก็เดินทางกลับบ้านไปเพื่อทำงานหารายได้แล้วค่อยมารับผู้ป่วยอีกทีตอนใกล้ๆเที่ยง บางรายญาติพามารับยาแต่ไปนั่งรอผู้ป่วยบนรถหรือรออยู่ด้านนอก สำหรับตัวผู้ป่วยนั้นพบว่าการปฏิบัติตัวเมื่อมาพบเจ้าหน้าที่ในสถานบริการและขณะอยู่ที่บ้านจะมีความแตกต่างกันมากเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่จะป่วยเป็นโรคเบาหวานมานานหลายปี ได้รับความรู้มามาก จำได้บ้าง ไม่ได้บ้างแล้วแต่ความสามารถและความตระหนักของแต่ละบุคคล และในแต่ละปีจะมีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนโดยมีการตรวจตา ตรวจเท้าและตรวจเลือดตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของอำเภอหนองกุงศรี จากนั้นเจ้าหน้าที่ก็จะมีการออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งและในผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ตามระยะเวลาที่เหมาะสม แต่ในการเยี่ยมบ้านยังไม่ครอบคลุมและครบตามเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนดในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังเนื่องจากเจ้าหน้าที่มีจำนวนน้อยไม่เพียงพอต่อการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องในชุมชนรวมทั้งภาวะงานด้านอื่นๆที่ต้องรับผิดชอบ ส่วนมากเจ้าหน้าที่จะมีผู้ที่คอยช่วยเหลือในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน คือ อสม.ที่จะคอยเยี่ยมบ้านและส่งต่ออาการผู้ป่วยให้กับเจ้าหน้าที่ได้รับทราบข้อมูลผู้ป่วย แต่เนื่องจากอสม.ยังไม่มีความรู้ที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและไม่สามารถประเมินอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ อีกทั้งในเรื่องของส่วนท้องถิ่นยังได้รับงบประมาณสนับสนุนจากเทศบาลตำบลคำก้าวเพื่อบริหารจัดการด้านการควบคุมป้องกันโรคเรื้อรังในแต่ละปี ส่วนมากจะเป็นงบประมาณด้านการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเสี่ยง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง ยังไม่มีการสนับสนุนในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกุล่มผู้ป่วยและสถานที่สำหรับออกกำลังกายที่เป็นกิจจะลักษณะและเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้านการส่งต่อผู้ป่วยจะมีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยของ คปสอ.หนองกุงศรี ที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งอำเภอ ส่วนมากการส่งต่อผู้ป่วยจะกระทำโดยผู้ให้บริการโทรศัพท์ติดต่อประสานงานกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานโรคเบาหวานแล้วเขียนอาการและประวัติการรักษาให้ผู้ป่วยเดินทางไปพบแพทย์ด้วยตนเอง แต่ส่วนมากผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสูงที่สมควรได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษากับแพทย์ที่โรงพยาบาลจะปฏิเสธการไปโรงพยาบาลเนื่องด้วยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าโรงพยาบาลคนไข้เยอะ รอนาน และมีภาวะหน้าที่ต้องรับผิดชอบที่บ้านและผู้ป่วยปฏิเสธว่าไม่มีอาการผิดปกติไม่อยากไปโรงพยาบาล

จากการศึกษาเบื้องต้นโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่ชุมชนบ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 จำนวน 12 คน พบว่ามีผู้ป่วยขาดการรับยา 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.70 ผู้ป่วยสูบบุหรี่ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 13.04 ผู้ป่วยดื่มสุรา 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.70 ผู้ป่วยดื่มกาแฟ – โอวัลติน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 17.39 ส่วนใหญ่การรับรู้เรื่องเกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวานยังไม่ดี บางรายไม่ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันของโรคเบาหวาน คือ ร้อยละ 58.33 ไม่ทราบว่าการหมดสติจากภาวะ Hypo – Hyperglycemia เป็นภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันของโรคเบาหวาน ผู้ป่วยร้อยละ 50 ไม่ทราบว่าโรคเบาหวานสามารถเกิดจากสาเหตุอื่นได้นอกจากกรรมพันธุ์ ผู้ป่วยร้อยละ 50 ตอบว่าไม่จำเป็นต้องทราบชื่อ การออกฤทธิ์และอาการข้างเคียงของยาเบาหวานที่รับประทานอยู่ทุกวัน และผู้ป่วยร้อยละ 50 ตอบว่าสามารถหยุดยาได้เองเมื่อมีอาการดีขึ้น จากการสัมภาษณ์และสังเกตเพิ่มเติมยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานรวมทั้งประชาชนในเขตพื้นที่บ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ขาดการออกกำลังกายและไม่มีสถานที่สำหรับออกกำลังกายที่เหมาะสมและจากการศึกษาชุมชนโดยใช้ Wheel Model ยังพบว่าในชุมชนแห่งนี้มีบุญประเพณีที่ต้องมีการกินเลี้ยงสังสรรค์ด้วยอาหารหวาน มัน รวมทั้งขนมหวานที่มีการทำอยู่เป็นประจำในประเพณีและความเชื่อทางศาสนาซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีบทบาทที่สำคัญในการทำบุญประเพณีต่างๆและเวลารวมตัวกันประกอบพิธีกรรมทางศาสนาก็จะมีการรับประทานอาหารร่วมกันซึ่งอาหารส่วนใหญ่จะเป็นอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม เช่น แกงกะทิ แกงเขียวหวาน ขนมจีนนำยากะทิ ส้มตำ แจ่วบอง(ปลาร้าทรงเครื่อง) ของหวาน ขนมหวานต่างๆ เป็นต้น จากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่บ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 23 รายและผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้อยู่ในระดับดีมีน้อยมาก จากการรวบรวมข้อมูลการตรวจระดับ HbA1c ปี 2556 – 2558 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ที่มีระดับ HbA1c > 7 ร้อยละ 88.89, 83.33, 100.00 ตามลำดับ แต่ข้อมูลการเจาะระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วในการรับยาแต่ละเดือนในคลินิกโรคเบาหวานนั้นกลับมีค่าอยู่ในช่วง 130 – 180 mg% และพบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางตา 2 ราย แทรกซ้อนทางไต 2 ราย และแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนปลายอีก 2 ราย (รายงานข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน รพ.สต.บ้านคำไฮ, 2559) และจากการสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านและในชุมชนของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง จากปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮที่มีมานานและมีการแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่มาหลายรูปแบบ เช่น การอบรมอสม.เพื่อให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน แต่เนื่องด้วยมีการอบรมตัวแทนอสม.หมู่บ้านละ 3 คน จึงทำให้อสม.ไม่ได้รับการอบรมครบทุกคนและยังมีการสับเปลี่ยนตัวของอสม.ภายในหมู่บ้านและการลาออกของอสม.บางส่วนทำให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนขาดความต่อเนื่อง และการแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของชุมชนยังไม่มีการนำเอาทุนทางสังคมของชุมชนที่จำเป็นเข้ามามีส่วนร่วม เช่น ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย คณะผู้นำชุมชน เพื่อนบ้าน ประชาชนทั่วไปและการปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และยังขาดการต่อเนื่องในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

จากปัญหาที่พบในชุมชนบ้านคำไฮดังที่ได้กล่าวมานั้นทำให้ผู้ศึกษาเล็งเห็นความสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดนั้นจำเป็นที่จะต้องมีชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาตั้งแต่ผู้ดูแลหลักในครอบครัว อสม.ที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน คณะผู้นำชุมชนและคณะกรรมการชุมชน ควรที่จะเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมด้วย จากการทบทวนผลของการศึกษาวิจัยที่มีการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้พบว่าการที่สนับสนุนให้ภาคส่วนต่างๆในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมรับรู้ปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา วางแผนการดำเนินงาน ปฏิบัติร่วมกัน จะทำให้ได้ผลลัพธ์ที่มีมากกว่าผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพียงสองคน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนมาเป็นเครื่องมีสำคัญในการแก้ไขปัญหา การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ตำบลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของรพ.สต.บ้านคำไฮและเป็นหมู่บ้านที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีและมีค่า HbA1c. เกินค่าปกติ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้นนั้นทำให้ผู้ศึกษาได้เห็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างน่าเป็นห่วงหากไม่ได้รับการแก้ไขปัญหา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีและเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และเพื่อให้การแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในชุมชนเพื่อให้ชุมชนเข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป

**2. คำถามการศึกษา**

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานบ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ควรเป็นอย่างไร

**3. วัตถุประสงค์การศึกษา**

3.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุนชนบ้านคำไฮ หมู่ 8 ต.หนองกุงศรี อ.หนองกุงศรี จ.กาฬสินธุ์

3.2 เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ต.หนองกุงศรี อ.หนองกุงศรี จ.กาฬสินธุ์

**4. ขอบเขตการศึกษา**

การศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนบ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ตำบลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2559 – เดือน ธันวาคม 2559 โดยศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 23 คน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 23 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน จำนวน 15 คน

**5. กรอบแนวคิดในการศึกษา**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยใช้กระบวนการ PDCA เป็นกระบวนการที่ช่วยในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ญาติผู้ดูแลหลัก อสม. ผู้นำชุมชน ให้เกิดการการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาร่วมกันของชุมชน โดยเริ่มตั้งแต่ร่วมกันศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานในชุมชน ทั้งในเรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การรักษาโดยการใช้ยาซึ่งมีทั้งยาเม็ดและยาฉีด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน การจัดการกับความเครียด การดูแลรักษาสุขภาพตนเองและครอบครัว รวมถึงปัญหาและอุปสรรคจากการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของญาติผู้ดูแลหลัก ครอบครัว ชุมชน และสถานบริการ ร่วมกันระดมความคิดในการวางแผนการดำเนินงานเลือกสรรวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน (Plan) ร่วมกับลงมือปฏิบัติ (Do) ประเมินผลการดำเนินงาน (Check) และปรับปรุงแก้ไข (Act) เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น และร่วมกันประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งเป้าหมายสูงสุดในการดำเนินงานก็เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ญาติผู้ดูแลหลัก ครอบครัว อสม. และผู้นำชุมชน เข้าใจผู้ป่วยและมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของชุมชน สามารถอยู่ร่วมกันในชุมชนได้อย่างมีความสุข การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระบวนการของการแก้ไขปัญหาทำให้เกิดความภาคภูมิใจของทุกฝ่ายเมื่อเกิดความสำเร็จหลังจากที่ได้ลงมือปฏิบัติและยังทำให้ชุมชนสามารถช่วยเหลือและแก้ปัญหาของตนเองภายในชุมชนได้และเกิดความยั่งยืนต่อไปในอนาคต ดังภาพที่ 1

**Plan(การวางแผนการทำงาน)**

* ศึกษาชุมชน รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล(สัมภาษณ์, สนทนากลุ่ม)
* วิเคราะห์สถานการณ์
* ระบุปัญหาและสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา
* คิดค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน
* วางแผนและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน

**Do(การลงมือปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้)**

* ปฏิบัติตามแผนที่ได้ร่วมกันวางไว้ ตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย
* ประเมินผลระหว่างการปฏิบัติงาน หากมีปัญหาก็ปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น

**ผู้มีส่วนร่วม**

**-** ผู้ศึกษา

- ผู้ป่วยเบาหวาน

- ผู้ดูแลหลัก

- อสม.

- ผู้นำชุมชน

**Check(การประเมินผลการดำเนินงาน)**

* ติดตามประเมินผลการปฏิบัติว่าบรรลุตามเป้าหมายที่ได้วางไว้หรือไม่

**Action(การดำเนินการปรับปรุงแก้ไข)**

* เมื่อได้ร่วมกันตรวจสอบประเมินผลเสร็จเรียบร้อยและพบข้อบกพร่องก็ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขงานให้ดียิ่งขึ้นและบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

**การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน**

**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิด กระบวนการ PDCA โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

**6. คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา**

6.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชุมชนบ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ตำบลหนองกุงศรี อำเภอหนองกงุศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ

6.2 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน หมายถึง กระบวนการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกันภายในชุมชน เพื่อให้การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดประสิทธิภาพในเรื่องของ การรับประทานยาหรือฉีดยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างเหมาสม การดูแลสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย การดูแลเท้า รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร่วมกับชุมชนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจปัญหาสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และดำเนินชีวิตในสังคมได้

6.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน หมายถึง การให้ความร่วมมือในการดูแลและสนับสนุนการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ ญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเบาหวาน อสม. และผู้นำชุมชน โดยเริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผน การออกแบบบริการ การปฏิบัติกิจกรรมตามแผน และการประเมินผลกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนบ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ตำบลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

**7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

7.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตรงกับปัญหาและความต้องการ และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

7.2 ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนและมีแนวทางในการจัดการโรคเบาหวานภายในชุมชนอย่างถูกต้อง เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

7.3 เจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและสามารถดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อเนื่องในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

7.4 สามารถนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อเนื่องในชุมชนไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นที่มีวิถีชีวิตและบริบทที่ใกล้เคียงกันได้

**บทที่ 2**

**การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยความร่วมมือของชุมชนบ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ตำบลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่างๆ และกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

2. แนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

3. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

4. การพัฒนาคุณภาพการบริการโดยการใช้กระบวนการ PDCA

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน

5.2 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

**1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน**

1.1 ความหมายของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติของเมตาบอลิซึม คือ จะมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติในการหลั่งหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทั้งสองอย่างร่วมกันก็เป็นได้ การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานนั้นจะมีการทำลาย การเสื่อมสมรรถภาพ และการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่สำคัญตามมา ได้แก่ จอประสาทตาเสื่อม ไตวาย ปลายประสาทเสื่อม เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(สมเกียรติ โพธิสัตย์และคณะ, 2556)

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ที่มีหน้าที่นำน้ำตาลในเลือดไปใช้เป็นพลังงานในเซลล์ต่างๆเพื่อให้มนุษย์สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ เมื่อมีความผิดปกติของอินซูลินทำให้การทำงานไม่มีประสิทธิภาพมีการคั่งค้างของน้ำตาลในเลือดเกิดผลเสียทำให้อวัยวะต่างๆเสื่อมลงไปซึ่งก่อให้เกิดโรคและอาการแทรกซ้อนอื่นๆตามมา (ณัฐพงศ์ โฆษะชุณหนันท์, 2555)

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากภาวะดื้ออินซูลิน ซึ่งอาการที่แสดงให้ทราบว่ามีภาวะดื้นอินซูลินนั้นได้แก่ น้ำหนักเกิน มีถุงน้ำที่รังไข่ มีรอยปื้นน้ำตาลเข้มถึงดำ (acanthosis nigricans) ตามอวัยวะต่างๆ เช่น คอ ข้อพับ รักแร้ ขาหนีบ เป็นต้น มักพบในคนอ้วนที่ชอบรับประทานอาหารหวานและอาหารจำพวกแป้งมากและในอนาคตคนเหล่านี้มีโอกาสเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้หากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2558)

**1.2 ชนิดของโรคเบาหวาน**

การแบ่งชนิดของโรคเบาหวาน สามารถแบ่งได้เป็น 4 ชนิดดังนี้ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557)

1) โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เป็นผลจากการทำลายเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อนจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย ส่วนใหญ่พบในคนที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี รูปร่างไม่อ้วน มีอาการปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ดื่มน้ำในปริมาณที่มากกว่าปกติ อ่อนเพลียน้ำหนักลด อาจจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง (มักพบในวัยเด็ก) ซึ่งในบางกรณีพบภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน (ketoacidosis) เป็นอาการแสดงแรกของโรคหรือมีการดำเนินโรคช้าๆจากระดับน้ำตาลที่สูงปานกลางแล้วเกิดภาวะ ketoacidosis เมื่อมีการติดเชื้อหรือสิ่งกระตุ้นชนิดอื่นที่มักจะพบการดำเนินโรคในกรณีหลังนี้ในผู้ใหญ่มากกว่าเด็ก การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สันบสนุน คือ พบระดับ ซี – เป็ปไทด์ (C – peptide) ในเลือดต่ำมาก และ/ ตรวจพบปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันต่อส่วนของเซลล์ไอส์เล็ท ได้แก่ Anti – GAD, islet cell autoantibody, IA – 2

2) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในประชาชนคนไทยพบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่มีอยู่ เป็นผลจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลินร่วมกับการมีความผิดปกติในการผลิตอินซูลิน มักพบในคนที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป รูปร่างท้วมหรืออ้วน อาจมีหรือไม่มีอาการผิดปกติของโรคเบาหวานได้ อาการมักจะไม่เกิดขึ้นแบบรวดเร็วและรุนแรงจะค่อยเป็นค่อยไป มักมีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใน พ่อ แม่ หรือ พี่ น้อง ที่มีสายเลือดเดียวกัน โดยที่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้พบมากเมื่อมีอายุมากขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น การขาดการออกกำลังกาย และพบมากในหญิงที่มีประวัติการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

3) โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ เป็นโรคเบาหวานที่มีสาเหตุการเกิดที่ชัดเจน ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุ์กรรม เช่น MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน เกิดจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เกิดจากยา เกิดจากการติดเชื้อบางชนิด เกิดจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน หรือโรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่างๆ ผู้ป่วยจะมีลักษณะจำเพาะของโรคหรือกลุ่มอาการนั้นๆ หรือมีอาการและอาการแสดงของโรคที่ทำให้เกิดเบาหวาน

4) โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นโรคเบาหวานที่ตรวจพบจากการทำ glucose tolerance test ในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งภาวะนี้มักจะหายไปหลังคลอด ในกรณีที่มีระดับน้ำตาลที่เข้าได้กับการวินิจฉัยเบาหวานทั่วไปจากการตรวจครั้งแรกที่คลินิกฝากครรภ์จะถือว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานทั่วไป

**1.3 เกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน**

เกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคเบาหวานของสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกาและองค์การอนามัยโลก (WHO) ปี 2017 (American Diabetes Association : ADA, 2017) และประเทศไทยก็ใช้เกณฑ์นี้ในการวินิจฉัยโรคเบาหวานเช่นกัน เกณฑ์การวินิจฉัยดังต่อไปนี้

1.3.1 การตรวจหาระดับกลูโคสในพลาสมาหลังงดน้ำงดอาหารเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting venous plasma glucose : FPG) จากนั้นวินิจฉัยผลการตรวจดังต่อไปนี้

FPG < 100 mg./dl. ถือว่าไม่เป็นโรคเบาหวาน

FPG อยู่ในช่วง 100 – 125 mg./dl. ถือว่ามีความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหาร แต่ยังไม่เป็นโรคเบาหวาน

FPG ≥ 126 mg./dl. อย่างน้อย 2 ครั้ง ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

1.3.2 การตรวจหาระดับกลูโคสพลาสมาในเวลาใดก็ได้โดยไม่ต้องมีการงดน้ำงดอาหาร (Causal หรือ random venous plasma glucose CPG) ถ้าตรวจได้ระดับ ≥ 200 mg./dl. ร่วมกับมีอาการและอาการแสดงของโรคเบาหวานจะถือว่าเป็นโรคเบาหวาน

1.3.3 การตรวจหาความทนต่อกลูโคส คือ การตรวจหาระดับกลูโคสในพลาสมาหลังดื่มกลูโคส 75 กรัม นาน 2 ชั่วโมง (Oral glucose tolerance test : OGTT) จากนั้นวินิจฉัยผลการตรวจดังต่อไปนี้

OGTT < 140 mg./dl. ถือว่าไม่เป็นโรคเบาหวาน

OGTT อยู่ในช่วง 140 – 199 mg./dl ถือว่ามีความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มกลูโคส 2 ชั่วโมง แต่ยังไม่เป็นโรคเบาหวาน

OGTT ≥ 200 mg./dl. อย่างน้อย 2 ครั้ง ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

1.3.4 การตรวจวัดระดับ HbA1c คือ การตรวจหาค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดประมาณ 2 – 3 เดือนย้อนหลัง และต้องตรวจในห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานเท่านั้น หากผู้ที่มีระดับ HbA1c ระหว่าง 6.0 – 6.4 % ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และถ้าระดับ HbA1c ≥ 6.5 % จะถือว่าเป็นโรคเบาหวาน

**1.4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน**

โรคเบาหวานนั้นมีสาเหตุมาจากการที่ตับอ่อนสร้างอินซูลินได้น้อยไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายหรือสร้างได้มากพอแต่อินซูลินออกฤทธิ์ได้น้อยหรือสร้างอินซูลินไม่ได้เลยทำให้ร่างกายมีการนำน้ำตาลไปใช้ได้น้อยหรือไม่ได้เลย น้ำตาลจึงถูกเก็บไว้ในกระแสเลือดทำให้น้ำตาลในเลือดสูง ส่วนสาเหตุที่แท้จริงนั้นยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะป่วยเป็นโรคเบาหวานด้วยสาเหตุหลักๆ 2 ประการ คือ 1) สาเหตุที่มาจากพันธุกรรม เช่น มีพ่อ แม่ พี่ น้องสายเลือดเดียวกันป่วยเป็นเบาหวาน 2) สาเหตุที่ไม่ใช่พันธุกรรม เช่น โรคอ้วน ผู้ที่มีความผิดปกติของตับ ตับอ่อน การผลิตฮอร์โมนผิดปกติ ติดเชื้อไวรัส ภาวะเครียด เป็นต้น (สมเกียรติ โพธิสัตย์และคณะ, 2556)

**1.5 อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน**

1) ปัสสาวะบ่อยและมีปริมาณมาก เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินขีดจำกัดของไต คือ 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะทำให้น้ำตาลถูกขับออกมาทางปัสสาวะและดึงเอาน้ำออกมาด้วยเพราะเกิดออสโมติกไดยูเรซีส(osmotic diuresis) บริเวณท่อไต น้ำจึงเข้ามาบริเวณนี้มากทำให้ผู้เป็นเบาหวานมีอาการปัสสาวะบ่อยและนานๆในแต่ละครั้ง

2) คอแห้ง กระหายน้ำ เมื่อร่างกายเสียน้ำ เนื่องจากปัสสาวะบ่อยและมาก ศูนย์การควบคุมกระหายน้ำถูกกระตุ้น ทำให้รู้สึกกระหายน้ำ ผู้เป็นเบาหวานจึงดื่มน้ำมาก

3) หิวบ่อย กินจุ เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ จึงมีการสลายเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ มาใช้เป็นพลังงานเพื่อชดเชยภาวะนี้ ทำให้มีอาการหิวบ่อย รับประทานอาหารมาก

4) น้ำหนักลด เนื่องจากร่างกายต้องสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้ในเนื้อเยื่อไปใช้เป็นพลังงานทดแทนกลูโคส ทำให้มีการสูญเสียเนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อฝ่อ ลีบ น้ำหนักลดลง

5) เป็นแผลง่ายแต่หายยาก เนื่องจากอัตราการสร้างโปรตีนลดลงในขณะที่อัตราการสะลายโปรตีนเพิ่มขึ้น ทำให้การซ่อมแซมเนื้อเยื่อเกิดขึ้นช้าๆ และอาจมีอาการเนื้อเน่าตามปลายนิ้วมือนิ้วเท้า เนื่องจากหลอดเลือดตีบตันและปลายประสาทเสื่อม

6) คันตามผิวหนัง เนื่องจากผิวแห้ง หรือเป็นเชื้อราบริเวณซอกอับของร่างกาย เช่น ขาหนีบ อวัยวะเพศ เนื่องจากผู้เป็นเบาหวานติดเชื้อง่ายกว่าคนปกติ

7) ตามัว ชาตามปลายมือปลายเท้า และความรู้สึกทางเพศลดลง เนื่องจากความเสื่อมของปลายประสาท (สมเกียรติ โพธิสัตย์และคณะ, 2556)

**1.6 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน** (สมเกียรติ โพธิสัตย์และคณะ, 2556)

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทเฉียบพลันและประเภทเรื้อรัง ดังนี้

1.6.1 ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

1) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่สำคัญและเป็นอันตรายหากไม่ได้รับการแก้ไข ผู้เป็นเบาหวานควรมีความรู้เรื่องภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด การประเมินตนเองและการเฝ้าระวังโอกาสที่จะเกิดน้ำตาลต่ำในเลือด โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่สูงอายุ มีโรคแทรกซ้อนทางไต โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดได้

2) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) เป็นภาวะที่ก่อให้เกิดการตายหรือพิการได้ในผู้เป็นเบาหวานทั้ง 2 ชนิด บุคลากรที่ให้ความรู้ผู้เป็นเบาหวานควรให้ข้อมูลเรื่องภาวะน้ำตาลสูงในเลือด สาเหตุ รวมทั้งฝึกทักษะการดูแลตนเองในการป้องกันและแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาน้ำตาลในเลือดสูงได้อย่างถูกต้องและภาวะน้ำตาลในเลือดสูงนั้นยังสามารถแบ่งย่อยได้อีก 2 ประเภท นั่นก็คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดกรดคีโตนคั่ง (Diabetic Ketoacidosis, DKA) มักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 250 มก./ดล. ร่วมกับตรวจพบสารคีโตนในปัสสาวะ ผู้ป่วยจะมาด้วยหายใจอาการหอบลึก ซึม ร่วมกับภาวะขาดน้ำ ถ้าเป็นมากอาจทำให้หมดสติได้ และภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดไม่มีกรดคีโตนคั่ง (Hyperglycemic Hyperosmolar Nonketotic State-HHNS) มักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีสาเหตุจากการขาดยาลดระดับน้ำตาลในเลือด และมักมีเหตุนำร่วมด้วย ได้แก่ การติดเชื้อ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้ยาคอร์ติโคเสตียรอยด์จากยาชุด ยาลูกกลอนที่ผู้ป่วยซื้อมารับประทานเองหรือจากการรักษา ทำให้มีระดับน้ำตาลสูงมากจนเกิดอาการซึม ชัก และหมดสติได้ ตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 600 มก./ดล. ร่วมกับภาวะขาดสารน้ำ

**1.6.2 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง**

1) ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดใหญ่ (macrovascular) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด เกิดภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง (atherosclerosis) ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดใหญ่มากกว่าผู้ไม่เป็นเบาหวาน โดยมีโอกาสเกิดโรคหัวใจได้ 2 – 4 เท่า โรคหลอดเลือดสมอง 5 เท่า มีโอกาสถูกตัดขาสูง 15 – 40 เท่า โรคที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดใหญ่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบ

2) ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดเล็ก (microvascular) พบร้อยละ 20 – 30 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดเล็ก ได้แก่ เบาหวานขึ้นตา (retinopathy) เบาหวานลงไต (nephropathy) และปัญหาทางระบบประสาท (neuropathy)

1.8 **การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน** (ADA, 2017)

1.8.1 เป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมไดอย่างเป็นปกติสุข ปฏิบัติกิจวัติประจำวันช่วยเหลือตัวเองได้เหมือนคนปกติทั่วไป ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับเมตาบอลิซึมอื่นๆได้ดีที่สุดตามศักยภาพของผู้ป่วยจะทำได้ ในปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานยึดแนวทางเกณฑ์มาตรฐานของสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกาและองค์การอนามัยโลก ปี 2012 (ADA, 2017) ซึ่งได้มีเป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนี้

1) เป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง อยู่ในช่วง 70 – 130 mg./dl. หลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง ต้องไม่เกิน 180 mg./dl และ ระดับ HbA1c ต้องน้อยกว่า 7 %

2) เป้าหมายการควบคุมระดับไขมันในเลือด ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องมีระดับ Cholesterol อยู่ในช่วง 130 – 170 mg./dl. ระดับ LDL – Cholesterol ต้องน้อยกว่า 100 mg./dl. ระดับ Triglyceride ต้องน้อยกว่า 150 mg./dl. และระดับ HDL – Cholesterol ในผู้ชายต้องมากกว่า 140 mg./dl. และในผู้หญิงต้องมากกว่า 50 mg./dl.

3) เป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องมีระดับความดันโลหิตค่าบน (Systolic) น้อยกว่า 130 mmHg. และระดับความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) น้อยกว่า 80 mmHg.

4) เป้าหมายในการควบคุมน้ำหนักตัว ในผู้ป่วยโรคเบาหวานควรที่จะมีดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่า 25 kg/m2 ส่วนรอบเอวในผู้ชายควรน้อยกว่า 90 cms. และในผู้หญิงควรน้อยกว่า 80 cms.

**1.8.2 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน**

สามารถแบ่งได้ 2 แบบ คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแบบไม่ใช้ยาและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแบบใช้ยา ดังนี้

1) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแบบไม่ใช้ยาสามารถปฏิบัติได้หลายวิธี ได้แก่

1.1) การควบคุมอาหาร เป้าหมายที่สำคัญในการควบคุมอาหาร คือ การป้องกันไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และรักษาระดับน้ำตาลให้คงที่ ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัจจัยแทรกซ้อนต่างๆ คือ การงดรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของน้ำตาลหรือมีรสหวาน เช่น ของหวาน ขนมหวาน น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ อาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิหรือน้ำมัน เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน แกงกะทิ อาหารที่มีส่วนประกอบของแป้ง และ อาหารประเภทผัด ทอด เป็นต้น และเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์แก่ร่างกาย เช่น การรับประทานปลาแทนเนื้อสัตว์อื่นๆ รับประทานผักต่างๆและผลไม่ที่ไม่มีรสหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสม และมีภาวะโภชนาการที่ดี จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้ (สมาคมโรคเบาหวาน, 2557)

2) การออกกำลังกาย การออกกำลังกายมีผลต่อความสมดุลแห่งพลังงานในร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อใช้กลูโคสมากขึ้น ตัวรับอินซูลินไวต่อกลูโคส เหตุเหล่านี้จะทำอินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น นอกจากนี้การมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อส่วนที่ออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับหลอดเลือดฝอยขยายตัวระหว่างที่ออกกำลังกาย จะทำให้อินซูลินไปสู่กล้ามเนื้ออย่างพอเพียง แม้ว่าระดับอินซูลินในเลือดจะต่ำก็ตามการทำงานของกล้ามเนื้อมีผลทำให้ระดับอินซูลินในกระแสเลือดต่ำลงและมี counter regulatory hormones คือ glucagon, catecholamine, cortisol และ growth hormone สูงขึ้น ในภาวะเช่นนี้จะทำให้มีการเคลื่อนย้ายไขมันจากเนื้อเยื่อมาใช้เป็นพลังงาน และกระตุ้นให้ตับสร้างกลูโคส โดยผ่านกระบวนการสะลายน้ำตาลในตับเพิ่มมากยิ่งขึ้น การออกกำลังกายอาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นหรือลดลงก็ได้ ดังนั้นต้องเลือดวิธีการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับอายุและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเบาหวานแต่ละคนและต้องเหมาะสมกับภาวะโรคด้วย ปัญหาแทรกซ้อนของการออกกำลังกายที่พึงระวัง คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป และมีสารคีโตนสะสมในเลือด มักเกิดในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน ไม่ออกกำลังกายในช่วงเวลาที่ยาออกฤทธิ์สูงสุด และไม่ออกกำลังกายหักโหมเกินไป ถ้าจำเป็นต้องเล่นกีฬา ควรรับประทานอาหารว่างพวกคาร์โบไฮเดรตก่อนออกกำลังกาย (สมาคมโรคเบาหวาน, 2557)

3) การใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด มีความจำเป็น เมื่อตับอ่อนผลิตอินซูลินในปริมาณไม่เพียงพอ แม้ระยะแรกผู้ป่วยจะพยายามควบคุมเบาหวานด้วยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย แต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แพทย์ผู้รักษาจะพิจารณาให้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด อาจเป็นยาชนิดรับประทานหรือฉีดอินซูลิน หรือทั้ง 2 ชนิด ข้อควรระวังจากการใช้ยา คือ ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดโดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับอินซูลิน หรือยาชนิดรับประทานที่กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน ดังนั้นควรให้ข้อมูลการป้องกันและจัดการตนเองจากภาวะดังกล่าวจากการใช้ยา เช่น ให้พก น้ำหวาน น้ำตาล ทอฟฟี่ หรือขนม ติดตามตัวเวลาเดินทางและที่บ้าน(สมเกียรติ โพธิสัตย์และคณะ, 2556)

3.1) ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดเม็ด มีทั้งหมด 3 กลุ่ม ดังต่อไปนี้ 1) ยากลุ่มที่กระตุ้นการหลังอินซูลิน ได้แก่ ยากลุ่ม Sulfonylureas และ ยากลุ่ม Non – Sulfonylureas ลุ่มนี้จะไปกระตุ้นให้เบต้าเซลล์หลังอินซูลินเพิ่มขึ้นและช่วยให้เนื้อเยื่อตอบสนองต่ออินซูลินเร็วขึ้นและยังลดการสร้างกลูโคสที่ตับอ่อนอีกด้วย อาการข้างเคียงของยากลุ่มนี้ คือ คลื่นไส้ อาเจียน ตัวตาเหลือง ซีด เกล็ดเลือดต่ำ พบได้บ่อยที่สุด คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยเฉพาะยากลุ่ม Sulfonylureas 2) ยากลุ่มที่เพิ่มความไวต่อการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ได้แก่ ยากลุ่ม Biquanide โดยจะออกฤทธิ์เพิ่มการใช้กลูโคสของกล้ามเนื้อ ลดการสร้างกลูโคสที่ตับ ลดการดูดซึมกลูโคสจากทางเดินอาหาร อาการข้างเคียงของยากลุ่มนี้ คือ ท้องเสีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน มีกรดแลคติคั่งในเลือดอย่างรุนแรง 3) ยากลุ่มที่ลดการดูดซึมของกลูโคส ได้แก่ ยากลุ่ม Alpha – glucosidase inhibitor โดยจะออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซด์กลูโคสิเดสที่ผนังลำไส้ จึงทำให้การดูดซึมกลูโคสลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดจึงลดลงด้วย อาการข้างเคียงของยากลุ่มนี้ คือ ท้องเสีย ท้องอืด แน่นท้อง ปวดท้องได้บ่อย

3.2) ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดฉีด โดยทั่วไปอินซูลินจะใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 แต่สามารถใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ร่างกายของผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาชนิดเม็ดแล้วหรือการตอบสนองต่อยาลดลง หรือเกิดภาวะดื้อยา อินซูลินสามารถแบ่งตามระยะการออกฤทธิ์ได้เป็น 3 ระยะ คือ ออกฤทธิ์ระยะสั้น ออกฤทธิ์ระยะปานกลางและออกฤทธิ์ระยะยาว และยังมีชนิดพรีมิกซ์อินซูลินอีกด้วย อาการข้างเคียงของการใช้อินซูลิน ได้แก่ น้ำตาลในเลือดต่ำ มีอาการเจ็บปวดบริเวณที่ฉีด มีรอยบุ๋มในบริเวณที่ฉีด มีผื่นแดงตามร่างกาย บวม โซเดียมคั่งในร่างกาย มีภาวะดื้อต่ออินซูลิน

4) การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้  
ชีวิตประจำวันที่เคยปฏิบัติมาแบบเดิมๆเพื่อช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในหลอดเลือดและยังเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงอื่นๆที่จะเกิดผลเสียขึ้นกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การบริหารร่างกายที่เหมาะสมและการลดปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลกับโรคเบาหวาน คือ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดผลเสียต่อตัวผู้ป่วยนั้น ล้วนขึ้นอยู่กับธรรมชาติของพฤติกรรม ความเคยชิน แนวคิด ความเชื่อ แรงจูงใจและลักษณะนิสัยของแต่ละบุคคล

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเป็นการประเมินและสร้างความตระหนักในปัญหา ซึ่งอาจเป็นการให้ข้อมูล การตั้งคำถามที่ช่วยทำให้ฉุกคิดได้หันมามองตัวเอง เห็นภาพความเคยชินของตนเองจนเกิดความตระหนักในปัญหาและเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง แต่ละคนมีระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงไม่เท่ากัน บางคนอาจไม่คิดว่าเป็นปัญหาเลย บางคนอาจไม่เห็นว่าเป็นปัญหาแต่ลังเลที่จะเปลี่ยนแปลง บางคนต้องการเปลี่ยนแปลงแต่ยังไม่ได้เริ่มต้นลงมือทำ ขณะที่บางคนอาจพยายามเปลี่ยนแปลงแต่ยังทำไม่ได้สม่ำเสมอ ได้ทำบ้างไม่ได้บ้างและบางคนเปลี่ยนแปลงได้อย่างต่อเนื่องเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและความสุขในชีวิต ปัจจัยที่ช่วยให้คนเราปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล บางคนขาดความรู้และข้อมูลที่ถูกต้อง เมื่อได้รับข้อมูลหรือความรู้ที่ถูกต้องตรงกับส่วนที่ขาดก็อาจช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ เช่น เมื่อรู้ว่าน้ำผลไม้และนมเปรี้ยวมีน้ำตาลสูงมากไม่ควรดื่มและสามารถหยุดดื่มได้ หรือเมื่อรู้ว่าอาหารสำเร็จรูปมีเกลือสูงก็อาจรับประทานน้อยลงได้ เราจึงจำเป็นต้องประเมินความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยก่อนเพื่อเลือกข้อมูลที่ตรงจุด แต่ถึงอย่างไรการให้ความรู้นั้นยังไม่เพียงพอกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ บางคนไม่ตระหนักในปัญหา ขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องมีกระบวนการช่วยให้เห็นปัญหา เกิดแรงจูงใจและมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง บางคนตระหนักในปัญหาบวกกับมีแรงจูงใจในระดับหนึ่ง แต่ยังติดกับความเคยชินไม่รู้วิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือลองแล้วแต่ไม่สำเร็จทำให้เกิดความท้อใจหรือมีความเชื่อว่าตัวเองไม่มีทางทำได้ หากได้รับความช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นขั้นตอนจนทำให้เกิดความสำเร็จในก้าวเล็กๆ ทำให้เกิดกำลังใจในการเปลี่ยนแปลงต่อไปจนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นได้ (ประเวช ตันติพิวัฒนกุล, 2558)

**2. แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน**

**2.1 แผนเบาหวานแห่งชาติ (ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – 2559)**

แผนเบาหวานแห่งชาติเป็นแผนระยะยาว(สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ได้จัดทำแผนนี้ขึ้นมาโดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์ปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากโรคเบาหวานรวมทั้งแนวโน้มของโรคเบาหวานที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงไปของสังคม ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในโลกยุคโลกาภิวัตน์เป็นอย่างมาก แผนเบาหวานแห่งชาตินี้จะกล่าวถึงพันธะสัญญาของภาคส่วนต่างๆที่จะร่วมมือกันและช่วยกันดำเนินตามแผนเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ลดการเกิดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตาย และลดค่าใช้จ่ายสูญเสียไปกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และยังเป็นเวทีสำหรับการประสานงานและขอความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง แต่ยังไม่มีการกล่าวถึงเป้าหมายและกลไกเชื่อมโยงของการบริหารจัดการทรัพยากร (บุคลากร ความรู้ และงบประมาณ เป็นต้น) โดยทิศทางหลักๆของแผนนี้จะเป็นการเน้นการสร้างจินตนาการสุขภาพแบบใหม่ ต่อยอดความคิดเดิมที่น่าสนใจ มุ่งสู่การเป็นเอกภาพในระบบการสร้างสุขภาพของคนไทย เพื่อพัฒนาสุขภาวะองค์รวม (ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ) ร่วมมือกันทุกภาคส่วนในสังคมเพื่อสร้างสังคมสุขภาวะ น้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมาใช้เป็นหลักคิดและหลักปฏิบัติ ทั้งในชีวิตประจำวัน การบริหารจัดการ แนวทางพัฒนาสุขภาพในทุกด้าน ทุกมิติ ทุกระดับและยังเป็นการสานต่อแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 - 2554) อีกด้วย แผนเบาหวานแห่งชาตินี้สามารถแบ่งได้ 3 ระยะ ดังต่อไปนี้ 1) แผนระยะสั้น (ระยะ 1 ปี) ให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มเสี่ยง คือ เน้นการคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (อายุ พันธุกรรม) ให้ได้มากที่สุด เพื่อที่จะได้จัดการกับกลุ่มเสี่ยงไม่ให้กลายเป็นกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ กระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงโรคเบาหวานและผลกระทบที่จะตามมาและรนณรงค์ให้ประชาชนมีการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น และเพิ่มการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ให้ได้รับการรักษาอย่างเร็วที่สุดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน 2) แผนระยะกลาง ให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้ป่วย เน้นการลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับกลุ่มเสี่ยงเพื่อลดอัตราการเกิดโรค ลดภาวะอ้วนลงพุง ลดการรับประทานอาหารที่มีรสหวานหรือมีส่วนประกอบของน้ำตาล ปรับเปลี่ยนให้กลายเป็นวิถีชีวิตปกติ 3) แผนระยะยาว เน้นการลดอัตราป่วย ลดผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งแผนฉบับนี้ ยังต้องมีการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อความสมบูรณ์ต่อไป

**ประเด็นยุทธศาสตร์ของแผนเบาหวานแห่งชาติมีอยู่ทั้งหมด 3 ประเด็น** ได้แก่ ประเด็นที่ 1) แผนเป็นนโยบายของสาธารณสุขในทุกระดับ เน้นการขับเคลื่อนแผนลงสู่ชุมชนและสังคมเพื่อลดความเสี่ยงและลดโรค โดยมี 3 ยุทธศาสตร์ คือ สร้างกลไกขับเคลื่อนทางสังคมสู่ประชากรและสิ่งแวดล้อมให้ประชาชนสามารถจัดการปัญหาสุขภาพตนเองได้ สนับสนุนนโยบายสาธารณะให้เอื้อต่อสิ่งแวดล้อมในสังคมเพื่อลดเสี่ยงลดโรค และสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้ชุมชนสามารถจัดการปัญหาโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความเข้มแข็ง ยั่งยืนของชุมชน ประเด็นที่ 2) แผนเป็นการเน้นในเรื่องของระบบบริการสุขภาพและสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนสามารถจัดการปัญหาสุขภาพอันก่อให้เกิดโรคเบาหวานได้ โดยมี 2 ยุทธศาสตร์ คือ สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการและมีความครอบคลุมในเรื่องของการบริหารจัดการโรคเบาหวานมากขึ้น สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังเฝ้าระวังและติดตามเยี่ยมประเมินผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประเด็นที่ 3) การสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับระบบการสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยมี 2 ยุทธศาสตร์ คือ มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้และสามารถให้บริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน และสนับสนุนให้มีการพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา รวมถึงการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานในรูปแบบของงานวิจัยผลการดำเนินงานโรคเบาหวาน

**จุดมุ่งหมายสำคัญของแผนเบาหวานแห่งชาติ** เพื่อแก้ไข้ปัญหาโรคเบาหวานที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ลดการเกิดโรคเบาหวานในประชากรทั่วไป ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ลดอัตราการตายอันเนื่องมาจากโรคเบาหวาน และที่สำคัญ คือ ลดค่าใช้จ่ายทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติ

**2.2 มาตรฐานการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน**

หลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นจะต้องได้รับความร่วมมือของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายฝ่ายด้วยกันเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา ได้แก่ แพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยเบาหวาน ญาติผู้ดูแล รวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ โดยการดูแลรักษาจะเน้นในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบ Primary medical care การคุณภาพของการส่งต่อเมื่อเกิดปัญหาหรือเกินขีดความสามารถของผู้ดูแลรักษา การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีคุณภาพมาตรฐานสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ อัตราการเสียชีวิตและลดค่าใช้จ่ายที่เป็นปัญหาสำคัญทั้งของครอบครัวผู้ป่วย สถานบริการ และประเทศชาติ ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับโรคเบาหวานได้อย่างมีความสุขสามารถใช้ชีวิตได้อย่างคนปกติทั่วไป ไม่เป็นภาระให้กับครอบครัวและคนอื่นๆมากจนเกินไป มีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่เกิดความท้อแท้หมดหวังในชีวิตเนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต จากการทบทวนเนื้อหาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เหมาะสม ดังต่อไปนี้

2.2.1 แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) เป็นเครื่องมือสำหรับใช้ในการส่งเสริมคุณภาพของการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เหมาะสมกับทรัพยากร บริบทและวิถีชีวิตของสังคมไทย มีแนวทาง ดังนี้

2.2.1.1 การประเมินความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน มีการประเมินความเสี่ยงตั้งแต่ก่อนป่วย และป่วยเป็นโรคเบาหวานแล้ว ดังนี้

1) การประเมินความเสี่ยงก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานนั้น เพื่อค้นหาในประชาชนที่เจ็บป่วยแต่ยังไม่รู้ตัว ยังไม่มีการแสดงอาการเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาได้รวดเร็วลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งมีการเก็บข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพในประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในปีพ.ศ. 2551 – 2552 พบว่าหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคเบาหวาน

2) การประเมินความเสี่ยงขณะป่วยเป็นโรคเบาหวานแล้วนั้น การประเมินในช่วงนี้มีจุดม่งหมายหลักๆคือการลดและการชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการใช้แบบประเมิน risk stroke ซึ่งสามารถกระทำได้โดยง่ายไม่ต้องเจาะเลือดสามารถประเมินผู้ป่วยในชุมชนได้และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละรายได้อย่างมาก

โดยสรุปแล้วการประเมินความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจคัดกรองหาผู้ป่วยรายใหม่ จะช่วยค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตและป้องกันไม่ให้เกิดโรคเบาหวาน และช่วยให้ตรวจพบผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่แสดงอาการใดๆให้ได้รับการวินิจฉัย รักษาตั้งแต่เนิ่นๆเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนอีกด้วย

2.2.1.2 แนวทางการคัดกรอง การวินิจฉัยโรค และการประเมินทางคลินิกเมื่อแรกวินิจฉัยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การคัดกรองโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ที่มีภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 kg./m2, รอบเอวในผู้ชาย ≥ 90 cms., รอบเอวในผู้หญิง ≥ 80 cms.) และมีพ่อ แม่ พี่หรือน้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน 3) ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาลดความดันโลหิตอยู่ 4) มีระดับไขมันในหลอดเลือดผิดปกติ(Triglyceride ≥ 250 mg./dl., HDL Cholesterol ≤ 35 mg./dl.) 5) มีประวัติป่วยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4 kg. 6) เคยได้รับการตรวจคัดกรองแล้วพบว่าเป็น impaired glucose tolerance (IGT) หรือ impaired fasting glucose (IFG) 7) เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) 8) มีกลุ่มอาการของโรคถุงน้ำในรังไข่ (Polycystic ovarian syndrome) ผู้ใดที่มีความเสี่ยงหนึ่งในแปดข้อที่กล่าวมาควรส่งคัดกรองโรคเบาหวานโดยการเจาะเลือดตรวจน้ำตาลในหลอดเลือด ถ้าพบว่าน้ำตาลในหลอดเลือดปกติให้ตรวจซ้ำทุกปีหรือตามคะแนนความเสี่ยงที่ประเมินได้ในแต่ละบุคคล

การวินิจฉัยโรคเบาหวานกระทำได้โดยใช้วิธีหนึ่งในสี่วิธีดังต่อไปนี้ 1) ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน คือ ปากแห้งกระหายน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยและปริมาณมากๆโดยเฉพาะตอนกลางคืน น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้โดยไม่ต้องอดอาหารถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg./dl. ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานได้ 2) ตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังงดน้ำงดอาหาร 8 ชั่วโมง (FPG) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg./dl. ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานได้ 3) การตรวจหาความทนต่อกลูโคส (75 g. oral glucose tolerance test : OGTT) ถ้าได้ระดับพลาสมากลูโคสหลังดื่มน้ำตาล 2 ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg./dl. ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน 4) การตรวจวัดระดับ HbA1c ถ้าได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 6.5% ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

การประเมินทางคลินิกเมื่อแรกวินิจฉัยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานนั้นจะต้องได้รับการซักประวัติ ประกอบด้วย อายุ อาการ ระยะเวลาที่เกิดอาการ อาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การใช้ยา โรคที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน อาชีพ ลักษณะนิสัย การดำเนินชีวิต การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหาร ประวัติครอบครัว รวมทั้งการประเมินการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ตรวจร่างกาย ประกอบด้วย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต คลำชีพจรส่วนปลาย ฟังเสียง carotid bruit ตรวจผิวหนัง ช่องปาก คนหาภาวะแทรกซ้อนทั้งทางตา ไต หัวใจและเท้า การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย การเจาะเลือดเพื่อวัดระดับ FPG, HBA1c, total cholesterol, triglyceride, HDL-cholesterol, serum creatinine, ตรวจปัสสาวะ หากมีข้อบ่งชี้ของโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือผู้สูงอายุควรตรวจ EKG และเอ็กซเรย์ปอด และในรายที่ตรวจพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนให้ส่งตรวจโดยผู้เชี่ยวชาญต่อไป

2.2.1.3 การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ญาติผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน วิธีการดูแลรักษาโรคเบาหวาน เพื่อให้เกิดทักษะในการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม ให้ความร่วมมือในการรักษา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลรักษาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง และเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื้อหาที่เหมาะสมในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาตินั้นประกอบด้วย 1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 2) โภชนบำบัดที่เหมาะสม 3) การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคและวัยของผู้ป่วย 4) ยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวาน 5) การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดและการแปลผลด้วยตนเอง 6) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานและวิธีป้องกัน แก้ไข(ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง) 7) การูแลรักษาเท้า 8) การดูแลรักษาสุขภาพโดยทั่วไป 9) การดูแลในภาวะพิเศษ เช่น การตั้งครรภ์ การขึ้นเครื่องบิน การเล่นกีฬา การดินทางไกล การไปงานเลี้ยง เป็นต้น

2.2.1.4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อช่วยในการลดปัจจัยเสี่ยงและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีการปฏิบัติหลักๆอยู่ 3 ประการ คือ 1) การควบคุมอาหาร รวมทั้งพฤติกรรมเกี่ยวกับการกินและดื่มทุกอย่าง 2) การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดควรออกกำลังกายหนักปานกลางอย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ โดยออกกำลังกายวันละ 30 – 50 นาที และปฏิบัติ 3 – 5 วัน/สัปดาห์ 3) การสูบบุหรี่ ต้องสอบถามผู้ป่วยเบาหวานทุกรายเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ หากผู้ป่วยเบาหวานสูบบุหรี่ต้องแนะนำให้หยุดสูบและเลิกใช้ผลิตภัณฑ์อื่นๆของยาสูบด้วย

2.2.1.5 การใช้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ยาลดระดับน้ำตาลชนิดเม็ด ได้แก่ 1) ยากลุ่มที่กระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อน(sulfonylurea, non-sulfonylurea, gliptin) 2) ยากลุ่มที่ลดภาวะดื้ออินซูลิน(biguanide, glitazone) 3) ยากลุ่มที่ยับยั้งเอนไซม์ alpha-glucosidase ยาลดน้ำตาลชนิดฉีด ได้แก่ short acting insulin, intermediate acting insulin, rapid acting insulin analog, long acting insulin analog, premixed insulin

2.2.1.6 เป้าหมายหลักของการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 1) ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในหลอดเลือดสูง 2) ป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน 3) ป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรัง 4) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงกับบุคคลปกติทั่วไปให้มากที่สุด การติดตามและประเมินผลการรักษา ช่วงแรกๆที่ให้การรักษาผู้ป่วยอาจต้องนัดผู้ป่วยบ่อยๆทุก 1 – 4 สัปดาห์ เพื่อให้ความรู้เรื่องโรค การใช้ยาและการดูแลตนเอง ติดตามประเมินระดับน้ำตาลในหลอดเลือด ปรับยาไปเรื่อยๆจนผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีภายใน 3 – 6 เดือน ระยะต่อมาจึงติดตามประเมินผลการรักษาผู้ป่วยทุกๆ 1 – 3 เดือน แล้วแต่อาการของผู้ป่วย และใน 1 ปี ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจร่างกายอย่างละเอียด HbA1c, lipid profiles, ตรวจปัสสาวะ, ตรวจจอประสาทตา, ตรวจเท้า, ตรวจสุขภาพช่องปาก, ประเมินภาวะซึมเศร้า, ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่

2.2.1.7 แนวทางตรวจประเมินและรักษาภาวะแทรกซ้อนทางตาและทางไต

1) แนวทางการตรวจค้น วินิจฉัย ป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะจอประสาทตาผิดปกติจากโรคเบาหวาน คือ ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับการสอบถามอาการทางตาและได้รับการตรวจจอประสาทตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยต้องควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในหลอดเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย ผู้ป่วยที่เป็น severe NPDR/PDR/macular edema ควรได้พบจักษุแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาภาวะผิดปกติของจอประสาทตาที่เกิดจากโรคเบาหวานอย่างเร่งด่วนและควรได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์อย่างเหมาะสม

2) แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย การป้องกันและการดูแลรักษาโรคไตที่เกิดจากโรคเบาหวาน คือ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควรได้รับการตรวจหาโรคไตจากเบาหวานตั้งแต่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน และมีการติดตามประเมินซ้ำทุก 1 ปี เป็นอย่างน้อย ควรประเมินค่า eGFR โดยคำนวณจากค่า serum creaatinine ทุกปี ในระยะที่ผู้ป่วยยังไม่ตรวจพบ albuminuria ผู้ป่วยควรควบคุมระดับน้ำตาลในหลอดเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด และควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่น้อยกว่า 140/80 mmHg. อยู่เสมอ ส่วนในระยะที่ตรวจพบ albuminuria 30 – 299 mg./g.cr. ผู้ป่วยต้องพยายามควบคุมระดับน้ำตาลในหลอดเลือดและระดับความดันโลหิตให้อยู่ในค่าที่ใกล้เกณฑ์ปกติให้มากที่สุด ให้ยาลดความดันกลุ่มที่สามารถยับยั้งระบบเร็นนิน แองจิเท็นซิน หลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่มที่ทำอันตรายต่อไต ระยะที่มี albuminuria ตั้งแต่ 300 mg./g.cr. ขึ้นไป ผู้ป่วยจะต้องควบคุมระดับน้ำตาลในหลอดเลือดและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ใกล้เคียงปกติที่สุดเท่าที่สามารถทำได้และจำกัดโปรตีนให้อยู่ในระหว่าง 0.8 – 1 กรัม/นน.ตัว 1 กก./วัน ให้ยาลดความดันกลุ่มที่สามารถยับยั้งระบบเร็นนิน แองจิเท็นซิน และในระยะไตวายเรื้อรัง (end stage renal disease) นั้นผู้ป่วยควรได้รับการดูแลรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างเหมาะสม จำกัดปริมาณโปรตีนในอาหารให้น้อยกว่า 0.8 กรัม/นน.ตัว 1 กก./วัน

2.2.1.8 แนวทางการป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดสมองและหัวใจในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายควรได้รับการตรวจคัดกรองปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดโรคหลอเลือดสมองและหัวใจ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ประวัติโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจในครอบครัว ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในหลอดเลือดผิดปกติ ภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน การตรวจพบ albuminuria การป้องกัน คือ ผู้ป่วยต้องควบคุมระดับน้ำตาล-ไขมันในหลอดเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้เกิน 140/80 mmHg. เลิกสูบบุหรี่ และให้ยา aspirin 75 – 162 mg./day

2.2.1.9 แนวทางการคัดกรอง การป้องกันและดูแลรักษาเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนควรได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาเท้าด้วยตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจคัดกรองเท้าอย่างละเอียดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในส่วนของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางขึ้นไปควรได้รับการตรวจประเมินซ้ำทุก 1 – 6 เดือน แนวทางการป้องกันและการดูแลรักษาการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานแบ่งตามความเสี่ยงได้แก่ 1) กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ ควรได้รับการตรวจเท้าอย่างละเอียดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 2) กลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง ในรายที่พบว่ามีชีพจรที่เท้าเบาลงหรือ ABI < 0.9 ส่งพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และพิจารณาตัดรองเท้าหรืออุปกรณ์เสริมเท้าที่เหมาะสม 3) กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ส่งพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาโรคเบาหวานและการดูแลเท้าขั้นสูง พิจารณาตัดรองเท้าพิเศษที่เหมาะสมกับเท้าผู้ป่วย เน้นเรื่องการดูแลเท้าที่ถูกต้องอย่างเข้มงวด และนัดตรวจเท้าอย่างน้อยทุก 3 เดือน หรืออาจถี่ขึ้นตามความจำเป็น

2.2.1.10 การพัฒนาสถานบริการและตัวชี้วัดในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลแบบต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ โดยสถานบริการสามารถใช้กระบวนการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) โดยจะต้องมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถานบริการและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องในทุกมิติ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้เกิดความเท่าเทียมกันในเรื่องของการเข้าถึงบริการ ให้การบริการอย่างไร้รอยต่อเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วม ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชนและสังคมสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุขบนพื้นฐานความพอเพียง มีเหตุผลและพอประมาณ

2.2.2 มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (สำนักบริหารจัดการเฉพาะโรค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) การดูแลผู้ป่วยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจคัดกรองผู้ป่วยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

2.2.2.1 การส่งเสริมสุขภาพในเรื่องของการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงและการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมให้แก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานรวมทั้งการให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วย โดยการให้ความรู้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มเป้าหมายนั้นสามารถกระทำได้ทั้งแบบรายบุคคล รายกลุ่ม เนื้อหลักที่ควรให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายนั้นควรประกอบไปด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้ 1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 2) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน 3) โภชนบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน 4) การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน 5) ยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวาน 6) การดูแลรักษาสุขภาพทั่วไปและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 7) การดูแลรักษาเท้าที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2.2.2.2 การคัดกรองโรคเบาหวานในชุมชน คือ บุคคลทั่วไปควรได้รับการประเมินความเสี่ยงและตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ บุคคลที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีภาวะอ้วน(BMI ≥ 25 กก./ตรม.) ผู้ที่มีพ่อ แม่ พี่ หรือน้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน ผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีระดับไขมันผิดปกติ ผู้ที่เคยเป็นโรคเบากวานขณะตั้งครรภ์ หรือเคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4 กก. ผู้ที่เคยได้รับการตรวจคัดกรองแล้วพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคเบาหวาน

2.2.2.3 การรักษาโรคเบาหวานนั้นมีมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงกับค่าปกติให้มากที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติได้อย่างเป็นสุข ควบคู่ไปกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย สนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดจากโรคเบาหวานได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

2.2.2.4 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นตามเกณฑ์มาตรฐานแล้วผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ได้แก่ การตรวจจอประสาทตา การตรวจการทำงานของไต การตรวจระดับไขมันในหลอดเลือด การตรวจและประเมินภาวะผิดปติของเท้า เป็นต้น

**3. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน**

**3.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน**

3.1.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน (Oakley&Marsden,1984 อ้างใน นิตย์ ทัศนิยม และสมพันธ์ ทัศนิยม, 2555) คือ การที่ให้ประชาชน ชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ ให้อำนาจแก่ประชาชนในการเลือกปัญหาและคิดแก้ไขปัญหาด้วยตัวของเขาเอง ซึ่งแตกต่างจากแนวการปฏิบัติแบบเดิมที่เจ้าหน้าที่คิดแผนการนั้นๆเอาไว้แล้ว เพียงแต่ให้ประชาชนหรือชุมชนเข้าร่วมแผนการเท่านั้น โดยการมีส่วนร่วมนั้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีด้วยตนเองและเกิดความเข้มแข็ง ยั่งยืนภายในชุมชน ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นจะมีคุณลักษณะสำคัญอยู่ 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

การมีส่วนร่วม คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถใช้สิทธิ์ของตนเองได้อย่างเต็มที่ เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆได้ตามความเหมาะสม ให้โอกาสประชาชนได้มีสิทธิ์เข้ารับฟังหรือร่วมตัดสินใจในโครงการที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม (อรทัย ก๊กผล, 2552)

3.1.2 ระดับของการมีส่วนร่วม (วีณา เที่ยงธรรม และคณะ,2554) การมีส่วนร่วมนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับด้วยกัน คือ 1) การไม่มีส่วนร่วม (non participation) เป็นการมีส่วนร่วมระดับต่ำ คือ ประชาชนมีส่วนร่วมน้อยที่สุด เมื่อเจ้าหน้าที่หรือภาคส่วนต่างๆนำเทคโนโลยีหรือโครงการต่างๆเข้าไปในชุมชน โดยที่ประชาชนไม่ได้ให้ความสนใจ ไม่ให้ความร่วมมือ ไม่มีการแสดงความคิดเห็นใดๆ ไม่รับรู้ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับ 2) การเป็นผู้รับ (tokennism) เป็นการมีส่วนร่วมระดับกลาง คือ เจ้าหน้าที่จะเป็นผู้จัดแจงแผนการต่างๆ ประชาชนหรือชุมชนไม่ได้มีส่วนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แต่ประชาชนจะมีอำนาจตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่ก็ได้ 3) การควบคุมโดยประชาชน (citizen control) เป็นการมีส่วนร่วมระดับสูงสุด คือ ประชาชนหรือชุมชนมีบทบาทร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ และได้รับผลประโยชน์จากการร่วมมือตามโครงการนั้นๆ

3.1.3 ขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถแบ่งได้เป็น 10 ขั้นตอน (วีณา เที่ยงธรรม 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 ขั้นที่เจ้าหน้าที่ได้กระตุ้นให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นและเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหานั้นๆ โดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุดและมีเจ้าหน้าที่เป็นที่ปรึกษา

ขั้นที่ 8 คือ ขั้นที่เจ้าหน้าที่จะเป็นเพียงผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำโดยให้ประชาชนเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพวิถีชีวิตของคนในชุมชนเอง

ขั้นที่ 9 คือ ขั้นที่ประชาชนได้เลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาและมีการกำหนดกิจกรรมต่างๆเรียบร้อยและได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่เพียงเล็กน้อยเพื่อความถูกต้องและเหมาะสม

ขั้นที่ 10 คือ ขั้นที่ประชาชนกำหนดกิจกรรมและลงมือดำเนินกิจกรรมทั้งหมดเองโดยที่เจ้าหน้าที่นั้นมีหน้าที่เพียงสังเกตการณ์อยู่ภายนอกหรืออาจจะมีการเชิญให้เสนอความคิดเห็นบ้างเป็นบางโอกาสเท่านั้น

**3.2 การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน**

ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตความเป็นอยู่เพื่อให้มีความเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้ เพราะฉะนั้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในการดูแลรักษาสุขภาพและควบคุมโรคจำมีความจำเป็นอย่างยิ่ง (ลือชัย ศรีเงินยวงและคณะ, 2544 ) การดูแลรักษาสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นสามารถแบ่งออกได้ 3 ระยะ ดังนี้ 1) เป็นระยะที่มีการรับรู้ความน่ากลัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระยะนี้จะส่งผลเสียต่อตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานเองคือ ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ ส่วนผลดี คือ ผู้ป่วยจะมีแรงผลักดันในการดูแลตนเองให้ดีขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายจากโรคได้ 2) เป็นระยะของการลองผิดลองถูกในการแสวงหาการรักษาทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน แผนโบราณ พืชสมุนไพร เป็นต้น แล้วต่อจะสามารถสรรหาได้ และจากการได้รับคำแนะนำของบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคให้หายขาดได้ 3) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับการรักษา ยอมรับว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาเป็นระยะเวลานานหลังจากสรรหาวิธีการรักษามาหลายอย่าง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรับฟังคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ยอมรับการรักษาและเรียนรู้ที่จะอยู่กับโรคเบาหวานอย่างมีความสุข

**3.3 การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**

แนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) ประกอบด้วย

3..3.1 ด้านการพัฒนาระบบลงทะเบียนให้ครอบคลุมผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่ร่วมกันอสม.และแกนนำในชุมชนต้องช่วยกันสำรวจเชิงรุกในการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานเพื่อแบ่งกลุ่มให้ง่ายต่อการดูแลสุขภาพประชาชนออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วย(ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีภาวะแทรกซ้อน) จากนั้นจัดทำฐานข้อมูลประชากรโดยแบ่งตามกลุ่มที่ได้จัดไว้แล้ว ลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยทุกรายและจะต้องมีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลกับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกัน

3.3.2 ด้านการให้บริการในสถานบริการ ให้บริการตรวจสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปและหากพบผู้ป่วยสงสัยรายใหม่ให้ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย ให้บริการโรคเรื้อรังโดยดำเนินงานตามแนวทางเวชปฏิบัติ ติดตามประเมินผลการตรวจสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ลงบันทึกผลการตรวจและการให้บริการในแฟ้มประวัติ นัดหมายครั้งต่อไป มีการจัดระบบการติดตามผู้ป่วย รวมถึงการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเมินคุณภาพการบริการผู้ป่วยเบาหวาน ให้สุขศึกษาทั้งรายบุคคล และรายกลุ่มแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จัดระบบการให้คำปรึกษาทั้งผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยโรคเบาหวาน เตรียมความพร้อมด้านยา เวชภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ให้ได้มาตรฐานและพร้อมต่อการใช้งานอยู่เสมอ

3.3.3 ด้านการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ต้องมีการประชาสัมพันธ์การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานทราบ มีการนัดหมายกับโรงพยาบาลแม่ข่ายในการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการจัดการระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนให้ได้รับการรักษาและตามตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง บันทึกผลการตรวจคัดกรอง การส่งต่อและการรักษาในรายที่มีการส่งต่อ

3.3.4 ด้านงานเยี่ยมบ้าน มีการติดตามผลการรักษาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่บ้านอย่างเหมาะสมกับสภาพและบริบทของผู้ป่วย ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเบาหวานในรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เกิดความพิการตามมา สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองภาพในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมเพื่อสุขภาพในชุมชน

3.3.5 ด้านการสนับสนุนภาคีเครือข่ายในการจัดการโรคเบาหวาน นำเสนอข้อมูลสถานการณ์และสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องแก่ภาคีเครือข่าย สนับสนุนการจัดทำแผนพัฒนาตำบลเรื่องการจัดการโรคเรื้อรัง สนับสนุนการจัดระบบการคัดกรองและการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน กระตุ้นให้มีการจัดหาสถานที่ออกกำลังกายและอุปกรณ์การออกกำลังกายในชุมชน สนับสนุนให้มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของชมรมเพื่อสุขภาพ สนับสนุนให้มีกิจกรรมด้านการฟื้นฟูสมรรพภาพของผู้พิการภายในชุมชน

**3.4 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมต่อการวางแผนการดำเนินงาน**

3.4.1 เพื่อให้ค้นหาปัญหาและความต้องการที่แท้จริงในชุมชนและสามารถจัดอันดับความสำคัญของปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

3.4.2 เพื่อให้วิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาได้อย่างหลากหลายและครอบคลุม

3.4.3 เพื่อให้เลือกวิธีการและแนวทางการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูต้อง และวางแผนแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

3.4.4 เพื่อให้การดำเนินการตามแผนที่ได้วางไว้บรรลุเป้าหมายและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

3.4.5 เพื่อให้การติดตามและประเมินผลเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้

**4 การพัฒนาคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขด้วยกระบวนการ PDCA**

**วงจร PDCA** (วีรวิชญ์ เลิศไทยตระกูล, 2555)แนวคิดที่เกี่ยวกับวงจร PDCA นั้นได้ถูกนำมาพัฒนาและปรับใช้ในการควบคุมคุณภาพในวงการอุตสาหกรรมของญี่ปุ่น โดย Dr. William Edwards Deming จึงมีชื่อเรียกว่า Deming Cycle โดยมีความเชื่อว่า คุณภาพสามารถปรับปรุงได้ ดังนั้นกระบวนการ PDCA จึงเป็นแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพงานขั้นพื้นฐาน เป็นการกำหนดขั้นตอนการทำงานเพื่อสร้างระบบการผลิตให้สินค้ามีคุณภาพดี การให้การบริการดี หรือทำให้กระบวนการทำงานเป็นไปอย่างมีระบบโดยใช้ได้กับทุกๆสาขาวิชาชีพแม้กระทั่งการดำเนินชีวิตประจำวันของมนุษย์ ขั้นตอนของกระบวนการ PDCA มี 4 ขั้นตอน คือ

1) การวางแผน (P = Plan) การปฏิบัติงานทุกอย่างจะต้องมีการวางแผน เพราะการวางแผนจะทำให้มีความมั่นใจว่าจะสามารถทำงานได้สำเร็จ การศึกษาสถานการณ์ ระบุปัญหา การจัดอันดับความสำคัญของปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย กำหนดการดำเนินงาน กำหนดระยะเวลาการทำงาน กำหนดผู้รับผิดชอบ ผู้ดำเนินการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและมีการกำหนดงบประมาณที่จะต้องใช้จ่ายด้วย การเขียนแผนดังที่กล่าวมาสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของสถานการณ์ การวางแผนยังช่วยให้เราสามารถคาดการณ์สิ่งที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคตและช่วยลดความผิดพลาดหรือการสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้นได้

2) การปฏิบัติ (Do = D) เป็นขั้นตอนการลงมือปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้แล้วนั้น การดำเนินตามแผนอาจจะประกอบด้วยการมีโครงสร้างงานรองรับ มีวิธีการดำเนินงานที่เหมาะสมง่ายต่อการปฏิบัติและสามารถยืดหยุ่นได้ มีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจนและมีผลของการดำเนินงานด้วย

3) การตรวจสอบ (Check = C) เป็นของการประเมินผลการดำเนินงานว่าเป็นไปตามแผนที่ได้วางไว้หรือไม่ มีประเด็นใดบ้างที่สามารถปฏิบัติได้และไม่ได้ตามแผน หรือปฏิบัติแล้วไม่ได้ผลตามที่คาดการณ์ไว้ การตรวจสอบนี้จะทำให้ขั้นตอนการดำเนินการนั้นประสบผลสำเร็จตามแผนที่ได้วางไว้ การประเมินผลอาจจะประกอบด้วย การประเมินโครงสร้างที่รองรับการดำเนินการ การประเมินขั้นตอนหรือวิธีการดำเนินงานและการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนที่ตั้งไว้

4) การปรับปรุงแก้ไข (Action = A) เมื่อเราดำเนินการมาถึงขั้นตอนที่ 3 คือ การตรวจสอบแล้วพบว่ามีปัญหาหรือความผิดพลาดแล้วลงมือแก้ไข ซึ่งในขั้นนี้อาจพบว่าประสบความสำเร็จหรือพบข้อผิดพลาดอีกด้วย ต้องตรวจสอบเนื้อของงานเพื่อหาทางแก้ไขและประเมิน วิเคราะห์ว่ามีโครงสร้างหรือขั้นตอนใดที่ควรได้รับการปรับปรุงแก้ไขสิ่งที่ผิดพลาดหรือพัฒนาสิ่งที่ดีแล้วไห้ดียิ่งขึ้นไป จึงเป็นกระบวนการที่ไม่มีการหยุดนิ่งเป็นการพัฒนางานให้ดียิ่งๆขึ้นอย่างยั่งยืน

ข้อดี – ข้อเสียของการใช้กระบวนการ PDCA คือ ทำให้ผู้ปฏิบัติมีการวางแผนทำให้เกิดความพร้อมสามารถป้องกันปัญหาที่ไม่ควรเกิดได้ ทำให้ทราบขั้นตอน วิธีการและสามารถเตรียมงานล่วงหน้าหรือทราบปัญหาและอุปสรรคล่วงหน้าได้ทำให้เกิดความราบรื่นของงาน ช่วยลดความสับสนในการทำงานต่างๆมีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมและคุ้มค่า เป็นการปฏิบัติงานที่มีการตรวจสอบเป็นระยะทำให้การปฏิบัติงานมีความรัดกุมขึ้นและแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็วก่อนที่ปัญหานั้นจะก่อให้เกิดความเสียหายกับองค์กรไปมากจนไม่สามารถแก้ไขได้ มีการตรวจสอบที่นำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างง่ายทำให้ไม่เกิดปัญหาเก่าซ้ำขึ้นอีกหรือลดความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้นได้ในระดับหนึ่ง ถือเป็นการนำความผิดพลาดที่เกิดขึ้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขงานได้ เมื่อมีการตรวจสอบแล้วพบปัญหาทำให้สามารถนำมาแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็วและมีการวางแผนเพื่อปฏิบัติในวงต่อไป

**5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน**

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนนั้นพบว่า มีประเด็นในการดำเนินการจัดบริการสุขภาพเพื่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละชุมชน ซึ่งมีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

**5.1 การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานเบาหวาน**

สมคิด สันวิจิตร (2548) ได้ศึกษาการสร้างการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1) เป็นการศึกษาและวิเคราะห์การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ระยะที่ 2) เป็นการสังเคราะห์รูปแบบการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อนบ้าน อสม. สมาชิกอบต. ผู้นำชุมชนและพระสงฆ์ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม พบว่าวิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีความสัมพันธ์การการมีกิจกรรมต่างๆในชุมชนและการสนับสนุนการดูแลตนเองจากเครือข่ายที่ผู้ป่วยเป็นสมาชิกอยู่และรูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ควรประกอบด้วยการส่งเสริมด้านอาชีพ และการส่งเสริมการเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้เกี่ยวข้อง โดยแต่ละคนมีบทบาทที่แตกต่างกันแต่จะสามารถหนุนเสริมกันได้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องสร้างวิธีการเรียนรู้และการปรับตัวครอบครัวและชุมชนให้การสนับสนุนทางด้านสังคมตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล ส่วนการบริการสุขภาพโดยพยาบาลและทีมสหวิชาชีพนั้นมุ่งเน้นที่การมีข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างสมบูรณ์ การดูแลต่อเนื่อง การสนับสนุนให้ใช้แนวทางการดูแลรักษาหลายวิธีอย่างถูกต้อง

กัณชิตา เสริมสินสิริ (2552) ได้ทำการศึกษาการออกแบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานแบบมีส่วนร่วม โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผนแก้ไขปัญหาตามกระบวนการประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย 1) กิจกรรมบริการด้านสุขภาพ เช่น การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน การวินิจฉัย การรักษาและการให้คำแนะนำ 2) กิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษา 3) กิจกรรมการจัดโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น การอบรมให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพเพิ่มทักษะการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษาพบว่าประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างเหมาะสม

พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, (2553) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการใช้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูลจากลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วย ผู้ดูแล กลุ่มเสี่ยง อสม. ผู้นำชุมชน ผู้บริหารเทศบาล แพทย์ พยาบาลชุมชนและผู้ช่วยของพยาบาลชุมชน เพื่อวิเคราะห์กระบวนการใช้ข้อมูลของภาคประชาชนและภาควิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งทำให้เห็นกระบวนการใช้ข้อมูลหลักๆ 3 อย่าง คือ การค้นหาข้อมูล การเรียนรู้ข้อมูลและการนำใช้ข้อมูล และข้อมูลความรู้ที่จำเป็นต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยนั้นประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านสถานการณ์โรคในพื้นที่ ด้านการดูแลสุขภาพตามสภาพปัญหา ด้านการเฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติ ด้านแนวทางการปฏิบัติในกรณีเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และด้านการจัดการปัญหาเฉพาะด้าน และยังมีการพัฒนากระบวนการใช้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งมี 5 กระบวนการ ได้แก่ 1) การสร้างทีมในการพัฒนาระบบการใช้ข้อมูล 2) การพัฒนาศักยภาพของทีม 3) การเรียนรู้สภาพปัญหาจากสถานการณ์จริง 4) การออกแบบกระบวนการใช้ข้อมูล 5) การพัฒนากลไกหนุนเสริมกระบวนการใช้ข้อมูล ซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ยุพาพร มาพะเนาว์, (2552) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว โดยใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพบริการของ Donabedian และแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยใช้เครื่องมือ คือ แบบประเมินคุณภาพบริการผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวในคลินิกเบาหวาน แบบประเมินความพึงพอใจผู้ให้และผู้รับบริการ แบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับดีมาก ผู้ให้บริการมีค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายเก่าที่มีระดับน้ำตาลมากกว่า 250 mg% และครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 100 การพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวในคลินิกเบาหวานจะมีคุณภาพนั้นจะต้องได้รับความร่วมมือจากทั้งผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะต้องตอบสนองความต้องการซึ่งกันและกันได้อย่างเหมาะสม ในส่วนของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการนั้นจะต้องมีแนวทางการปฏิบัติและตัวชี้วัดที่เหมาะสมและชัดเจนเพื่อเพิ่มความมันใจในการปฏิบัติงานหรือการให้บริการ และในส่วนของผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวนั้นมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลรักษาสุขภาพได้อย่างเต็มที่และเหมาะสม

ดารณี มะลิหวล. (2551) ได้ศึกษาการพัฒนาการบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในโรงพยาบาลคง เพื่อพัฒนางานบริการผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกของโรงพยาบาล โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 30 คน และมีขั้นตอนในการศึกษา 3 ขั้นตอนด้วยกัน คือ 1) ขั้นเตรียมการ ทำการศึกษาสถานการณ์และปัญหาโดยใช้รูปแบบเดิมในการให้บริการของโรงพยาบาลคง เมื่อทราบถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับการให้บริการแล้วก็จัดการวางแผนแก้ไขปัญหาและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 2) ขั้นดำเนินการ นำเสนอสถานการณ์และสภาพปัญหาเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน จากนั้นก็มีการวางแผนแก้ไขปัญหาและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ร่วมกัน โดยการจัดกลุ่มให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและอสม. สอนทักษะในเรื่องของการปฏิบัติตนที่เหมาะสมและการดูแลสุขภาพของตนเอง จัดให้มีการให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่มทั้งทางตรงและทางโทรศัพท์ จัดให้มีทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลที่ทำงานร่วมกับทีมศูนย์สุขภาพชุมชนและอสม.จัดให้ศูนย์สุขภาพชุมชนตรวจระดับน้ำตาลในให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกๆ 2 สัปดาห์ 3) ขั้นประเมินผล ประเมินผลหลังจัดกิจกรรมให้กับผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์ สังเกต และใช้แบบสอบถาม เก็บรวมรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาพบว่าการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลคงนั้นมีการให้บริการหลายรูปแบบไม่มีแนวทางหรือรูปแบบที่ชัดเจนและการให้บริการขาดการต่อเนื่อง ผู้ให้บริการให้คำปรึกษายังไม่ครบองค์รวมและยังขาดความครอบคลุมในการให้สุขศึกษา ในการให้บริการในคลินิกเบาหวานและการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไม่เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลและอสม.มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และในส่วนของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลรักษาสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค หลังจากที่ได้จัดกิจกรรมในการพัฒนาการให้บริการในผู้ป่วยโรคเบาหวานแล้วนั้น ผลพบว่า คลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจน มีการดูแลอย่างต่อเนื่องและสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลและอสม.มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีความมั่นใจในการให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้นหลังจากได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและอสม.มีความรู้และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพอนามัยขอผู้ป่วยและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคได้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมระดับน้ำตาลในหลอดเลือดได้

**5.2 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน**

ปิยะดา บุตรกัณหา (2552) ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแล ผู้ให้บริการ และผู้นำชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง แบบบันทึกการสังเกตและแบบบันทึกรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ มีวิธีการศึกษาดังนี้ 1) ศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2) การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน 3) การประเมินผลภาพรวม ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเน้นการรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ผู้ดูแลและผู้นำชุมชนขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและให้การดูแลผู้ป่วยในบางกิจกรรมเท่านั้น และผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และมีการร่วมมือกันในการวางแผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้ 1) พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนสำหรับผู้ให้บริการ 2) การพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานสำหรับผู้ดูแลและผู้นำชุมชน 3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน 4) การพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน การประเมินผลพบว่า ผู้ให้บริการมีการปรับเปลี่ยนแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนและมีความพึงพอใจในการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและมีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมและให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน แก่ผู้ให้บริการ อสม. ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติและมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากทุกฝ่าย

เสาวณี กิตติทิพยานนท์ (2550) ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเพื่อทำความเข้าใจภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเองและการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน และรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเพื่อนำไปสู่กิจกรรมการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยใช้หลักวิธีการ RARE โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ให้บริการ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้น้อยกว่าร้อยละ 50 และมีภาวะแทรกซ้อน ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานไม่มีการควบคุมอาหาร ลืมรับประทานยาและไม่มีการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า กลุ่มผู้ดูแล มีหน้าที่พาผู้ป่วยไปตรวจตามนัดและประกอบอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานเท่านั้น การจัดบริการศูนย์สุขภาพชุมชน ให้บริการคลินิกโรคเบาหวานทุก 2 เดือน มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ สอนออกกำลังกาย ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน จากปัญหาที่พบจึงไม้มีการออกแบบบริการและดำเนินการแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยเบาหวานดังนี้ 1) อบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลเรื่องภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและการควบคุมอาหาร 2) จัดตั้งกลุ่มออกกำลังกายในหมู่บ้าน 3) จัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน 4) อบรมให้ความรู้แก่บุคลากรเรื่องการดูแลเท้า การตรวจประเมินแผลที่เท้าและถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวานแต่ละครั้ง 5) ให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคเบาหวานแก่ อสม. ผู้นำชุมชน และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 6) จัดตั้งชมรมป้องกันเบาหวาน จะเห็นได้ว่าการประยุกต์หลักการ RARE มาใช้ในการศึกษาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเป็นวิธีการที่บุคคลในชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ซึ่งแผนกิจกรรมที่ได้มาจากการมีส่วนร่วมของชุมชนจะนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอย่างยั่งยืนได้

ญาตาวี กาญจน์แก้ว (2553) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบ้านน้อยสามัคคี ตำบลตาดข่า อำเภอหนองหิน จังหวัดเลย ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแล กิจกรรมการเสริมสร้างความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้แก่อสม. และกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการพึงพอใจในบริการที่ได้รับและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติตนและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

สุพรรณี ศรีกงพาน (2550) ได้ทำการศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และองกรในพื้นที่ ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลพันดอน อ.กุมภวาปี จ.อุดรธานี โดยเป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยครอบครัว ชุมชน และองค์กรในพื้นที่มีส่วนร่วม โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาสาสมัครแกนนำผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน แกนนำจากชุมชน (กลุ่มสตรีแม่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ) และองค์กรในพื้นที่ (ผู้ใหญ่บ้าน อบต. สท.) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น ความเชื่อและการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองและการได้รับการดูแลจากครอบครัว โดยมีการปรับใช้แบบสอบถามจากขนิษฐา นันทบุตร และคณะ(2546) ผลการรวบรวมข้อมูลสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ดังต่อไปนี้ 1) ระดับครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเครียดทั้งจากปัญหาในครอบครัว ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่ไม่เพียงพอ 2) ระดับชุมชน พบว่า ในชุมชนไม่มีการสนับสนุนเรื่องการออกกำลังกาย ไม่มีการคืนข้อมูลปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้แก่ชุมชนได้รับทราบ ชุมชนไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวาน 3) ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า ในแผนพัฒนาตำบลนั้นยังไม่มีแผนงานโครงการที่รองรับเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังเลย และเมื่อพบสภาพปัญหาและผู้ศึกษาก็ได้จัดอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและมีการระดมความคิดจนเกิดรูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานตามบริบทของตำบลกุมภวาปีขึ้นมา โดยมีรูปแบบดังนี้ 1) รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานภาพในครอบครัว คือ ผู้ดูแลหลังรวมทั้งทุกคนในครอบครัวจะเป็นผู้กระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรคเพื่อลดปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พยายามหาเวลาเพื่อทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้ป่วยรวมทั้งด้านเศรษฐกิจภายในครอบครัวจะเน้นการใช้ชีวิตตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง 2) รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานภายในชุมชน คือ ชุมชนมีการส่งเสริมการออกกำลังกายโดยการจัดตั้งกลุ่มผู้นำออกกำลังกาย มีการประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรวมทั้งการป้องกันโรคเบาหวานภายในชุมชน มีการจัดตั้งกลุ่มทำดอกไม้จันเพื่อสร้างรายได้ให้แก่คนในชุมชน 3) รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ มีการจัดทำแผนและนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคเรื้อรังและจัดให้มีงบประมาณสนับสนุนการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ประเมินผลหลังการดำเนินงาน 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลมีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมกับโรค ชุมชนให้ความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาโรคเบาหวานมากขึ้นรวมทั้งแกนนำสุขภาพในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานมากขึ้น

ประวิทย์ เอี่ยมวิถีวนิช (2555) ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลห้วยยอดแล้วใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายมาได้กลุ่มตัวอย่าง 300 คน แล้วสัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ยังขึ้นอยู่กับญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย แพทย์ผู้รักษา วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ได้มาซึ่งผลการตรวจ ดังนั้น การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยนั้นจะใช้การตรวจเพียงการใช้ค่า FPG HBA1c อาจจะไม่สามารถประเมินระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ ควรต้องมีการตรวจระดับน้ำตาลหลังอาหาร (Postpandrial Glucose) ร่วมด้วย ซึ่งอาจจะเป็นการตรวจโดยผู้ป่วยเอง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. หรือสถานบริการใกล้บ้านเป็นผู้ตรวจให้

อารียา สกุลศรี (2553) ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชนเมยวดี กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ มีการเก็บข้อมูลโดยการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม ทำแผนที่ชุมชน และข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 11 – 15 ปี และส่วนใหญ่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้น้อย มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับโรค ขาดความตระหนักถึงผลเสียและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ผู้ดูแลและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานน้อย และการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในการจัดบริการยังไม่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรวมถึงไม่มีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่ บริบทและวิถีชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน เมื่อได้ข้อมูลแล้วมีการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและมีการจัดทำคู่มือเมนูพิชิตเบาหวาน คู่มือการดูแลเท้า แบบบันทึกการรับประทานยา แนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเบาหวานในภาวะฉุกเฉิน มีการจัดต้องกลุ่มออกกำลังกาย จัดทำแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานสำหรับอสม. และวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่แท้จริง หลังจากดำเนินกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจดีควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เจ้าหน้าที่มีแนวทางที่ชัดเจนและมันใจในการให้บริการ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้ทราบว่าโรคเบาหวานนั้นเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ทั้งต่อตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานเอง ผู้ดูแลร่วมทั้งชุมชน การรักษาโรคเบาหวานนั้นมีทั้งการรักษาโดยไม่ใช้ยา คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เลิกบุหรี่ สุราและการผ่อนคลายความเครียด และการรักษาด้วยยา เพื่อให้เข้ากับ lifestyle ของผู้ป่วยแต่ละบุคคล โดยมีเป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีนั้นผู้ป่วยต้องมีความตระหนักในการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาที่ถูกต้องตามแผนการรักษา การจัดการความเครียดและการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่และดื่มสุรา โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงชุมชนเข้ามาสนับสนุน และเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ ประสิทธิภาพในเรื่องของการจำจะไม่เอื้ออำนวย จำได้บ้างไม่ได้บ้าง หรือถึงแม้จะได้รับคำแนะนำไปพอกลับถึงบ้านลูกก็เป็นคนประกอบอาหารหรือจัดการชีวิตความเป็นอยู่ให้ผู้ป่วยเหมือนเช่นเคย ซึ่งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยเฉพาะญาติอาจจะไม่มีความรู้และทักษะที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในส่วนของการพัฒนาระบบบริการนั้นต้องมีการพัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการ พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการจัดทำคู่มือการให้ความรู้ แนวทางการปฏิบัติตัวและการติดตามผลการรักษา มีการจัดการระบบข้อมูลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพทั้งข้อมูลของสถานบริการและข้อมูลการส่งต่อและการรับการส่งต่อ ระบบการจัดบริการที่รวดเร็วและมีคุณภาพ มีการติดตามเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพและมีแนวทางการเยี่ยมบ้านแก่เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างชัดเจนเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง

การศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงได้นำกระบวนการ PDCA มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในชุมชนบ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ซึ่งเริ่มตั้งแต่การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ การตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติ การวางแผน การลงมือปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ การสะท้อนผลการปฏิบัติในระหว่างการปฏิบัติ ปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น และการประเมินผลในภาพรวมทั้งหมดของการทำกิจกรรม และในกระบวนการดังที่ได้กล่าวมานั้นได้มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนเข้ามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมเพื่อให้ได้มาซึ่งความร่วมมือกันของเครือข่ายและความมั่นคงและยั่งยืนในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการตามบริบทและวิถีชีวิตของคนในชุมชนอย่างแท้จริง ที่มีความแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆที่มีอยู่แล้วในเรื่องของวิถีชีวิตรวมถึงวัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของคนในชุมชน ที่มีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละพื้นที่จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการศึกษาและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในครั้งนี้

**บทที่ 3**

**วิธีดำเนินการศึกษา**

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนบ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ตำบลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งจะมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการและสภาพวิถีชีวิตความเป็นอยู่ตามบริบทของชุมชนโดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมมีบทบาทในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนบ้านคำไฮของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การสนทนากลุ่ม โดยมีรายละเอียดของวิธีการดำเนินการศึกษาดังต่อไปนี้

**1. พื้นที่การศึกษา**

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกบ้านคำไฮหมู่ที่ 8 ตำบลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ มีลักษณะชุมชนเป็นแบบชุมชนชนบท มีเกณฑ์การเลือกพื้นที่ คือ เป็นชุมชนที่มีประชากรทั้งหมด 630 คน แยกเป็นชาย 305 คนและหญิง 325 คน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 23 คน คิดเป็นร้อยละ 3.65 และผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้อยู่ในระดับดีมีน้อย จากการรวบรวมข้อมูลการตรวจระดับ HbA1c ปี 2556 – 2558 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ที่มีระดับ HbA1c > 7 ร้อยละ 88.89, 83.33, 100.00 ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางตา 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.52 แทรกซ้อนทางไต 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.52 และแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนปลายอีก 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.52 (รายงานข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน รพ.สต.บ้านคำไฮ, 2558) ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสนใจในการจัดกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและในชุมชนบ้านคำไฮนั้นมีทุนทางสังคมที่เป็นประโยชน์และเอื้อต่อพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและมีจุดเด่นในเรื่องของทรัพยากรบุคคลในเรื่องของการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนที่มีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรมทางด้านการพัฒนาชุมชนบ้านคำไฮเป็นอย่างดีอีกทั้งชุมชนนี้เป็นชุมชนที่อยู่ใกล้สถานบริการและเป็นชุมชนที่ผู้ศึกษารับผิดชอบงาน

**2. กลุ่มเป้าหมาย**

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนที่มีความยินดีและตอบรับการเข้าร่วมศึกษา โดยผู้วิจัยได้ทำการเลือกแบบเจาะจง มีทั้งหมด 3 กลุ่ม ประกอบด้วย

2.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกคนที่อยู่ในเขตพื้นที่บ้านคำไฮหมู่ที่ 8 จำนวน 23 คน สามารถสื่อสารด้วยภาษาพูดได้ดี อ่านหนังสือออก เขียนหนังสือได้ ถาม-ตอบรู้เรื่อง

2.2 ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ทำหน้าที่ดูแลและสนับสนุนด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานในครอบครัว สามารถสื่อสารด้วยภาษาพูดได้ดี อ่านหนังสือออก เขียนหนังสือได้ ถาม-ตอบรู้เรื่อง ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮและมีภูมิลำเนาอยู่ในบ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ตำบลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 23 คน

2.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในบ้านคำไฮหมู่ที่ 8 ตำบลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 15 คน

**3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

3.1 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

แนวคำถามประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ส่วนสูง น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด การใช้ยา

ส่วนที่ 2 การรับรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยมีประเด็นคำถาม ดังนี้ 1) การรับรู้เรื่องโรคเบาหวาน 2) การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเอง 4) ความต้องการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 5) ความต้องการให้ชุมชนเข้ามาสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ 6) ความต้องการให้เจ้าหน้าที่เข้ามาสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

3.2 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคเบาหวานชนิดที่ 2

แนวคำถามประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคประจำตัวและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยมีประเด็นคำถาม ดังนี้ 1) การรับรู้เรื่องโรคเบาหวาน 2) การช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3) ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ 4) ความต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

3.3 แบบสัมภาษณ์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน

แนวคำถามประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง มีประเด็นสำคัญ ดังนี้ 1) การรับรู้สถานการณ์โรคเบาหวานในชุมชน 2) การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 3) การดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน 4) ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน 5) ความต้องการในการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

3.4 อุปกรณ์เสริมที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.4.1 สมุดจดบันทึก ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ศึกษาจะทำการจดบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริงที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ การสังเกตพฤติกรรม การทำกิจกรรม การให้ความร่วมมือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมต่างๆ บรรยากาศต่างๆขณะทำกิจกรรม และผู้ศึกษาจะจดบันทึกไว้และนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์และวางแผนการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในครั้งต่อไปเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุด

3.4.2 เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูปและโทรศัพท์มือถือ เครื่องบันทึกเสียงใช้ในการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม เพื่อป้องกันการได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือข้อมูลตกหล่น กล้องถ่ายรูป ใช้ในการเก็บภาพบรรยากาศต่างๆ เช่น สภาพชุมชน อาคารบ้านเรือน บรรยากาศการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อนใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ และโทรศัพท์มือถือสามารถใช้ได้ทั้งการถ่ายภาพและการบันทึกเสียงในเครื่องเดียวซึ่งทำให้สะดวกสบายต่อผู้ศึกษาและเอาไว้เป็นอุปกรณ์สำรองจากเครื่องบันทึกเสียงและกล้องถ่ายรูป ซึ่งในการบันทึกเสียงและการถ่ายภาพนั้นจะต้องได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้ง

3.5 แบบบันทึกการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย คือ ชื่อ – สกุล อายุ ระยะเวลาที่ป่วย โรคแทรกซ้อน 2) ข้อมูลการรับประทานอาหาร คือ วันที่ มื้ออาหารที่รับประทาน รายการอาหารที่รับประทาน อาหารว่าง(ถ้ามี) ประเภทและปริมาณข้าวที่รับประทาน ปริมาณเครื่องปรุงที่ใช้ แหล่งที่มาของอาหาร ข้อมูลการดื่มเครื่องดื่มประเภทอื่นๆ เช่น กาแก โอวัลติน สุราและการสูบบุหรี่

**4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

แนวทางการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแนวทางการสนทนากลุ่มมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ อาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 1 ท่าน นายแพทย์ผู้รับผิดชอบเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลหนองกุงศรี จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ทำหน้าที่ case manager โรคเบาหวานของโรงพยาบาลหนองกุงศรี จำนวน 1 ท่าน ภายหลังที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ผู้ศึกษาได้ทำการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

**5. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล**

5.1 เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน ญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานจะรวบรวมจากรายชื่อผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานจากแฟ้มครอบครัวของทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ ในส่วนของอสม.และผู้นำชุมชนรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ และเจ้าหน้าที่จากเทศบาลตำบลคำก้าวก็ติดต่อประสานงานกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของเทศบาลเพื่อประสานงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน โดยรวบรวมรายชื่อผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดเพื่อประสานงานเข้าร่วมการศึกษา

5.2การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ของกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม ดังต่อไปนี้

1) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 23 คน มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเกี่ยวกับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน โดยลงสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่บ้าน ก่อนการเก็บข้อมูลผู้ศึกษามีการนัดหมายผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนล่วงหน้า 1 – 2 วัน เก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวก โดยจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูลทั้ง 2 ส่วนให้แล้วเสร็จในคราวเดียวกันซึ่งจะใช้เวลาสัมภาษณ์คนละประมาณ 45 นาที – 1 ชั่วโมง ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มนี้ประมาณ 2 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 6 – 15 มิถุนายน 2559 โดยมีกระบวนการ ดังต่อไปนี้

1.1) แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลหลัก และเนื่องจากผู้ศึกษาเป็นผู้รับผิดชอบงานการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและงานควบคุมป้องกันโรคอยู่แล้วจึงทำให้ผู้ศึกษามีความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นอย่างดีจากการทำกิจกรรมต่างๆในชุมชน และขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อทำการบันทึกภาพและเสียงในระหว่างการสัมภาษณ์

1.2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่บ้านผู้ป่วย ประเด็นในการสัมภาษณ์ใช้ตามแนวทางการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน บันทึกสิ่งที่สังเกตได้และถ่ายภาพในขณะการให้สัมภาษณ์ ใช้เวลาคนละประมาณ 45 นาที – 1 ชั่วโมง

1.3) หลังจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานเสร็จเรียบร้อยผู้ศึกษาจะนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปข้อมูลในแต่ละวัน เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าได้ข้อมูลที่ต้องการครบถ้วนแต่ถ้าหากมีประเด็นสงสัยหรือข้อมูลไม่ครบถ้วนจะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มเติมจนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

2) กลุ่มผู้ดูแลหลัก ทั้งหมดจำนวน 23 คน สัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และทำการสัมภาษณ์ที่บ้านในเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ก่อนทำการเก็บข้อมูลผู้ศึกษาได้ทำการนัดล่วงหน้าก่อนประมาณ 1 – 2 วัน เพราะผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นผู้ศึกษาจะเก็บข้อมูลให้แล้วเสร็จในคราวเดียวกันทั้ง 2 ส่วน การสัมภาษณ์แต่ละคนใช้เวลาประมาณ 45 นาที ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มนี้ประมาณ 2 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 6 – 15 มิถุนายน 2559 โดยมีรายละเอียดกระบวนการ ดังต่อไปนี้

2.1) แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลหลัก และเนื่องจากผู้ศึกษาเป็นผู้รับผิดชอบงานการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและงานควบคุมป้องกันโรคอยู่แล้วจึงทำให้ผู้ศึกษามีความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นอย่างดีจากการทำกิจกรรมต่างๆในชุมชน และขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อทำการบันทึกภาพและเสียงในระหว่างการสัมภาษณ์

2.2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่บ้านผู้ป่วย ประเด็นในการสัมภาษณ์ใช้ตามแนวทางการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน บันทึกสิ่งที่สังเกตได้และถ่ายภาพในขณะการให้สัมภาษณ์ ใช้เวลาคนละประมาณ 45 นาที

2.3) หลังจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานเสร็จเรียบร้อยผู้ศึกษาจะนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปข้อมูลในแต่ละวัน เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าได้ข้อมูลที่ต้องการครบถ้วนแต่ถ้าหากมีประเด็นสงสัยหรือข้อมูลไม่ครบถ้วนจะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มเติมจนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

3) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน จำนวน 15 คน ใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) จำนวน 1 กลุ่ม โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ก่อนจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ศึกษาได้มีการขอคำยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลแล้วจากนั้นทำการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ และขออนุญาตในการบันทึกภาพและเสียงขณะทำการสนทนากลุ่ม โดยใช้สถานที่ที่ใช้ในการสนทนากลุ่มในครั้งนี้ คือ ห้องประชุมเอนกประสงค์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ ก่อนการสนทนากลุ่มผู้ศึกษาได้ให้ผู้เข้าร่วมกรอกข้อมูลส่วนบุคคล ประมาณ 5 – 10 นาที จากนั้นเริ่มทำการสนทนากลุ่มโดยมีผู้ศึกษาทำหน้าที่เป็นประธานกลุ่มสนทนา (Moderator) กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้แสดงความคิดเห็นและขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮจำนวน 2 คน เป็นผู้จดบันทึกข้อมูล (Note taker) ผู้สังเกตการณ์ (Observer) และอสม.จากหมู่บ้านอื่นจำนวน 1 คนเป็นผู้ช่วยทั่วไป (Assistance) ในประเด็นที่น่าสนใจผู้ศึกษาจะขออนุญาตสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม ในการสนทนากลุ่มใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาทีและเมื่อสิ้นสุดการสนทนากลุ่มผู้ศึกษาจะข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และสรุปประเด็น หากยังมีข้อมูลที่ต้องการเพิ่มเติมหรือมีข้อมูลที่สงสัยอยู่จะให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเพิ่มเติมข้อมูลจนได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ก่อนการเก็บข้อมูลจะมีการนัดหมายก่อนล่วงหน้าประมาณ 1 – 2 วัน ในช่วงที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก โดยจะมีการสนทนากลุ่มในวันที่ 17 มิถุนายน 2559

**6. ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา** แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

6.1 ระยะเตรียมการ

6.1.1 ทำการศึกษาข้อมูลการการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮและข้อมูลปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย

6.1.2 ทำการคัดเลือกหมู่บ้านเป้าหมายที่จะทำการศึกษาเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานมีปัญหาสุขภาพและภาวะสุขภาพรวมถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในชุมชนที่หลากหลายมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือจากทั้งผู้ดูแลหลัก อสม. ผู้นำชุมชนรวมไปถึงเจ้าหน้าที่และระบบบริการเพื่อ พัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและสอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชุมชน ซึ่งหมู่บ้านที่ได้รับการคัดเลือก คือ บ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ตำบลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

6.1.3 ทำการแจ้งวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการศึกษาให้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ

6.1.4 สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ดูแลหลัก อสม.และผู้นำชุมชนเพื่อให้ได้รับความไว้วางใจและความร่วมมือจากชุมชนในระหว่างการดำเนินงานจนแล้วเสร็จ

6.1.5 สำรวจข้อมูลพื้นฐานของหมู่บ้านเป้าหมาย ด้วยการใช้ฐานข้อมูลและเอกสารแฟ้มข้อมูลในสถานบริการ การสัมภาษณ์ผู้นำ ปราชญ์ชาวบ้านและอสม. สังเกตสภาพความเป็นอยู่และวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนในชุมชน

6.1.6 สำรวจรายชื่อและข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนจากทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานในสถานบริการเพื่อทราบภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

6.1.7 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมการศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรงพยาบาลหนองกุงศรีแล้วว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และได้รับการรักษาและดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลหนองกุงศรีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ

6.2 ระยะดำเนินการ โดยใช้กระบวนการ PDCA ดังนี้

6.2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Plan) จากที่ได้ทำการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนโดยการเก็บรวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และได้ประเด็นปัญหาและสาเหตุของปัญหาเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้ศึกษาได้ดำเนินการนำเสนอข้อมูลต่อชุมชนเพื่อชี้แจงข้อมูลที่ได้จากการศึกษาชุมชนให้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อสม. คณะผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่จากเทศบาลตำบลคำก้าว ที่ห้องประชุมเอนกประสงค์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ ผู้ศึกษาได้นำเสนอข้อมูลสถิติโรคเบาหวาน สถานการณ์โรคและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการพัฒนา และได้มีการระดมความคิดร่วมกันวางแผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน และหลังจากนั้นจะร่วมตัดสินใจในการเลือกแนวทางและวิธีการปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเบาหวานและมีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน

6.2.2 ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (Do) เป็นขั้นตอนการดำเนินการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ซึ่งเป็นขั้นตอนการลงมือปฏิบัติตามแผนที่ได้วางเอาไว้ โดยดำเนินการให้กลุ่มเป้าหมายทั้งหมดได้มีการทดลองปฏิบัติ สะท้อนการปฏิบัติและปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมหรือมีส่วนบกพร่องเพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมที่สุด และดำเนินการติดตามประเมินผลหลังเสร็จสินกิจกรรมในขั้นตอนนี้จะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์การเรียนรู้และสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้

6.2.3 ขั้นการประเมินผล (Check) ผู้ศึกษาและชุมชนร่วมกันประเมินผลภาพรวมของการดำเนินงาน ที่ได้ปฏิบัติไปแล้วนั้นว่าได้ผลตามที่ความหวังไว้หรือไม่

6.2.4 ขั้นตอนการปรังปรุงแก้ไข (Action) เมื่อมีการตรวจสอบแล้วพบว่ามีปัญหาหรือความผิดพลาดแล้วลงมือแก้ไข ซึ่งในขั้นนี้อาจพบว่าประสบความสำเร็จหรือพบข้อผิดพลาดอีกด้วย ต้องตรวจสอบเนื้อของงานเพื่อหาทางแก้ไขและประเมิน วิเคราะห์ว่ามีโครงสร้างหรือขั้นตอนใดที่ควรได้รับการปรับปรุงแก้ไขสิ่งที่ผิดพลาดหรือพัฒนาสิ่งที่ดีแล้วไห้ดียิ่งขึ้นไป จึงเป็นกระบวนการที่ไม่มีการหยุดนิ่งเป็นการพัฒนางานให้ดียิ่งๆขึ้นอย่างยั่งยืน

**7. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล**

การศึกษาครั้งนี้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ทั้งข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตและข้อมูลทุติยภูมิ จึงมีการตรวจสอบเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังต่อไปนี้

7.2 ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้นำมาตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลและการได้มาซึ่งข้อมูลที่มีความเป็นจริงและความสัมพันธ์เป็นเหตุเป็นผลและมีความหนักแน่นพอในการอธิบายการสนับสนุนข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะต่างๆ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลมีการไว้วางใจจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้ศึกษา ผู้ให้ข้อมูลทุกคนล้วนแล้วแต่มีสติสัมปชัญญะที่ดีและมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์ กระบวนการศึกษา และมีเป้าหมายร่วมกัน ผู้ศึกษามีความคุ้นเคยกับประชาชนในชุมชนจากการทำงานร่วมกันด้วยดีมาโดยตลอด ทำให้ข้อมูลที่ได้เป็นจริงและสามารถยืนยันข้อมูลได้ว่ามีความเที่ยงตรงและไว้วางใจได้ว่าเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลมีความชัดเจน ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา มีการเตรียมพร้อมในการเก็บข้อมูลและความใส่ใจในการตรวจสอบข้อมูลของผู้ศึกษาเอง

7.3 ผู้ศึกษาได้เปรียบเทียบและตรวจสอบความแน่นอนของข้อมูล โดยการนำข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่างๆมาเปรียบเทียบกัน โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ควบคู่ไปกับการสังเกต ตรวจสอบจากบุคคลอื่นๆใกล้เคียง เช่น ผู้ดูแล อสม. เพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้เคียง

**8. การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ มีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยข้อมูลแต่ละประเภทนั้นผู้ศึกษาได้ทำการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

8.1 การจัดการข้อมูล มีการจัดหมวดหมู่ข้อมูลโดยการใช้รหัสแทนชื่อ – นามสกุลจริงของผู้ให้ข้อมูลในแบบสัมภาษณ์เพื่อให้ง่ายต่อการรวบรวมข้อมูลและเป็นการเก็บความลับของผู้ให้ข้อมูล โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้มีการจัดหมวดหมู่ข้อมูลไว้ 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นอักษรภาษาอังกฤษกับเลขอารบิกและส่วนที่เป็นภาษาไทยกับเลขอารบิก ดังนี้

8.1.1 ส่วนที่เป็นอักษรภาษาอังกฤษกับเลขอารบิก

DM คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

CG คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

8.1.2 ส่วนที่เป็นอักษรภาษาไทยกับเลขอารบิก

อสม. คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผู้นำชุมชน 1 คือ ผู้ใหญ่บ้าน

ผู้นำชุมชน 2 คือ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน

8.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

8.2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา อาชีพ รายได้ของครอบครัว การศึกษา

8.2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานและการรักษา ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ

8.3 ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปผลตามประเด็นที่ศึกษา

**9. จริยธรรมในการศึกษา** ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมในการศึกษา โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติ ดังนี้

9.1 หลักความเคารพในบุคคล เป็นการขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการศึกษา ซึ่งจะต้องได้รับการยินยอมจากผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกคนก่อนการเข้าร่วมกระบวนการศึกษา โดยจะมีการบันทึกคำยินยอมการเข้าร่วมโครงการไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ประกอบด้วย

9.1.1 การให้ข้อมูลที่มีความชัดเจนและเพียงพอเกี่ยวกับวัตถุประสงค์รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการโดยครบถ้วน

9.1.2 มีการตรวจสอบความเข้าใจของผู้เข้าร่วมกาศึกษา โดยผู้ขอความยินยอมมีการตรวจสอบความเข้าใจของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการเชิญเข้าร่วมการศึกษา

9.1.3 กลุ่มเป้าหมายสามารถตัดสินใจได้อย่างมีอิสระในการยินยอมการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาโดยปราศจากการขู่บังคับ การชักจูงเกินเหตุ การสร้างแรงกดดัน และหากมีคำถามในกิจกรรมต่างๆบ่างเรื่องที่ส่งผลต่อความรู้สึกหรือจิตใจของผู้เข้าร่วมการศึกษา ผู้เข้าร่วมการศึกษาสามารถปฏิเสธไม่ตอบคำถามนั้นๆได้ และหากผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่สมัครใจที่จะเข้าร่วมการศึกษาต่อสามารถถอนตัวหรือออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้น

9.1.4 ผู้ศึกษาเคารพในการเก็บรักษาความลับในข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการศึกษา ไม่มีการเปิดเผยความลับของผู้เข้าร่วมการศึกษาต่อสาธารณะ จากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ การจดบันทึก การบันทึกเสียง การบันทึกภาพและกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง มีการกำหนดรหัสแทนชื่อ – สกุล จริงของผู้เข้าร่วมการศึกษา เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้วมีการทำลายหลักฐานการให้ข้อมูลทันที การนำเสนอข้อมูลและผลการศึกษาจะมีการนำเสนอในภาพรวมและนำเสนอเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน

9.2 หลักการให้ประโยชน์ไม่ก่อเกิดอันตราย ผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกคนจะได้มีโอกาสในการเรียนรู้ร่วมกันและการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข้อเสนอแนะต่างๆในระหว่างการทำกิจกรรมเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ในการจัดโครงการผู้เข้าร่วมจะได้รับอาหารว่าง อาหารกลางวัน ตามความเหมาะสมเพื่อแสดงถึงน้ำใจและเป็นการชดเชยเวลาในการทำกิจกรรมในการศึกษาในครั้งนี้ ทุกกระบวนการศึกษาผู้ศึกษาได้คำนึงถึงความปลอดภัยและความไม่เป็นอันตราย ซึ่งการประเมินผลลัพธ์ในการดำเนินงาน เช่น การเจาะระดับน้ำตาลในเลือดที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายได้นั้นผู้ศึกษาได้จัดให้มีการดำเนินการในช่วงวันนัดที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับบริการอยู่แล้ว ตลอดจนการศึกษาครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดผลเสียหรือก่อให้เกิดความเสี่ยงใดๆแก่ผู้เข้าร่วมการศึกษา

9.3 หลักความยุติธรรม กลุ่มเป้าหมายทุกคนมีความเท่าเทียมกันในการได้รับคำเชิญเข้าร่วมการศึกษา โดยผู้ป่วยทุกคนจะได้รับคำเชิญในการเข้าร่วมการศึกษาและมีสิทธิ์ในการสมัครใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมอย่างเท่าเทียมกันทุกคน และจะไม่มีผลต่อการได้รับบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการตามปกติ ผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกคนมีสิทธิ์ที่จะให้ข้อมูล การเสนอข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะในประเด็นต่างๆ

**บทที่ 4**

**ผลการศึกษาและอภิปรายผล**

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพและการช่วยเหลือสนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงในชุมชน และพัฒนากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ณ หมู่บ้านคำไฮ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ อำเภอหนองกุงศรี ผลการศึกษามีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**1 ผลการศึกษา**

1.1 บริบทชุมชนที่ศึกษา

บริบทของชุมชนที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนบ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 สามารถสรุปรายละเอียดได้ ดังนี้

ชุมชนบ้านคำไฮเป็นพื้นที่ชนบทตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ห่างจากที่ว่าการอำเภอหนองกุงศรี เป็นระยะทาง 6 กิโลเมตร และอยู่ห่างจากจังหวัดกาฬสินธุ์เป็นระยะทาง 65 กิโลเมตรการคมนาคมขนส่งสะดวกสบายมีถนนทางหลวงชนบทตัดผ่านหมู่บ้าน มีรถบัสและรถตู้โดยสารประจำทางซึ่งวิ่งผ่านหมู่บ้านทุก 30 นาที – 1 ชั่วโมง ซึ่งวิ่งรับ – ส่งผู้โดยสาร ไป – กลับ ระหว่างจังหวัดกาฬสินธุ์และจังหวัดอุดรธานี ถนนสัญจรภายในและบริเวณรอบๆหมู่บ้านเป็นถนนคอนกรีตและทางลูกรังบางสาย พื้นที่รอบๆหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นที่ลุ่มสลับกับที่ดอน เหมาะสำหรับการทำนา และ ปลูกพืชไร่ ซึ่งเป็นอาชีพหลักของประชาชนในหมู่บ้าน

แหล่งอำนวยความสะดวกภายในหมู่บ้าน มีร้านค้าในหมู่บ้านจำนวน 5 ร้าน ซึ่งแบ่งเป็นร้านสะดวกซื้อขายข้าวของอุปกรณ์เครื่องใช้ทั่วไป มีทั้งขนม อาหารสำเร็จรูป ของใช้ภายในบ้านต่างๆ ยาสามัญประจำบ้านและยาอื่นๆ เครื่องดื่มชูกำลังประเภทต่างๆ จำนวน 3 ร้าน ส่วนอีก 2 ร้าน เป็นร้านขายอาหารและแผงลอย ซึ่งจะมีสินค้าทั้งของใช้จำเป็นภายในครัวเรือน อาหารสำเร็จรูป เครื่องปรุงรสต่างๆ บุหรี่ สุรา เครื่องดื่มชูกำลังชนิดต่างๆ รวมทั้งอาหารปรุงสำเร็จพร้อมรับประทานที่แม่ค้าทำขายในช่วงเย็นๆในแต่ละวัน นอกจากร้านค้าภายในหมู่บ้านแล้วยังมีรถเร่ตลาดนัดมาขายของใช้ทั่วไป เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม อาหารสด อาหารแห้ง อาหารปรุงสำเร็จพร้อมรับประทานที่เวียนกันเข้ามาขายภายในหมู่บ้านทุกวันมีทั้งแบบวางขายที่ศาลากาลงบ้านและขับรถวนขายรอบๆหมู่บ้านเพื่อให้ชาวบ้านได้เลือกซื้อได้อย่างทั่วถึง รวมถึงมีตลาดนัดชุมชนที่หน้าโรงเรียนหน้าหมู่บ้านที่เป็นตลาดจำหน่ายสินค้าภายในชุมชนที่ทางเทศบาลจัดขึ้นให้ประชาชนนำสินค้าประเภทต่างๆไปวางจำหน่าย ส่วนใหญ่จะเป็นอาหารพื้นบ้านและผู้ที่มาซื้อก็จะมีทั้งคนในหมู่บ้านเอง ทำให้ชาวบ้านสามารถเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปได้ง่ายและสะดวกมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้หมู่บ้านนี้อยู่ห่างจากตัวอำเภอไม่มากนักจึงทำให้ประชาชนสามารถไปซื้อของที่ตลาดใหญ่และร้านสะดวกซื้อภายในตัวอำเภอได้ง่ายและสะดวกสบายโดยใช้รถจักรยานยนต์ รถยนต์ส่วนตัวหรือรถโดยสารประจำทาง

ลักษณะทางประชากร สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจและพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน ประชากรกลางปี จากการสำรวจวันที่ 1 กรกฎาคม 2559 มีจำนวนหลังคาเรือน 136 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมด 630 คน แยกเป็นชาย 305 คนและหญิง 325 คน ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานที่ต้องทำงานทั้งรับจ้าง ทำไร่ ทำนา ทำสวน และไปทำงานต่างอำเภอและต่างจังหวัดบ้างเป็นบางส่วนทำให้วิถีชีวิตค่อนข้างเร่งรีบมีการแข่งขันกันสูงขึ้นการรับประทานอาหารก็ต้องเร่งรีบไปด้วย รับประทานอาหารถุง อาหารปรุงพร้อมรับประทานจากร้านค้าเพิ่มมากขึ้น ประชาชนส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดีซึ่งส่งผลทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชนมีความเป็นอยู่ค่อนข้างดี มีค่านิยมในการรับประทานอาหารนอกบ้าน อาหารสำเร็จรูปและอาหารปรุงสำเร็จพร้อมรับประทานในแต่ละวันที่รีบเร่งจากการทำงานมาทั้งวัน ประชาชนส่วนใหญ่ชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวานเป็นส่วนหนึ่งของมื้ออาหารแต่ชอบปฏิเสธว่าตนเองไม่ชอบหวาน เช่น รับประทานมะม่วงสุก มะขามหวาน กล้วย มะละกอสุก น้อยหย่าสุก ละมุด กับข้าวเหนียว ซึ่งผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานจะชอบมากและบอกว่ากินข้าวไม่ค่อยได้ ไม่อร่อย ต้องกินกับผลไม้สุก และประชาชนส่วนใหญ่จะชอบรับประทานอาหารที่มีรสชาติมันและเค็ม เช่น การรับประทานเนื้อหมูหรือเนื้อวัวติดมัน การรับระทานอาหารที่ปรุงโดยใช้วิธีผัดหรือทอดคนทำอาหารรับประทานเองน้อยลง หรือเมื่อมีโอกาสสำคัญต่างๆก็จะรวมกลุ่มกันรับประทานอาหารหรือไปรับประทานอาหารตามร้านอาหารที่เป็นแบบบุฟเฟ่หรือจ่ายค่าอาหารตามรายหัว เช่น ร้านหมูกระทะ ส่วนคนที่ทำงานต่างจังหวัดหรือในกรุงเทพก็จะกลับบ้านในวันหยุดยาวช่วงเทศกาลต่างๆ และมีการจัดเลี้ยงสังสรรค์รับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม เช่น ขนมจีนน้ำยากะทิ แกงเขียวหวาน แกงกะทิ ของหวานต่างๆ เช่น แกงบวดฟักทอง กล้วยบวชชี มันเชื่อม สังขยาฟักทอง ลอดช่องน้ำกะทิ เป็นต้น รวมทั้งการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ น้ำหวาน น้ำอัดลม โดยจะมีการรวมตัวกันเพื่อกินเลี้ยงทั้งที่บ้านเป็นระบบเครือญาติขนาดเล็กและกลางรวมไปถึงการจัดเลี้ยงตามงานบุญประเพณีที่ศาลากลางบ้านหรือที่วัดแล้วรวมตัวกันเพื่อรับประทานอาหารโดยไม่จำกัดปริมาณและไม่มีอาหารที่ควบคุมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีผู้ป่วยหลายคนบอกว่ารับประทานอาหารหรือมีพฤติกรรมแบบนี้เฉพาะในช่วงที่มีเทศการเท่านั้นคงไม่ทำให้เกิดผลเสียอะไรกับร่างกาย อีกทั้งยังพบว่าประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสมและต่างให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา ไม่มีที่ออกกำลังกาย การทำงานในไร่ในสวนก็ถือว่าเป็นการออกกำลังกายเหมือนกัน เป็นต้น โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนที่ไม่ค่อยมีใครออกกำลังกาย ถึงแม้จะมีบางคนที่ออกกำลังกายแต่ก็ยังเป็นการออกกำลังกายที่ไม่มีแบบแผนและระยะเวลาที่ชัดเจน เช่น เดิน แกว่งแขน เป็นต้น

สถานพยาบาลหลักด้านสุขภาพของชุมชน คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮซึ่งให้บริการทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน ทั้งการให้บริการเชิงรับในสถานบริการ คือการให้บริการในสถานบริการตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วย มารับบริการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรคหรือมีปัญหาสุขภาพที่สามารถมารับบริการที่สถานบริการได้ ให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย การให้บริการคลินิกโรคเบาหวานของรพ.สต.บ้านคำไฮนั้น จัดขึ้นเดือนละ 1 ครั้งมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ในระดับหนึ่งซึ่งทางรพ.หนองกุงศรีจะส่งต่อมารับบริการที่รพ.สต.ประมาณเดือนละ 46 คน วันที่มีบริการคลินิกโรคเบาหวานจะจัดทำขึ้นร่วมกับคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โดยจะมีขั้นตอนการให้บริการ คือ เช้าของวันที่มีคลินิกประมาณเวลา 06.00 น. เจ้าหน้าที่รพ.สต.จะทำการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือกและวัดความดันโลหิตให้แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการโดยผู้ป่วยทุกคนจะมาเองในตอนเช้า บางคนลืมวันก็จะไม่ได้มารับยาในวันนั้นแต่จะมารับยาในวันอื่นๆหรือวันนัดครั้งต่อไป หลังจากรับบริการเจาะน้ำตาลในเลือดเสร็จผู้ป่วยก็จะรับประทานอาหาร คือ เจ้าหน้าที่รพ.สต.ได้บริจาคข้าวและทำข้าวต้มไว้ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในวันคลินิกได้รับประทาน หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่จะจัดให้ผู้ป่วยนั่งรอรับการตรวจและรับยาจากเจ้าหน้าที่พยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่เภสัชกรที่มาจากรพ.หนองกุงศรี หลังจากรับยาเสร็จผู้ป่วยจึงจะสามารถกลับบ้านได้ประมาณ 11.00 – 12.00 น. ฉะนั้นผู้ป่วยจะต้องมารับบริการและรอรับยาในวันคลินิกประมาณ 5 – 6 ชั่วโมงจึงจะได้กลับบ้าน ซึ่งเป็นเวลาที่นานพอสมควรและผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงบางคนก็ไม่สามารถรอรับยาได้เพราะต้องไปทำงานหารายได้เลี้ยงครอบครัว ไม่มีวิธีการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างเหมาะสม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานจะจัดในรูปแบบการให้คำแนะนำรายบุคลเท่านั้นและมีการให้คำแนะนำเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้นและผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถจดจำรายละเอียดการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและส่วนใหญ่ยังต้องได้รับการดูแลจากญาติทั้งเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วย การให้คำแนะจำจะเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ. 2 ส. คือ การควบคุมอาหารและอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การจัดการอารมณ์และความเครียดส่วนตัวอย่างเหมาะสม ลด ละ เลิก การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ญาติผู้ป่วยไม่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเลย อาสาสมัครสาธารณสุข ญาติผู้ป่วย และชุมชนไม่ค่อยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการให้บริการเชิงรุกนอกสถานบริการหรือในชุมชน จะมีทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ คือ มีการให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่มีการระบาดในพื้นที่ เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุในชุมชน การให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบในประชาชนที่มีอายุ 20 – 50 ปี ที่มีการระบาดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยเจ้าหน้าที่รพ.สต.และอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นประจำทุกปีเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และกลุ่มเสี่ยงเพื่อรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและขึ้นทะเบียนการรักษาต่อไป เมื่อก่อนทางสถานบริการเคยมีการจัดโครงการเต้นแอโรบิคเพื่อให้ประชาชนได้ออกกำลังกายแต่เนื่องด้วยไม่มีความต่อเนื่องของผู้นำเต้นและงบประมาณที่มาสนับสนุนจึงทำให้ต้องล้มเลิกไป และมีการจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยยึดหลัก 3 อ. 2 ส. แต่ยังไม่มีแนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้และกลุ่มที่ควบคุมได้ในชุมชน ไม่มีกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้แก่ญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชนเพื่อให้มีความรู้ความสามารถและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนอย่างถูกต้องและเหมาะสม สถานบริการมีการจัดโครงการงานบุญปลอดเหล้าในชุมชนโดยมีการแจกจ่ายสมุนไพรเพื่อให้นำไปต้มเป็นเครื่องดื่มที่ใช้ในงานต่างๆ เช่น กระเจี๊ยบ เตย อัญชัน ว่านกาบหอย เป็นต้น แต่ก็ไม่ค่อยได้รับผลตอบรับดีเท่าที่ควรประชาชนยังมีการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และน้ำหวาน น้ำอัดลมอยู่เหมือนเดิม และบางงานที่ได้รับสมุนไพรมาแต่ก็มีการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เทใส่ขวดเครื่องดื่มอื่นเพื่อให้ดูเหมือนว่าเป็นงานบุญปลอดเหล้าจริงๆ

จากการรวบรวมข้อมูลการตรวจระดับ HbA1c ปี 2556 – 2558 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ที่มีระดับ HbA1c > 7 ร้อยละ 88.89, 83.33, 100.00 ตามลำดับ ซึ่งขัดแย้งกับข้อมูลของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เจาะจากปลายนิ้วที่มารับยาตามคลินิกโรคเบาหวานในทุกเดือนที่มีค่าระดับน้ำตาลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 130 – 180 mg% และพบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางตา 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.69 แทรกซ้อนทางไต 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.69 และแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนปลายอีก 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.69 โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 คน และโรคเรื้อรังอื่นๆ จำนวน 3 คน ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส จำนวน 23 คน

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ ผู้ดูแลหลัก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน พบว่า ผู้ดูแลหลักไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมหรือโครงการเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และก่อนหน้านี้ไม่เคยมีการจัดการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างเหมาะสม ผู้ดูแลไม่ค่อยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนผู้ใหญ่บ้านมีการติดต่อประสานงานกับรพ.สต.และภาคีเครือข่ายในการช่วยเหลือและดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างเป็นอย่างดี มีส่วนร่วมในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคตามโครงการเพื่อสุขภาพต่างๆที่เจ้าหน้าที่รพ.สต.ได้จัดทำขึ้น แต่ยังไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนและการรับรู้สถานการณ์ ความชุกและแนวโน้มของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก็ได้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรคในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่ ทั้งการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็กแรกเกิด – 5 ปีในเขตพื้นที่ การคัดกรองโรคติดต่อไม่เรื้อรังร่วมกับเจ้าหน้าที่ การรณรงค์ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่ และเข้าร่วมกิจกรรมทางส่งเสริมสุขภาพที่ทางรพ.สต.จัดขึ้นด้วยดีเสมอ แต่อาสาสมัครสาธารณสุขยังไม่มีความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ มีอาสาสมัครเพียง 3 คนเท่านั้นที่ได้รับการอบรมเป็นอสม.เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและมีความรู้สามารถเจาะน้ำตาลในเลือดและวัดความดันโลหิตได้อย่างมั่นใจ และเทศบาลมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสงเสริมสุขภาพในชุมชนในเรื่องงบประมาณในการจัดกิจกรรมต่างๆและตอบรับความช่วยเหลือต่างๆที่ทางรพ.สต.เสนอไปแต่ยังไม่มีการเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆโดยเฉพาะการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน แต่ทุกส่วนยังไม่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนเท่าที่ควร ทุกกลุ่มยังคิดว่าการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนไม่ใช่หน้าที่และความรับผิดชอบของตน และยังไม่เห็นว่าการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขและไม่คิดว่าเป็นปัญหาของชุมชนที่จะต้องช่วยกันดูแลและแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมกับชุมชนมากที่สุด

จากการศึกษาบริบทชุมชนทำให้เห็นว่าชุมชนแห่งนี้เป็นชุมชนชนบทที่กำลังจะกลายเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท จนทำให้ประชาชนในชุมชนมีวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปมีความเร่งรีบมากยิ่งขึ้น ทำให้เลือกบริการที่มีความสะดวกรวดเร็วเพื่อตอบสนองกับการดำเนินชีวิต เช่น การเลือกรับประทานอาหารถุงปรุงสำเร็จพร้อมรับประทาน การรับประทานอาหารตามรถเร่ขายหรือตลาดนัดหรือแม้กระทั่งการออกไปรับหระทานอาหารนอกบ้านเพื่อประหยัดเวลาในการประกอบอาหารและเลือกรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม และไม่มีการควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทานอย่างการรับประทานอาหารที่ร้านบุฟเฟ่ มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ น้ำหวาน น้ำอัดลม และอาหารรสจัด เช่น ขนมจีนน้ำยากะทิ แกงเขียวหวาน แกงกะทิ และของหวานชนิดต่างๆ ในงานบุญประเพณีของชุมชน ประชาชนขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกายที่มีแบบแผนและมีระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนไม่ค่อยมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนให้ประชาชนรวมถึงผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมถึงแม้จะเคยมีกิจกรรมที่จัดขึ้นในชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในชุมชนแต่ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ สถานบริการยังขาดแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนและระบบบริการในคลินิกโรคเบาหวานยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน จึงสมควรที่จะมีการพัฒนาวิธีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมรวมถึงผู้ดูแลหลัก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน

1.2 ศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพและการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงในชุมชน

1.2.1 การรับรู้เรื่องโรคเบาหวาน ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.2.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2   
 ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 23 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.3 มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี ร้อยละ 52.2 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 64 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 73.9 จบการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 100 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 82.6 รายได้ต่ำสุด น้อยกว่า 2,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 4.3 รายได้สูงสุด รายได้ต่อเดือนของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ที่ประมาณมากกว่า 4001 - 5,000 บาท ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 34.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามลักษณะประชากร (n = 23)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ลักษณะประชากร | จำนวน(N) | ร้อยละ |
| 1. เพศ |  |  |
| - ชาย | 5 | 21.7 |
| - หญิง | 18 | 78.3 |
| 2. อายุ |  |  |
| 40 – 49 ปี | 1 | 4.4 |
| 50 – 59 ปี | 5 | 21.7 |
| 60 – 69 ปี | 12 | 52.2 |
| 70 ปีขึ้นไป | 5 | 21.7 |
| X = 64, Min = 41, Max = 85 |  |  |
| 3. สถานภาพสมรส |  |  |
| คู่ | 17 | 73.9 |
| หม้าย | 6 | 26.1 |
| 4. การศึกษา |  |  |
| ประถมศึกษา | 23 | 100.0 |
| 5. อาชีพ |  |  |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 4 | 17.4 |
| เกษตรกรรม | 19 | 82.6 |

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามลักษณะประชากร (n = 23) (ต่อ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ลักษณะประชากร | จำนวน(N) | ร้อยละ |
| 6. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว |  |  |
| น้อยกว่า 2,000 บาท | 1 | 4.3 |
| 2,000 – 3,000 บาท | 3 | 13.1 |
| 3,001 – 4,000 บาท | 6 | 26.1 |
| 4,001 – 5,000 บาท | 8 | 34.8 |
| มากกว่า 5,000 บาท ขึ้นไป | 5 | 21.7 |

1.2.1.2 ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะป่วยด้วยโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 5 – 10 ปี ร้อยละ 60.9 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ไม่มีโรคแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 73.9 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุดอยู่ในช่วงมากกว่า 181 mg.% ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 34.8 ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.0 – 29.9 คิดเป็นร้อยละ 47.8 ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ใช้ยาลดน้ำตาลชนิดเม็ด จำนวน 2 ชนิดขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 65.2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 87.0 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 82.6 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามภาวะสุขภาพ (n = 23)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ภาวะสุขภาพ | จำนวน(N) | ร้อยละ |
| 1. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน  น้อยกว่า 5 ปี  5 – 10 ปี  มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป | 3  14  6 | 13.0  60.9  26.1 |
| 2. โรคแทรกซ้อน  ไม่มีภาวะแทรกซ้อน  มีโรคแทรกซ้อน  - ภาวะแทรกซ้อนทางตา  - ภาวะแทรกซ้อนทางไต  - ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนปลาย | 17  6  2  2  2 | 73.9  26.1  33.3  33.3  33.3 |

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามภาวะสุขภาพ (n = 23) (ต่อ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ภาวะสุขภาพ | จำนวน(N) | ร้อยละ |
| 3. ระดับน้ำตาลในเลือดล่าสุด  70 – 130 mg%  131 – 160 mg%  161 – 180 mg%  มากกว่า 181 ขึ้นไป | 7  4  4  8 | 30.4  17.4  17.4  34.8 |
| 4. ดัชนีมวลกาย(BMI)  น้อยกว่า 18.5 (น้ำหนักน้อย)  18.5 – 24.9 (น้ำหนักปกติ)  25.0 – 29.9 (น้ำหนักเกิน)  30.0 – 34.9 (โรคอ้วนระดับ 1) | 3  8  11  1 | 13.1  34.8  47.8  4.3 |
| 5. การใช้ยาเม็ดลดน้ำตาล  1 ชนิด (metformin 500 mg.)  2 ชนิดขึ้นไป  - metformin + glipizine  - metformin + glibencamine | 8  15  11  4 | 34.8  65.2  73.3  26.7 |

1.2.1.2 การรับรู้เรื่องโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่เรื่องเรื่องโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อนและการรักษา เพราะเป็นโรคเบาหวานมานานหลายปี เจ้าหน้าที่ก็บอกอยู่ตลอดแต่ผู้ป่วยขาดความตระหนัก ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่รับรู้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังเป็นแล้วไม่หายขาดต้องกินยารักษาไปตลอดชีวิต แต่มี 2 คนบอกว่าหายได้เพราะคนรู้จักบอกว่าเขาเป็นแล้วหายแล้วไม่ได้กินยาอีก ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าโรคเบาหวานเกิดจากคนอ้วน คนชอบกินหวานและเกิดจากพันธุกรรมแต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าการไม่ออกกำลังกาย การดื่มสุรา ความเครียดจะเป็นสาเหตุของโรคเบาหวาน ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยต่อไปนี้

“ฉันบ่ฮู้ดอกคุณหมอว่าโรคเบาหวานมีน้ำตาลหลายปานได๋จังสิว่าเป็นเบาหวานเพราะว่าบ่เคยมีไผบอก หมอกะบอกยุว่ายายเจ้าเป็นเบาหวานเด้อ”(DM2, 2559)

“พ่อใหญ่ลีบอกว่าเลาเป็นเบาหวานแต่ตอนนี้บ่ได้กินยาแล้ว เซาแล้ว แต่ข่อยกะเป็นมาหลายปีแล้วยังบ่เซายุ หมอให้กินยากะกินไปจังซั่นหล่ะ”(DM6, 2559)

“คุณหมอกะบอกยายดู๋ยุดอกว่าเป็นจังได๋ แต่ยายจำบ่ได้ดอกคุณหมอเดียวนี้มันหลงหมอให้กินยายากะกินไปจังซั่นหล่ะ แต่ว่าเรื่องกินยายคะลำคักเด้คุณหมอ ยายกินแต่ปลา” (DM1, 2559)

ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่รู้ว่าระดับน้ำตาลเท่าไรจึงจะถือว่าเป็นโรคเบาหวาน และมีผู้ป่วย 10 คนไม่กลัวอันตรายที่เกิดจากโรคเบาหวานเพราะเป็นมาตั้งหลายปีไม่เห็นมีอะไรและคนอื่นเขาก็เป็นกันหลายคน ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะบอกได้ว่าอาการของโรคเบาหวานจะมีปัสสาวะบ่อย ปากแห้ง คอแห้ง กระหายน้ำ น้ำหนักลด วิงเวียนศีรษะได้เพราะเปรียบเทียบกับอาการของตนเอง ช่วงแรกของการเริ่มเป็นโรคเบาหวานผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าไปรับการตรวจเพราะ กลางคืนปัสสาวะบ่อยมากนอนไม่ค่อยหลับอยู่หลายเดือน พอไปตรวจหมอก็บอกว่าเป็นโรคเบาหวาน มี 1 คนบอกว่าแต่ก่อนตนเองเป็นคนอ้วนแล้วหลายเดือนก่อนน้ำหนักลดลงเรื่อยๆเบื่ออาหารกินข้าวได้น้อย คนข้างบ้างเลยบอกว่าน่าจะเป็นเบาหวานเพราะเขาเคยเห็นคนที่เป็นแล้วมีอาการแบบนี้ พอไปตรวจก็พบว่าน้ำตาลในเลือดสูง ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยต่อไปนี้

“ตอนข่อยเป็นเบาหวานแรกๆจากคนอ้วนๆ จ่อยลงบักคัก กินข้าวกะบ่แซบ ว่าแม่นสิบ่ยังแล้วตั๊วะ พ่อใหญ่มาเฮียนข้างๆเลาว่าเคยเห็นคนเป็นจังซี้แล้วเป็นเบาหวาน ข่อยกะเลยไปหาหมอ หมอกะบอกว่าเป็นเบาหวานอิหลี” (DM2, 2559)

“ข่อยลุกขึ้นเยี่ยวยามกลางคืนว่าแม่นเป็น 10 เทื่อพุ้นหล่ะช่วงแรก ว่าแม่นจะของเป็นหยังจ่อยลงบักคัก คนอื่นเขาจนว่าเป็นโรคตับ” (DM11, 2559)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกไม่ได้ว่าโรคเบาหวานต้องได้รับการดูแลอย่างไร มี 4 คนบอกได้ว่าต้องไม่กินของหวานและกินยาตามที่หมอให้มา การใช้สมุนไพรเพื่อรักษาโรคเบาหวานสำหรับผู้ป่วยนั้นส่วนใหญ่บอกว่าไม่ได้กิน มีผู้ป่วย 1 คนบอกว่ากินยาต้มรักษาเบาหวานที่ญาติซื้อมาให้จากจังหวัดสกลนคร ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่บอกไม่ได้ว่าโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้างเพราะตนเองไม่เคยมีอาการแต่มี 2 คนบอกว่ามีอาการตามัว และ 4 คนบอกว่าชาตามปลายมือปลายเท้า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบอกไม่ได้ว่าภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะมีอาการอย่างไรเพราะบางเดือนตันเองมีระดับน้ำตาล 200 – 300 ก็ไม่เห็นมีอาการอะไร มีผู้ป่วย 3 คนบอกว่าเมื่อน้ำตาลในเลือดสูงจะมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบอกได้ว่าภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจะมีอาการ เหงื่อแตก ใจสั่น กระวนกระวาย ใจหวิวๆ เพลียเหมือนจะเป็นลม และเมื่อมีอาการแล้วผู้ป่วยเบาหวานจะกินน้ำหวานที่มีติดบ้านไว้อยู่แล้ว ผู้ป่วย 2 คน บอกว่าถ้ามีอาการน้ำตาลต่ำจะเคี้ยวข้าวเหนียว 2 – 3 คำ แล้วอาการจะดีขึ้น ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยต่อไปนี้

“พี่น้องข่อยเอายาต้มมาให้แต่สกลพุ้นคะเจ้าบอกว่าเป็นยารักษาเบาหวานทางพุ้นเขากินกันหลายข่อยกะเลยเอามาต้มกิน หัวแต่กินได้อาทิตย์เดียวกินแล้วกะไคยุแด้หล่ะคุณหมอ” (DM18, 2559)

“เดือนได๋น้ำตาลสิสูงยายกะฮู้เลยเพราะว่ายามแลงมามันเยี่ยวดู๋แล้วกะถ้าเดือนได๋น้ำหนักลงน้ำตาลสิสูง ถ้าน้ำหนักเพิ่มน้ำตาลสิลง”(DM10, 2559)

“ยามเบาหวานข่อยลงนี่ฮู้เลยเหงื่อข่อยสิออกว่าแม่นคนอาบน้ำใหม่พุ้นหล่ะ เอาน้ำแดงมากินจักหน่อยกะไค” (DM14, 2559)

“กินยามาโดนหลายปีแล้วกะบ่เซาดอกมีแต่สิตายก่อนนั่นหล่ะแฮงกินยาหลายไตแฮงสิวาย” (DM6 , 2559)

1.2.1.3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานอาหารตามปกติไม่มีการควบคุมอาหารหรือรับประทานอาหารเฉพาะโรค ทุกคนรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก รับประทานของหวานตามปกติ ผู้ป่วยบอกว่าถ้าไม่ได้รับประทานของหวานหรือผลไม้ที่มีรสหวานเลยมันจะรู้สึกไม่ค่อยดี แต่ถ้าได้รับประทานของหวานแล้วจะรู้สึกดีทั้งวัน มีผู้ป่วย 2 คน บอกว่าตนเองควบคุมอาหารได้ดีตลอด ไม่รับประทานอาหารที่มีรสหวานเลย ไม่ชอบกินของหวานแต่ถ้าอยากกินจริงๆจะกินเพียงคำสองคำพอให้รู้รสชาติ ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“คั่นมื้อได๋บอได้กินของหวานมันบ่เป็นตาอยู่ตั๊วะหมอ มันกินข้าวบ่ค่อยแซบ แต่ถ้าได้กินอิหยังหวานๆแล้วมันลื่นคอดี”( DM2, 2559)

“หมอกะบอกยุนั่นหล่ะว่าให้กินข้าวจ้าวแต่ยายกินแล้วมันบ่อยู่ท้อง บ่พอคาวกินหิวแล้ว เฮ็ดเวียกบ่ได้” (DM17, 2559)

“ยายกะกินข้าวแต่กับหมากไม้ บักม่วงสุกแน บักขามหวานแน บักเขียบแน บักกล้วยแนไปจังซั่นหล่ะคุณหมอเอ้ย เฒ่าแล้วกินข้าวกับหยังกะบ่แซบ พออยู่นำหมากไม้นี้หล่ะ” (DM4, 2559)

การออกกำลังกายผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าการทำงาน ทำไร่ ทำสวนก็เป็นการออกกำลังกายแล้ว ไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายอีก มีผู้ป่วย 3 คนบอกว่าตนออกกำลังกายโดยการเตะขาแกว่งแขนแต่ใช้เวลาในการออกกำลังกายไม่ถึง 30 นาทีและไม่มีเหงื่อออกและไม่มีการออกกำลังกายอย่างเป็นประจำสม่ำเสมอ ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าตนเองไม่มีเวลาออกกำลังกายและไม่รู้ว่าจะออกกำลังกายแบบไหน ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“ยายเฮ็ดเวียกเฮ็ดงานยุเบิดมื้อไปไฮ่ไปนาตากแดดเหงื่อแฮงออกหลายคักกว่าออกกำลังกายพุ้นตั๊วะ” ( DM7, 2559)

“ผมกะออกกำลังทุกมื้อยุเด้คุณหมอ ตื่นเช้ามากะเตะขาเตะแข้งชกมวยจักคาวแล้วจังไปเฮ็ดแนวอื่น” (DM5, 2559)

เรื่องของการเผชิญความเครียด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบอกว่าตนไม่มีความเครียดอะไร มีผู้ป่วย 3 คนบอกว่าก็มีคิดเรื่องลูกเรื่องหลานบ้างเป็นบางครั้ง ส่วนผู้ป่วย 1 คนบอกว่าบางวันก็คิดเรื่องโรคที่ตนเองเป็นอยู่ว่าวันไหนจะหาย วันไหนจะได้เลิกกินยา กินยามากๆกลัวไตวาย คนอื่นๆก็ค่อยๆตายไปทีละคนๆ ผู้ป่วยเบาหวาน 3 คน สูบบุหรี่เป็นประจำประมาณวันละ 4 – 20 มวน และไม่คิดว่าการสูบบุหรี่จะมีผลกระทบต่อโรคเบาหวาน และมีผู้ป่วย 2 คน ดื่มสุราเป็นประจำสัปดาห์ละ 2 – 3 ครั้ง ครั้งละ 1 – 2 แก้ว ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“บางเทียข่อยกะนอนบ่ค่อยหลับเด้หมอย่อนคิดนำโรคนี่หล่ะว่ามื้อได๋สิเซา มื้อได๋สิได้เซากินยา กินยาหลายๆกะย่านไตเบิดไตเสื่อม น้องซายข่อยยุบ้านอื่นกะเป็นเบาหวานตายไปแล้ว”( DM1, 2559)

“กินเหล้าสูบยาหมอกะบอกให้เซายุดออกแต่ว่าผลเซาบ่ได้ดอกคุณหมอ เหล้ากะโดนๆจังได้กิน แต่ว่ายาสูบนี่สูบทุกมื้อบ่ได้ตั๋วดอกกินข้าวออกมันหล่ะอยากสูบโล้ด ว่าสิเซาหลายเทื่อแล้วมันเซาบ่ได้ ผมกะว่าแม่นมันบ่เกี่ยวกับโรคเบาหวานแหล่ว” (DM22, 2559)

ด้านการใช้ยาผู้ป่วยทุกคนได้รับยาแบบรับประทาน ส่วนใหญ่จะได้รับยาลดน้ำตาลคู่กัน 2 ตัว คือ Metformin(500 mg.) ร่วมกับ Glipizine(5 mg.) หรือ Glibencamide(5 mg.) มีผู้ป่วยเพียง 4 คนเท่านั้นที่ได้รับยาลดน้ำตาลเพียงตัวเดียว คือ Metformin(500 mg.) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรับประทานยาตามแพทย์สั่ง มีผู้ป่วย 5 คนที่บอกว่าลืมรับประทานยาบ่อยครั้งโดยเฉพาะยาที่ต้องรับประทานก่อนอาหารจนทำให้ยาเหลือมากกว่าตัวอื่นๆ และมีผู้ป่วย 3 คน กินยาทันทีที่นึกได้ว่าลืม อีก 2 คนไม่กิน รอกินพร้อมวันถัดไป บางคนยาไม่พอก็ไปขอยาจากเพื่อนบ้านที่เป็นโรคเบาหวานเหมือนกันและได้รับประทานยาชนิดเดียวกันมารับประทานต่อเนื่องจนถึงวันนัดครั้งต่อไป ผู้ป่วย 2 คน บอกว่าอ่านวันนัดและฉลากยาไม่ออกสายตาไม่ค่อยดีจำลักษณะของซองยาเอาว่าเป็นอย่างไรแล้วค่อยกินถูก บางครั้งมีอาการมือสั่นและยาก็เม็ดเล็กทำให้เม็ดยาหลุดมือหายเลยต้องแกะกินเม็ดใหม่ทำให้ยาไม่พอกินถึงวันนัด บางคนเดินทางไปต่างถิ่นลืมเอายาไปกินด้วยทำให้ไม่ได้กินยาไปหลายวันการไปรับยาตามนัด พบว่าผู้ป่วย 7 คน บอกว่ามักจะลืมวันนัดเพราะหลงลืมและอ่านหนังสือลำบากเจ้าหน้าที่เขียนวันนัดในสมุดตัวเล็กและเขียนไม่ชัดเจน บางครั้งถ้าลูกหลานไม่ดูให้ก็ลืมวันนัดไปบ้าง บางครั้งเขียนวันนัดใส่ปฏิทินไว้ดูลูกหลานก็ฉีดปฏิทินออกก็ลืมวันนัดอีก บางครั้งลืมวันนัดรับยาตื่นเช้าขึ้นมาก็กินข้าวกินยาเลยไม่ได้ไปเจาะเลือดที่รพ.สต. พอเลยวันนัดไปแล้วก็ไม่กล้าไปขอยากับเจ้าหน้าที่เพราะกลัวโดนด่าว่ามาไม่ตรงนัด การมารับยาและรับบริการที่สถานพยาบาลส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมาเองด้วยการเดินมา มี 2 คนบอกว่าปั่นจักรยานมา และ มี 4 คน เดินไม่สะดวกต้องให้ลูกหลานมาส่ง ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“เดือนได๋ยายกะลืมแต่มื้อนัดนี่หล่ะถ้าลูกหลานบ่บอกยายกะลืม ตากะบ่เห็นหุ่งหมอกะเขียวโตน้อยๆบ่ค่อยชัด บางเทียเขียนไว้ปฏิทินลูกหลานกะฉีกออกทิ่มทางได๋บุ๊”( DM14, 2559)

“บางเดือนยายายบ่พอกิน เฮ็ดเสียแน ลืมหม่องไว้แน ยายกะไปขอนำหมู่มากินก่อนพอให้มันฮอดมื้อนัด ได้ยามาแล้วจังเอาไปคือคะเจ้า” (DM9, 2559)

“ยายกะปั่นจักรยานมารับยาเองทุกเทื่อนั่นหล่ะคุณหมอจากบ้านยายมาฮอดอนามัยมันกะไกลยุ ตางได้ออกกำลังไปนำ” (DM4, 2559)

1.2.1.4 การได้รับการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าผู้ดูแลเป็นคนประกอบอาหารให้รับประทาน มี 4 คนบอกว่า ทำรับประทานเองเพราะส่วนใหญ่ลูกชอบทำอาหารมันๆ ผัดๆ ทอดๆ การพาไปรับยาส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะไม่ได้พาผู้ป่วยไปเพราะสถานพยาบาลอยู่ใกล้บ้านผู้ป่วยที่ไม่ได้มีปัญหาเรื่องการเดินจะเดินไปรับยาเอง มี 4 คนที่ให้ผู้ดูแลขับรถมอเตอร์ไซค์มาส่งและรอรับกลับแต่ส่วนใหญ่คนที่มารับ – ส่ง จะไม่ใช่ผู้ดูแลหลักแต่จะเป็นหลานๆที่ไม่ได้ไปทำงานส่วนผู้ดูแลหลักจะไปทำงานนอกบ้าน มีผู้ป่วย 2 คนบอกว่าปั่นจักรยานมารับยาเอง ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยต่อไปนี้

“ยามลูกหลานเขาเฮ็ดแนวกินให้กินยายกะบ่ค่อยมักดอกเขามักเฮ็ดผัดเฮ็ดทอด” (DM16, 2559)

“ข่อยกะเฮ็ดเอาเองนั่นหล่ะแนวกินเฒ่าแล้วแข่วบ่ดี กินนำเขาบ่ได้ กินแต่ป่นแต่แจ่วเป็นจังซั่นหล่ะ” (DM19, 2559)

“แม่ขาบ่ค่อยดีย่างบ่ฮอดอนามัย ย่านล้ม เทิงมันเมื่อย กะให้หลานไปส่งยามเขาไปได้ไปทางได๋” (DM1, 2559)

1.2.1.5 ความต้องการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการให้ลูกหลานหรือผู้ดูแลหลักทำอาหารที่เหมาะสมกับโรคให้รับประทานและอยากให้ช่วยดูวันนัดรับยาและคอยเตือนความจำอยู่ตลอด ด้านการสนับสนุนช่วยเหลือจากผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วย 10 คน บอกว่าผู้ดูแลเป็นคนทำกับข้าวให้รับประทาน และผู้ป่วย 4 คนบอกว่าลูกขี่มอเตอร์ไซค์มาส่งที่รพ.สต.ในวันนัดรับยา

1.2.1.6 ความต้องการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 6 คน บอกว่าอยากมีที่ออกกำลังกายในชุมชนเพื่อที่จะได้ออกกำลังกายบ้าง เพราะไม่รู้จะออกกำลังกายยังไงดีกลัวคนอื่นหาว่าไม่ปกติ

1.2.1.7 ความต้องการให้เจ้าหน้าที่เข้ามาสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วย 10 คน บอกว่าอยากให้เจ้าหน้าที่พาออกกำลังกาย ผู้ป่วย 6 คนบอกว่าอยากให้เจ้าหน้าที่สอนทำอาหารที่เหมาะสมกับโรคและผู้ป่วยทุกคนบอกว่าอยากให้เจ้าหน้าที่สอนและให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค

**1.2.2 การรับรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานของกลุ่มผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวาน**

1.2.2.1 ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.6 อยู่ในช่วงอายุ 36 – 40 ปี ร้อยละ 43.5 สถานภาพคู่ ร้อยละ 95.65 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 65.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก ร้อยละ 87.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง มากกว่า 5000 บาท ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 47.8 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 39.1 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 82.6 และผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.5 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามลักษณะประชากร (n = 23)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ลักษณะประชากร | จำนวน(N) | ร้อยละ |
| 1. เพศ |  |  |
| ชาย | 4 | 17.4 |
| หญิง | 19 | 82.6 |
| 2. อายุ |  |  |
| 30 – 35 ปี | 4 | 17.4 |
| 36 – 40 ปี | 10 | 43.5 |
| 41 – 45 ปี | 7 | 30.4 |
| 46 ปีขึ้นไป | 2 | 8.7 |
| 3. สถานภาพสมรส |  |  |
| คู่ | 22 | 95.7 |
| โสด | 1 | 4.3 |
| 4. ระดับการศึกษา |  |  |
| ประถมศึกษา | 9 | 39.1 |
| มัธยมศึกษา | 13 | 56.5 |
| ปริญญาตรี | 1 | 4.4 |

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามลักษณะประชากร (n = 23) (ต่อ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ลักษณะประชากร | จำนวน(N) | ร้อยละ |
| 5. อาชีพหลัก |  |  |
| เกษตรกรรม | 18 | 78.3 |
| ค้าขาย | 2 | 8.7 |
| รับจ้างทั่วไป | 2 | 8.7 |
| รับราชการ | 1 | 4.3 |
| 6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน |  |  |
| น้อยกว่า 2,000 บาท | 1 | 4.3 |
| 2,000 – 3,000 บาท | 3 | 13.1 |
| 3,001 – 4,000 บาท | 2 | 8.7 |
| 4,001 – 5,000 บาท | 6 | 26.1 |
| มากกว่า 5,000 บาท ขึ้นไป | 11 | 47.8 |
| 7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย |  |  |
| บุตรสาว | 9 | 39.1 |
| บุตรชาย | 3 | 13.1 |
| บุตรสะใภ้ | 7 | 30.4 |
| สามี | 1 | 4.3 |
| ภรรยา | 3 | 13.1 |
| 8. โรคประจำตัว  มีโรคประจำตัว  ไม่มีโรคประจำตัว | 4  19 | 17.4  82.6 |
| 9. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย  น้อยกว่า 5 ปี  5 – 10 ปี  มากกว่า 10 ปีขึ้นไป | 6  4  13 | 26.1  17.4  56.5 |

1.2.2.2 การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้เรื่องโรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่ และสื่อทางวิทยุที่มีการพูดถึงโรคเบาหวาน การโฆษณาสมุนไพรต่างๆเพื่อรักษาโรคเบาหวาน รับรู้เพียงว่าโรคเบาหวานคือคนที่มีน้ำตาลในเลือดสูง แต่ไม่รู้ว่าระดับน้ำตาลเท่าใดจึงจะถือว่าเป็นโรคเบาหวาน รับรู้สาเหตุการเกิดโรคเบาหวานว่าเกิดจากคนอ้วน ชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวาน และเป็นจากกรรมพันธุ์ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานแล้วจะมีอาการอย่างไรนั้นส่วนใหญ่จะตอบว่าไม่รู้ เพราะเห็นผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ก็ใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติทั่วไปนอกจากจะมีบางคนที่อาการหนักต้องไปนอนโรงพยาบาล แต่มีผู้ดูแล 2 คนตอบว่าปัสสาวะบ่อยและมีอาการหิวข้าว สั่นมากกว่าคนอื่นเป็นพิเศษเพราะเคยเห็นแม่ที่บ้านมีอาการ ในส่วนของการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นส่วนใหญ่จะตอบไม่ได้ จะตอบได้เพียงว่าไม่ควรกินหวาน ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน การประกอบอาหารก็ทำเหมือนกันกับบุคคลอื่นๆทั่วไป มี 3 คนบอกว่าถ้าทำอาหารรสจืดผู้ป่วยและคนอื่นๆในครอบครัวก็จะบอกว่าไม่อร่อย ไม่รู้ว่าผู้ป่วยควรจะรับประทานอาหารแบบใด ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“ฉันรู้จักแต่หมอบอกแม่ฉันว่าเพิ้นเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่สิบกว่าปีที่แล้วพุ้น แต่กะบ่เคยรู้ดอกว่าโรคเบาหวานมันเป็นจังได๋แต่เคยเห็นบางคนคะเจ้ากะเป็นเบาหวานน็อค เบาหวานขึ้นตาตาบอดพุ้นเด้อ” (CG8, 2559)

“ฉันเคยได้ยินในวิทยุเขาขายยารักษาโรคเบาหวาน พ่อใหญ่เพ็งลาวเคยซื้อมากินยุตั๊วะกินหลายขวดกะบ่เห็นว่าเซาเด้ตอนนี้บ่แม่นเพิ้นเซากินแล้วติ” (CG10, 2559)

“ฮู้แต่ว่ายายยุบ้านเป็นเบาหวานบ่ค่อยฮู้จักนำเพิ้นปานได๋ดอก เพิ้นกะบ่เว้าให้ฟังมีแต่พาไปหาหมอซือๆ แนวกินกะเฮ็ดให้เพิ้นกินตลอดนั่นหล่ะ กะบ่ได้เฮ็ดหนาวปานได๋เด้หล่ะ บางเทียยายเพิ้นกะยังว่าบ่หวานให้เอาน้ำตาลมาให้อีกพุ้น” (CG12, 2559)

“ขั่นมื้อได๋พ่อใหญ่เพิ้นบ่เป็นตาอยู่เพิ้นว่าเบาหวานลด เมื่อย สั่น เป็นคือสิสะหว๋อย เพิ้นกะชงน้ำหวานมากิน จักหน่อยเพิ้นกะว่าไคแล้ว พ่อใหญ่เพิ้นสิมีน้ำหวานไว้ในตู้เย็นตลอดเพิ้นว่าเอาไว้ท่ากินตอนเบาหวานลง” (CG1, 2559)

“ฉันกะบ่ฮู้ว่าสิเฮ็ดแนวกินให้เพิ้นกินจังได๋ กะเฮ็ดคือผุอื่นเขากินนั่นหล่ะ” (CG19, 2559)

“อยู่บ้านลูกข่อยมักกินผัดกินทอด ข่อยกพเลยเฮ็ดแต่อาหารแนวนี้” (CG23, 2559)

“ยายเพิ้นมักกินของหวานหรือหมากไม้กับข้าวฉันกะเลยมักเฮ็ดของหวานกิน คั้นบ่เฮ็ดให้กินเพิ้นกะหาแนวมาเฮ็ดกินเองของเพิ้น” (CG10, 2559)

1.2.2.3 การช่วยเหลือสนับสนุนของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่จะมีหน้าที่ทำกับข้าวให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานแต่ไม่ได้ทำอาหารที่เหมาะสมกับโรคเพราะไม่รู้ว่าอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานนั้นควรทำอย่างไร แต่มีผู้ดูแล 4 คนบอกว่าไม่ได้ทำอาหารให้ผู้ป่วยทุกมื้อเพราะบางมื้อผู้ป่วยก็ทำกับข้าวกินเอง การดูแลช่วยเหลือในเรื่องของการใช้ยานั้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่บอกว่าไม่ค่อยรู้เรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยจัดการเองทั้งหมดจะช่วยเหลือในบางครั้งในเรื่องของการไปรับยาและไปพบแพทย์ที่รพ.หนองกุงศรี แต่มีผู้ดูแล 2 คนที่ต้องคอยเตือนผู้ป่วยว่าวันนี้กินยาหรือยังเพราะผู้ป่วยมักจะลืมกินยาบ่อยๆ ในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องการออกกำลังกายนั้นทุกคนบอกว่าไม่ได้ช่วยผู้ป่วยเรื่องการออกกำลังกายเพราะบอกว่าไม่ได้ออกกำลังกาย ไม่รู้จะออกกำลังกายด้วยวิธีใดและมีผู้ดูแล 2 คน บอกว่าผู้ป่วยก็ทำงานออกกำลังอยู่แล้วคงไม่ต้องออกกำลังกายอีก ในการช่วยเหลือเรื่องการรับยาตามนัดของผู้ป่วยนั้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่บอกว่าพอถึงวันนัดผู้ป่วยจะไปรับยาเองเพราะรพ.สต.อยู่ใกล้บ้านและผู้ดูแลทุกคนไม่รู้ว่าผู้ป่วยเบาหวานรับยาวันไหน เดือนไหน ส่วนการช่วยเหลือผู้ป่วยเผชิญกับภาวะเครียดนั้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่บอกว่าผู้ป่วยไม่ได้มีความเครียดอะไรและมี 2 คนบอกว่าบางวันผู้ป่วยก็เครียดเรื่องโรดที่เป็นอยู่แต่ไม่รู้จะช่วยเหลืออย่างไรดี ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“ฉันกะเฮ็ดแนวกินให้เพิ้นกินซุมื้อนั่นหล่ะ บ่รู้ดอกว่าผู้ป่วยเบาหวานให้กินซั่มได๋ แต่กะบ่ได้เฮ็ดหวานดอกหวา แต่เค็มนี่กะมีจักหน่อย (แล้วก็หัวเราะ) บางมื้อยายเพิ้นกะว่าบ่หวานเอาน้ำตาลมาใส่ให้แม่อีกแน ขั่นบ่เติมให้กะสิโพ้ด” (CG7, 2559)

“เรื่องกินยาบ่รู้นำเพิ้นดอกเห็นแต่เพิ้นกินเอาเองรับยาเพิ้นกะไปรับเองย่างออกไปอนามัยตั้งแต่เช้าๆพุ้นตั๊วะมื้อได๋รับยา กลับมาเพิ้นกะบ่ได้เว้าหยังให้ฟัง บ่รู้ว่าเพิ้นสิรับยามื้อได๋ดอก แต่ว่ากะบ่เห็นเพิ้นไปรับยาทุกเดือนดอกหวา” (CG5, 2559)

“ฉันบ่เคยเห็นว่าเพิ้นสิเครียดเรื่องหยังดอก บางมื้อกะเห็นแต่จ่มให้หลานนั่นหล่ะบ่มีแนวอื่นดอก แต่ว่าคั่นแม่นเพิ้นเครียดอิหลีกะจั๊กสิเฮ็ดจังได๋ดอกคุณหมอ” (CG9, 2559)

1.2.2.4 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่รู้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานควรปฏิบัติอย่างไรหรือไม่ควรทำอะไร ทั้งเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน การรับประทานยาและการรับยารวมถึงการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควรได้รับการตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

**1.2.3 การรับรู้สถานการณ์โรคเบาหวานและการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน**

1.2.3.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน จำนวน 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.33 อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 51 – 55 ปี ร้อยละ 33.33 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 100 การศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 53.33 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 100 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 14001 – 15000 บาท ร้อยละ 20.0 ระยะเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติงานในชุมชนอยู่ในช่วง มากกว่า 5 – 10 ปี และ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40 เท่ากัน ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 86.7 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธรณสุขและผู้นำชุมชนจำแนกตามลักษณะประชากร

(n = 15)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ลักษณะประชากร | จำนวน(N) | ร้อยละ |
| 1. เพศ  ชาย  หญิง | 8  7 | 53.3  46.7 |
| 2. อายุ  36 – 40 ปี  41 – 45 ปี  46 – 50 ปี  51 – 55 ปี | 3  3  4  5 | 20.0  20.0  26.7  33.3 |
| 3. สถานภาพ  คู่ | 15 | 100.0 |
| 4. การศึกษา  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษา | 8  7 | 53.3  46.7 |
| 5. อาชีพ  เกษตรกรรม | 15 | 100.0 |
| 6. รายได้ต่อเดือน  10000 – 12000 บาท  12001 – 13000 บาท  13001 – 14000 บาท  14001 – 15000 บาท | 5  3  1  6 | 33.3  20.0  6.7  20.0 |
| 7. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน  น้อยกว่า 5 ปี  5 – 10 ปี  10 ปีขึ้นไป | 3  6  6 | 20.0  40.0  40.0 |

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธรณสุขและผู้นำชุมชนจำแนกตามลักษณะประชากร

(n = 15) (ต่อ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ลักษณะประชากร | จำนวน(N) | ร้อยละ |
| 8. ตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน  - อสม.  - ผู้นำชุมชน | 13  2 | 86.7  13.3 |

1.2.3.2 การรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์โรคเบาหวานในชุมชน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนส่วนใหญ่จะบอกไม่ได้ว่าในชุมชนมีผู้ป่วยโรคเบาหวานกี่คนและใครที่เป็นโรคเบาหวานบ้าง แต่จะบอกได้เพียงผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของตนเอง และส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานแต่ละคนมีประวัติน้ำตาลเป็นอย่างไร ใครมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำบ้าง หรือใครบ้างที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี รวมถึงส่วนใหญ่จะยังไม่รู้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานแต่ละคนมีพฤติกรรมต่อโรคเบาหวานที่เหมาะสมหรือไม่

1.2.3.3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ได้รับรู้เรื่องโรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่แต่เป็นเวลานานมาแล้วและหลายคนจำไม่ได้ ส่วนใหญ่ตอบได้เพียงว่าโรคเบาหวานคือโรคที่มีน้ำตาลในเลือดสูง มี 3 คนที่สามารถบอกได้ว่าโรคเบาหวานคือ ต้องมีระดับน้ำตาลในเลือด 126 mg% ขึ้นไป ส่วนใหญ่บอกได้ว่าโรคเบาหวานมีสาเหตุมาจากการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน ความอ้วน กรรมพันธุ์ และการไม่ออกกำลังกาย แต่ทุกคนไม่ทราบว่าการดื่มสุรา สูบบุหรี่จะมีผลต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนส่วนใหญ่จะบอกว่าคนอ้วนเท่านั่นจึงจะเป็นโรคเบาหวานส่วนคนผอมจะไม่ค่อยเป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่จะบอกไม่ได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอาการอย่างไร มี 2 คน บอกว่าผู้ป่วยอ้วนแล้วจะผอมลง มี 4 คน บอกได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีปัสสาวะบ่อย อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนส่วนใหญ่บอกได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ควรรับประทานอาหารหวาน ขนมหวาน รับประทานยาต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอไม่ขาดยา มี 4 คน บอกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ส่วนการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของตนเองนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของตนเองแต่ละคนมีพฤติกรรมอย่างไร มี 3 คน บอกว่าผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบดื่มกาแฟ กินขนมหวาน ดื่มสุราและเมามายเป็นประจำ ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“แม่ใหญ่เผยนั่นเพิ้นกินกาแฟเกือบทุกมื้อเด้อหมอ บางมื้อกินหลายซอง บางมื้อกินดิบเลย บ่ใส่น้ำฮ้อนกะมี” (อสม.9, 2559)

“ยายสมเพิ้นกินขนมหวานตลอดเด้อคุณหมอ บางเทื่อเพิ้นกะกินฮอดน้ำโค้ก” (อสม.6, 2559)

1.2.3.4 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน พบว่าอสม.ส่วนใหญ่ดูแลสุขภาพผู้ป่วยตามที่เจ้าหน้าที่ฝากให้ติดตามเยี่ยมดูอาการหลังกลับจากโรงพยาบาลหรือในรายที่มีอาการผิดปกติ แต่ส่วนใหญ่จะไม่ได้ให้การดูแลอะไรนอกจากสอบถามอาการทั่วไป การเยี่ยมบ้านของผู้เกี่ยวข้องนั้นพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีการออกเยี่ยมบ้านแต่จะมีการถามข่าวเป็นครั้งคราวในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือในรายที่เจ้าหน้าที่ฝากในติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะถามข่าวคราวเมื่อเจอหน้ากัน ไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างชัดเจน ผู้นำชุมชนจะมีบทบาทในเรื่องของการประชาสัมพันธ์ข่าวสารภายในชุมชนทั้งกิจกรรมที่ทางสถานบริการจัดขึ้นและกิจกรรมจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับประชาชนในชุมชน และได้เข้าร่วมกิจกรรมที่ทางสถานบริการจัดขึ้นแต่จะเป็นการไปร่วมเป็นประธานหรือเป็นเกียรติเท่านั้นไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ขาดความรู้และทักษะในการประเมินอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังรวมทั้งการให้การดูแลเบื้องต้น ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชน

1.2.3.5 ความต้องการในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนจึงต้องการให้เจ้าหน้าที่ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างเหมาะสมในชุมชนและสอนการประเมินอาการและการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน รวมถึงแนวทางในการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนอย่างเป็นระบบ

**1.2.4 สรุปประเด็นปัญหาจากการศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพและการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงในชุมชน**

จากการศึกษาบริบทชุมชนและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนจากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและการสนทนากลุ่ม ของผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั้น ผู้ศึกษาได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายแต่ละคนจนได้ข้อมูลครบถ้วน แล้วผู้ศึกษาในนำข้อมูลมาเรียบเรียง วิเคราะห์ สังเคราะห์ จนได้ข้อมูลที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานแล้วนำเสนอข้อมูลแก่ตัวแทนของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานพร้อมทั้งมีการประชุมระดมสมองเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและออกแบบวางแผนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนมากที่สุด โดยตัวแทนของผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้เข้าร่วมการประชุมในครั้งนี้ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 5 คน ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน ผู้นำชุมชนจำนวน 2 คน รวมทั้งหมดมีผู้เข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ จำนวน 25 คน ในวันที่ 6 มิถุนายน 2559 เวลา 09.00 – 11.00 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ โดยมีกระบวนการ ดังนี้ 1) ผู้ศึกษาได้นำเสนอที่มาและความสำคัญ วัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้พอสังเขป และนำเสนอขอมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานบริการและในชุมชน ที่ได้มาจากกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มผู้ดูแล กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน 2) ผู้ศึกษาได้เป็ดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แสดงความคิดเห็น วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถสรุปปัญหาและความต้องการของชุมชนได้ดังต่อไปนี้

1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมกับโรคในการดูแลสุขภาพของตนเอง

3) ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเบากวานและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เหมาะสมทั้งอาการปกติและเกิดภาวะแทรกซ้อน

4) ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมน้อย ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการใช้ยา

5) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

6) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนขาดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและวิธีการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน

7) ระบบบริการยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนและแนวทางการเยี่ยมบ้านอย่างเหมาะสม

8) ระบบบริการยังมีการจัดการระบบบริการในคลินิกโรคเบาหวานไม่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนอย่างแท้จริง

9) ระบบบริการมีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ความคุมระดับน้ำตาลได้และควบคุมไม่ได้อย่างมีแบบแผนยังไม่ชัดเจน

1.3 การวางแผนและการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา

1.3.1 การออกแบบบริการการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

หลังจากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ผู้ศึกษาได้นัดหมายตัวแทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อทำการระดมความคิดในการออกแบบบริการแก้ไขปัญหาสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนตามสภาพปัญหาที่พบในชุมชนและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อเลือกปัญหาที่มีความสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน โดยจำทำแผนการดำเนินงานร่วมกัน นำเสนอแผนการดำเนินงานและออกแบบกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกับปัญหาของกลุ่มเป้าหมายและบริบทของชุมชน รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แผนการจัดกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ประเด็นปัญหา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | ประเมิลผล | ผู้รับผิดชอบ |
| 1. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน  1.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานไม่เพียงพอการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน  ข้อมูลสนับสนุน  - มีผู้ป่วย 2 คนบอกว่าโรคเบาหวานสามารถรักษาหายได้เพราะคนรู้จักบอกว่าเขาเป็นแล้วหายแล้วไม่ได้กินยาอีก  - ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าโรคเบาหวานเกิดจากคนอ้วน คนชอบกินหวานและเกิดจากพันธุกรรมแต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าการไม่ออกกำลังกาย การดื่มสุรา ความเครียดจะเป็นสาเหตุของโรคเบาหวานได้  - ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่รู้ว่าระดับน้ำตาลเท่าไรจึงจะถือว่าเป็นโรคเบาหวาน และหลายคนไม่กลัวอันตรายที่เกิดจากโรคเบาหวานเพราะเป็นมาตั้งหลายปีไม่เห็นมีอะไร | - เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวาน  - เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวด้านการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับโรค  - เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้บันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหารของตนเองและรับรู้พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้เหมาะสม  - เพื่อให้ผู้ดูแลหลักรับรู้ถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย | - จัดการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานโดยมีเนื้อหา ดังนี้  1. การบรรยายเรื่องโรคเบาหวาน ความหมาย สาเหตุการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง  2. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง  3. การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับโรคเบาหวาน เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การลด ละ เลิกการดื่มสุราและสูบบุหรี่  - จัดทำคู่มือการบันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหารในแต่ละวันของผู้ป่วย โรคเบาหวาน โดยเริ่มตั้งแต่ตอนเช้าหลังตื่นนอนว่ารับประทานอะไรไปบ้างจนถึงเวลาเข้านอนในตอนเย็น ทุกๆ 1 เดือนในวันคลินิกโรคเบาหวาน | - กลุ่มเป้าหมายให้ความสนใจในการจัดกิจกรรม  - กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องโรคเบาหวาน  - กลุ่มเป้าหมายมีความกล้าแสดงออกและกล้าแสดงความคิดเห็นในการทำกิจกรรมกลุ่ม  - กลุ่มเป้าหมายมีการสอบถามปัญหาในขณะทำกิจกรรมการอบรม  - ผู้ป่วยรับรู้พฤติกรรมการรับประทานอาหารของตนเอง  - ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนได้ | - เจ้าหน้าที่รพ.สต. |

ตารางที่ 5 แผนการจัดกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (ต่อ)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ประเด็นปัญหา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | ประเมิลผล | ผู้รับผิดชอบ |
| ข้อมูลสนับสนุน  - ผู้ป่วย 3 คน สูบบุหรี่เป็นประจำประมาณวันละ 4 – 20 มวน และไม่คิดว่าการสูบบุหรี่จะมีผลกระทบต่อโรคเบาหวาน และมีผู้ป่วย 2 คน ดื่มสุราเป็นประจำสัปดาห์ละ 2 – 3 ครั้ง ครั้งละ 1 – 2 แก้ว และไม่คิดว่าการดื่มสุราจะมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล  - ข้อมูลการตรวจประเมินระดับน้ำตาลย้อนหลังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีระดับ HbA1c มากกว่า 7 โดยในปี 2556 – 2558 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ที่มีระดับ HbA1c > 7 ร้อยละ 88.89, 83.33, 100.00 ตามลำดับ  - ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลปลายนิ้วทะประเมินในคลินิกโรคเบาหวานแต่ละเดือนอยู่ที่ประมาณ 150 - 200 mg% |  | เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยจะร่วมกันวิเคราะห์ผลการบันทึกการรับประทานในแต่ละวันของผู้ป่วยและชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงนั้นก่อให้เกิดผลอย่างบ้าง โดยจะแบ่งกลุ่มผู้ป่วยให้มีทั้งคนที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและคนที่มีระดับน้ำตาลสูงอยู่ในกลุ่มเดียวกันเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารกับผลของระดับน้ำตาลในเลือดในแต่ละเดือน |  |  |

ตารางที่ 5 แผนการจัดกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (ต่อ)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ประเด็นปัญหา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | ประเมิลผล | ผู้รับผิดชอบ |
| ข้อมูลสนับสนุน  - ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยาลดน้ำตาล 2 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 65.22  - ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานอาหารตามปกติไม่มีการควบคุมอาหารหรือรับประทานอาหารเฉพาะโรค ทุกคนรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก รับประทานของหวานตามปกติ ผู้ป่วยบอกว่าถ้าไม่ได้รับประทานของหวานหรือผลไม้ที่มีรสหวานเลยมันจะรู้สึกไม่ค่อยดี แต่ถ้าได้รับประทานของหวาน  แล้วจะรู้สึกดีทั้งวัน  - ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและจะชอบรับประทานข้าวเหนียวกับผลไม้สุก เช่น มะม่วง มะขามหวาน น้อยหน่า กล้วย ละมุด ขนุน เป็นต้น |  |  |  |  |

ตารางที่ 6 แผนการจัดกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ประเด็นปัญหา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | ประเมิลผล | ผู้รับผิดชอบ |
| 1.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานขาดความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมสำหรับโรคเบาหวาน  ข้อมูลสนับสนุน  - ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานอาหารตามปกติไม่มีการควบคุมอาหารหรือรับประทานอาหารเฉพาะโรค  - ผู้ป่วยทุกคนรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก รับประทานของหวานตามปกติ ผู้ป่วยบางคนบอกว่าถ้าไม่ได้รับประทานของหวานหรือผลไม้ที่มีรสหวานเลยมันจะรู้สึกไม่ค่อยดี  - ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารในปริมาณที่มากเกินอิ่มโดยไม่จำกัดปริมาณอาหาร  - ผู้ป่วยทุกคนจะรับประทานผลไม้พื้นบ้านที่มีรสหวานตามฤดูกาล เช่น น้อยหน่า มะขาม มะม่วง ลำไย ละมุด และมีบางคนกินข้าวกับผลไม้เกือบทุกวัน | - เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความตระหนักถึงประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และโทษจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค  - เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน  - เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคเพื่อรับประทานเองได้ | - บรรยายในหัวข้อเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน และโทษอันเกิดจากการไม่ควบคุมอาหารและการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค  - สาธิตการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและการใช้เครื่องปรุงรสในปริมาณที่เหมาะสมโดยนักโภชนาการ  - การสาธิตการทำน้ำคลอโรฟิลล์ที่เหมาะกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน | - กลุ่มเป้าหมายให้ความสนใจในการบรรยายและการสาธิตการประกอบอาหาร  - กลุ่มเป้าหมายแสดงความคิดเห็นและสอบถามปัญหาในขณะบรรยายและสาธิตการประกอบอาหาร  - กลุ่มเป้าหมายสามารถบอกปริมาณการใช้เครื่องปรุงรสที่เหมาะสมได้อย่างถูกต้อง | - เจ้าหน้าที่รพ.สต.  - นักโภชนากร |

ตารางที่ 7 แผนการจัดกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ประเด็นปัญหา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | ประเมิลผล | ผู้รับผิดชอบ |
| 1.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและไม่มีความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับโรคและวัยของผู้ป่วย  ข้อมูลสนับสนุน  - ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าการทำงาน ทำไร่ ทำสวนก็เป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอแล้วเพราะมีเหงื่อออกเยอะทั้งวัน ไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายอีก  - มีผู้ป่วย 3 คนบอกว่าตนออกกำลังกายโดยวิธีการเตะขาแกว่งแขนแต่ใช้เวลาในการออกกำลังกายไม่ถึง 30 นาที ไม่มีเหงื่อออกและไม่มีการออกกำลังกายอย่างเป็นประจำสม่ำเสมอ  - ผู้ป่วยโรคเบาหวานบางคนบอกว่าไม่ออกกำลังกายก็ไม่มีความผิดปกติอะไร  - ผู้ป่วยบางคนบอกว่าไม่รู้จะออกกำลังกายอย่างไร ไม่มีที่ออกกำลังกาย ถ้าออกกำลังกายคงจะมีแต่คนอื่นหัวเราะ | - เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและเหาะสมกับวัย  - เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม | - จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเบาหวาน  - สาธิตการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยนักกายภาพที่มีความเชี่ยวชาญ  - ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายในท่าที่เหมาะสมโดยมีทั้งแบบเดี่ยว แบบคู่และแบบกลุ่ม  - ในคลินิกโรคเบาหวานที่ผู้ป่วยมารับบริการที่รพ.สต. ก่อนรับยาทุกครั้งเจ้าหน้าที่จะจัดให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การนวดบำบัดตนเอง ตามความเหมาะสมของเวลาและสถานที่ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ออกกำลังกายและได้ความรู้ในการออกกำลังกายกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้อย่างเหาะสม | - ผู้ป่วยตั้งใจฟัง สนใจและสอบถามปัญหากับวิทยากร  - ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามในเรื่องการออกกำลังกายได้อย่างถูกต้อง  - ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายตามคำแนะนำของวิทยากรได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมทั้งแบบเดี่ยว แบบคู่ และแบบกลุ่ม  - ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม | - เจ้าหน้าที่รพ.สต.  - นักกายภาพ  - ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย |

ตารางที่ 8 แผนการจัดกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ประเด็นปัญหา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | ประเมิลผล | ผู้รับผิดชอบ |
| 2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานขาดความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างถูกต้องและเหมาะสม  ข้อมูลสนับสนุน  - ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ไม่สามารถบกได้ว่าโรคเบาหวานเกิดได้อย่างไร มีสาเหตุจากอะไรได้บ้าง และมีอาการอย่างไร  - ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างเมาะสมรวมทั้งการสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด  - ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่จะมีหน้าที่ทำกับข้าวให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานแต่ไม่ได้ทำอาหารที่เหมาะสมกับโรคเพราะไม่รู้ว่าอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานนั้นควรทำอย่างไร | - เพื่อให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้ความเข้าเรื่องโรคเบาหวาน อาการที่สำคัญของการมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ – สูง ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง ยาที่ใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน  - เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยได้ และส่งต่อรักษาได้อย่างทันท่วงที  - เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และสามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม | - การอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ เรื่องโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการ การรักษา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค ภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน  - การสาธิตการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเฉพาะการบอกปริมาณการใช้เครื่องปรุงรสต่างๆที่มีใช้ในครัวเรือนที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน  - การสาธิตการทำน้ำคลอโรฟิลล์ที่เหมาะกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน | - ผู้ดูแลให้ความสนใจ รับฟังอย่างตั้งใจและสนใจซักถามข้อสงสัยกับวิทยากรเกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวานและการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน  - ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องเมื่อวิทยากรถามคำถามเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานและการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานได้ถูกต้อง  - เมื่อติดตามประเมินที่บ้านหลังการอบรม ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องและประกอบอาหารได้ตามคำแนะนำ | - เจ้าหน้าที่รพ.สต.  - นักโภชนากร |

ตารางที่ 8 แผนการจัดกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม (ต่อ)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ประเด็นปัญหา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | ประเมิลผล | ผู้รับผิดชอบ |
| - ผู้ดูแลส่วนใหญ่บอกว่าไม่ค่อยรู้เรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยจัดการเองทั้งหมด  - มีผู้ดูแลเพียง 2 คนที่ต้องคอยเตือนผู้ป่วยว่าวันนี้กินยาหรือยังเพราะผู้ป่วยมักจะลืมกินยาบ่อยๆ  - เรื่องการออกกำลังกายนั้นไม่ได้มีการกระตุ้นหรือช่วยเหลือผู้ป่วยเพราะบอกว่าไม่ได้ออกกำลังกาย ไม่รู้จะออกกำลังกายด้วยวิธีใดและมีผู้ดูแล 2 คน บอกว่าผู้ป่วยก็ทำงานออกกำลังอยู่แล้วคงไม่ต้องออกกำลังกายอีก  - ในการช่วยเหลือเรื่องการรับยาตามนัดของผู้ป่วยนั้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่บอกว่าพอถึงวันนัดผู้ป่วยจะไปรับยาเองเพราะรพ.สต.อยู่ใกล้บ้าน บางครั้งผู้ป่วยก็ลืม แต่ผู้ดูแลก็ไม่ได้ช่วยเหลืออะไรและผู้ดูแลทุกคนไม่รู้ว่าผู้ป่วยเบาหวานรับยาวันไหน เดือนไหน  - มีผู้ดูแล 2 คนบอกว่าบางวันผู้ป่วยก็เครียดแต่ไม่รู้จะช่วยเหลืออย่างไรดี | - เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในเรื่องการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยเบาหวาน |  |  |  |

ตารางที่ 9 แผนการจัดกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ประเด็นปัญหา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | ประเมิลผล | ผู้รับผิดชอบ |
| 3. อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน  3.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน  3.2 ชุมชนไม่ทราบสถานการณ์โรคเบาหวานในชุมชนและผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากชุมชนเท่าที่ควร  ข้อมูลสนับสนุน  - อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงสถานการณ์และแนวโน้มของโรคเบาหวาน  - อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่บอกไม่ได้ว่าโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเท่าใด แต่บอกได้เพียงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานคือคนที่มีน้ำตาลสูง | - เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนมีความรู้และความเข้าใจในเรื่องโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง  - เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนมี่ความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมทั้งเรื่องการรับประทานยาอย่างถูกต้อง การรับยาตามนัด การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค | - จัดการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง และการดูแล ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ควบคุมระดับน้ำตาลได้โดยการบรรยายในภาพรวม  - อบรมเชิงปฏิบัติการการประเมินอาการผู้ป่วยโรคเบาหวานเบื้องต้นและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและวัดความดันโลหิต โดยแบ่งกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขออกเป็น กลุ่มละ 8 คน เพื่อให้เกิดความสะดวกและครอบคลุมในการสอน | - อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนมีความสนใจแล้ตั้งใจฟังในเนื้อหาที่วิทยากรบรรยาย ซักถามข้อสงสัยและสามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง  - อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคเบาหวานและสามารถเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและวัดความดันโลหิตให้แก่ผู้ป่วยได้ | - เจ้าหน้าที่รพ.สต. |

ตารางที่ 9 แผนการจัดกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม (ต่อ)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ประเด็นปัญหา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | ประเมิลผล | ผู้รับผิดชอบ |
| - อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำทุกคนไม่ทราบว่าการดื่มสุรา สูบบุหรี่จะมีผลต่อการเกิดและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของโรคเบาหวานได้  - อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนส่วนใหญ่จะบอกว่าคนอ้วนเท่านั่นจึงจะเป็นโรคเบาหวานส่วนคนผอมจะไม่ค่อยเป็นโรคเบาหวาน  - อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของตนเองแต่ละคนมีพฤติกรรมอย่างไร  - มีอาสาสมัครสาธารณสุขแลผู้นำชุมชน 3 คน บอกว่าผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบดื่มกาแฟ กินขนมหวาน ดื่มสุราและเมามายเป็นประจำ | การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การจัดการความเครียดออย่างย่างเหมาะสม การลด ละ เลิก พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด เช่น การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่  - อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เรื่องการประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคเบาหวานและสามารถประเมินอาการเบื้องต้นได้โดยการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว วัดความดันโลหิตให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนและสามารถประสานกับเจ้าหน้าที่รพ.สต.ได้อย่างเหมาะสม |  |  |  |

ตารางที่ 9 แผนการจัดกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม (ต่อ)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ประเด็นปัญหา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | ประเมิลผล | ผู้รับผิดชอบ |
| - อาสาสมัครสาธารณสุขขาดความรู้และความมั่นใจ ไม่สามารถประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้โดยการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วแล้ววัดความดันเบื้องต้นที่ชุมชนได้  - มีอาสาสมัครสาธารณสุขเพียง 2 คนเท่านั่นที่เคยผ่านการอบรมอสม.เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและสามารถดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเบื้องต้นได้แต่ยังขาดความเชื่อมั่นและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน |  |  |  |  |

ตารางที่ 10 แผนการจัดกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ประเด็นปัญหา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | ประเมิลผล | ผู้รับผิดชอบ |
| 4. ระบบผู้ป่วยโรคเบาหวานในบริการและในชุมชน  4.1 การให้บริการในคลินิกโรคเบาหวานในสถานบริการมีความล่าช้า ผู้ป่วยต้องรอนาน  - ไม่มีระบบการติดตามผู้ป่วยที่ไม่มารับบริการตามนัด  ข้อมูลสนับสนุน  - ผู้รับบริการต้องรอนานและไม่ได้รับความรู้ที่เพียงพอในคลินิก  - ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ได้รับการให้คำแนะนำอย่างทั่วถึง จะได้รับคำแนะนำเฉพาะรายที่มีปัญหา  - ผู้ป่วยบางส่วนลืมวันนัดไม่ได้รับยาต่อเนื่องและไม่มีการติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดอย่างชัดเจน  - อาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีส่วนร่วมในการให้บริการผู้ป่วยในวันคลินิกโรคเบาหวาน | - เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ต้องงดน้ำงดอาหารนานๆและได้รับการเจาะน้ำตาลแต่เช้าในชุมชน  - เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ลืมวันนัดรับยาและได้รับยาอย่างต่อเนื่อง  - เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในกิจกรรมคลินิกโรคเบาหวานร่วมกับเจ้าหน้าที่ | - การพัฒนากิจกรรมการดำเนินงานคลินิกโรคเบาหวานในสถานบริการในวันคลินิกโรคเบาหวาน ดังนี้  1. ก่อนวันนัดอย่างน้อย 1 วันเจ้าหน้าที่จะทำหนังสือถึงอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนเพื่อรับทราบและประกาศประชาสัมพันธ์การรับยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานและให้ผู้ป่วยได้งดน้ำงดอาหารก่อนวันตรวจอย่างน้อย 6 – 8 ชั่วโมง  2. กิจกรรมการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและวัดความดันโลหิตให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะจัดขึ้นที่สุขศาลาของหมู่บ้าน ตั้งแต่เวลา 06.00 น. เป็นต้นไป โดยอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ปฏิบัติโดยทีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษาและแนะนำอย่างใกล้ชิด | - ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความพึงพอใจในระบบบริการแบบใหม่  - ผู้ป่วยไม่ลืมวันนัดรับยาและได้รับยาอย่างต่อเนื่อง  - ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยรายอื่นๆที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้  - อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและมีความมั่นใจในการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและวัดความดันโลหิตให้ผู้ป่วยมากขึ้น | - เจ้าหน้าที่รพ.สต.  - อาสาสมัครสาธารณสุข |

ตารางที่ 10 แผนการจัดกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม (ต่อ)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ประเด็นปัญหา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | ประเมิลผล | ผู้รับผิดชอบ |
|  |  | 3. หลังจากผู้ป่วยเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและวัดความดันโลหิตเสร็จเรียบร้อยผู้ป่วยจะกลับไปรับประทานอาหารที่บ้านของตนเองแล้วอาบน้ำแต่งตัวไปรอรับยาและทำกิจกรรมคลินิกโรคเบาหวานที่รพ.สต.  4. ในกิจกรรมวันคลินิกโรคเบาหวาน นั้นเจ้าหน้าที่จะทำการจัดเตรียมยาไว้สำหรับผู้ป่วยที่นัดมารับยาเพื่อความสะดวกโดยการดูระดับน้ำตาลย้อนหลัง 3 เดือน และเมื่อผู้ป่วยมาถึงรพ.สต.แล้วจะให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เช่น เรื่องการรับรู้และเข้าใจภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและสูงแบบเฉียบพลันและแนวทางการปฏิบัติอย่างเหมาะสม การรู้จักและใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดอย่างถูกต้อง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อ |  |  |

ตารางที่ 10 แผนการจัดกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม (ต่อ)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ประเด็นปัญหา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | ประเมิลผล | ผู้รับผิดชอบ |
|  |  | ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำและสูง การทำบริหารร่างกายและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การแนะนำการดูแลเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานและการแช่มือแช่เท้าด้วยสมันไพร เป็นต้น โดยเจ้าหน้าที่จะให้ความรู้และคำแนะนำครั้งละ 1 เรื่องเวียนกันไปในแต่ละเดือนที่ผู้ป่วยมารับยา  5. หลังทำกิจกรรมในแต่ละครั้งเสร็จเจ้าหน้าที่จะให้ยาและเขียนวันนัดไว้ในสมุดและบนถุงยาที่ผู้ป่วยกินทุกวันด้วยปากกาเคมีตัวใหญ่ๆเพื่อให้มองเห็นชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นทุกครั้งที่รับประทานยา ป้องกันการลืมวันนัดรับยาได้ |  |  |

ตารางที่ 11 แผนการจัดกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ประเด็นปัญหา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | ประเมิลผล | ผู้รับผิดชอบ |
| 4.2 ไม่มีแนวทางการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจนและขาดการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง  ข้อมูลสนับสนุน  - ผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านทุกคน  - การเยี่ยมบ้านจะเยี่ยมเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพหรือผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลเท่านั้น  - การเยี่ยมบ้านโดยอสม.จะเป็นเพียงการถามไถ่กันเมื่อพบหน้าเท่านั้น  - อสม.ขาดทักษะในการเยี่ยมบ้านและไม่มีความมั่นใจในการเยี่ยมบ้าน | - เพื่อให้มีแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง  - เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนได้รับการเยี่ยมบ้าน  - เพื่อให้อสม.มีทักษะและความมั่นใจในการเยี่ยมบ้าน | - อบรมให้ความรู้เรื่องการประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแก่อสม.  - จัดทำแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยจะแบ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังนี้  1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทุกคนต้องได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่และ/หรืออสม.อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง  2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือออกจากโรงพยาบาลต้องได้รับการเยี่ยมบ้านโยเจ้าหน้าที่และ/หรืออสม.อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ไปเรื่อยจนกว่าอาการจะดีขึ้นและคงที่จึงจะได้รับการเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้งเหมือนผู้ป่วยอื่นๆทั่วไป | - มีแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างชัดเจน  - อสม.มีความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการเยี่ยมบ้าน สามารถเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานได้  - ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 100  - ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่และอสม. | - เจ้าหน้าที่ รพ.สต.  - อสม. |

**1.4 การปฏิบัติตามกิจกรรมที่วางแผนเอาไว้ สะท้อนผลของกิจกรรมที่ปฏิบัติและปรับปรุงแก้ไขกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงตามความเหมาะสม**

**1.4.1 กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2**

**กิจกรรมที่ 1** การอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การทำกิจกรรมกลุ่มและการบรรยายเรื่องโรคเบาหวาน ความหมาย สาเหตุการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับโรคเบาหวาน เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การลด ละ เลิกการดื่มสุราและสูบบุหรี่ และการดูแลส่งเสริมสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การแนะนำการใช้คู่มือบันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

**การดำเนินกิจกรรม** วันที่ 20 มิถุนายน 2559 เวลา 09.00 – 11.00 น. ณ ศาลาอเนกประสงค์ประจำหมู่บ้าน (ซึ่งชาวบ้านนิยมเรียกว่า ศาลา SML) โดยมีทีมวิทยากรการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากโรงพยาบาลหนองกุงศรีร่วมกับผู้ศึกษา มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 44 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 22 คน ซึ่งผู้ป่วยมาเข้าร่วมไม่ครบทุกคนเนื่องจากผู้ป่วยคนหนึ่งมีโรคประจำตัวอย่างอื่นร่วมด้วยจำไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ให้ญาติผู้ดูแลหลักเข้าร่วมแทน แต่ผู้ศึกษาจะตามไปให้ความรู้รายบุคคลที่บ้านในโอกาสต่อไป โดยการเยี่ยมบ้านสอนและแนะนำความรู้ที่ได้ทำกิจกรรมในวันนี้ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถเข้าร่วมได้ จำนวน 18 คน ส่วนผู้ดูแลหลักอีก 5 คนนั้นติดภารกิจต้องทำงานหารายได้เลี้ยงครอบครัวจึงไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมได้ และมีกลุ่มประชาชนผู้ที่อาศัยอยู่ใกล้กับรพ.สต.ที่มีความสนใจอยากเข้าร่วมกิจกรรมอีกจำนวน 4 คน ผู้ศึกษาทำหน้าที่เป็นวิทยากรผู้ให้ความรู้แก่ผู้เข้าร่วมอบรม โดยเริ่มจากการกล่าวทักทายและสร้างความคุ้นเคยเป็นกันเองกับผู้เข้าร่วมอบรมเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการอบรม บอกถึงกำหนดการและวัตถุประสงค์ของการอบรมในครั้งนี้เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมได้ทราบถึงแนวทางและผลที่คาดว่าจะได้รับหลังการอบรมและจากนั้นนำผู้เข้าร่วมอบรมสู่เนื้อหาการอบรมและคอยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมการอบรมได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและตอบคำถามในเรื่องของโรคเบาหวาน ความหมายของโรคเบาหวานโดยผู้ศึกษากระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความหมายของโรคเบาหวานมีความหมายว่าอย่างไร โรคเบาหวานมีกี่ชนิด อะไรบ้าง ระดับน้ำตาลเท่าไรจึงจะถือว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน อะไรที่เป็นสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคได้บาง ใครในที่นี้มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเบาหวานได้บ้าง อาการและอาการสำคัญของโรคมีอะไรบ้างและเมื่อเกิดอาการดังกล่าวควรปฏิบัติอย่างไรต่อเพื่อให้เกิดการต่อเนื่องในการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังผู้เข้าร่วมการอบรมคิดว่ามีอะไรบ้างที่สามารถเกิดขึ้นได้หลังจากการเกิดโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานสามารถทำได้อย่างไรจึงจะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นแล้วผู้ป่วยและญาติควรปฏิบัติอย่างไร พฤติกรรมสุขภาพรวมถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างเหมาะสมควรปฏิบัติอย่างไร ในระหว่างการให้ความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคนั้นผู้ศึกษาก็ได้ให้ผู้เข้าร่วมอบรมทำกิจกรรมนันทนาการสอดแทรกเป็นระยะเพื่อไม่ให้ผู้เข้าร่วมอบรมเกิดความเคร่งเครียดและเบื่อหน่ายกับการทำกิจกรรม หลังจากให้ผู้เข้าร่วมอบรมได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียบรู้แล้วผู้ศึกษาก็ได้สรุปเนื้อหาเพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมเข้าใจตรงกันและได้รับความรู้อย่างเหมาะสม ดังนี้

ความหมายของโรคเบาหวาน โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ ระดับน้ำตาลสูงในเลือด อันเนื่องมาจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน การเกิดภาวะน้ำตาลสูงในเลือดเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดการทำลาย การเสื่อมสมรรถภาพ และการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะต่างๆ เป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ ตา ไต ปลายประสาท หัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานสามารถแบ่งชนิดได้ ดังนี้

1) การนำเสนอสถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนโดยผู้ใหญ่บ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ต.หนองกุงศรี อ.หนองกุงศรี จ.กาฬสินธุ์

2) การบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยวิทยากรผู้รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรือรัง (Case Manager DM) จากโรงพยาบาลหนองกุงศรี โดยมีทั้งการบรรยายและมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับบุคคลตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับที่ประชุม

3) การบรรยายในหัวข้อเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเน้นในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ. 2 ส. และมีการสาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมกำผู้ป่วยโรคเบาหวานในภาคบ่าย โดยพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานโรคเบาหวานและนักกายภาพจากโรงพยาบาลหนองกุงศรี

ขั้นตอนสุดท้ายของกิจกรรมผู้ศึกษาได้สรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการทำกิจกรรมเพื่อเป็นการทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้เข้าร่วมอบรมและเป็นแนวทางในการปฏิบัติที่ถูกต้อง เหมาะสม เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และผู้ศึกษายังได้กล่าวเปิดประเด็นในการการสอนการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่จะมีการทำกิจกรรมต่อเนื่องในตอนบ่ายอีด้วย

**การสะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงการปฏิบัติ**

จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมการอบรมรวมถึงการสอบถามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่างๆในการทำกิจกรรมขณะที่อบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั้นพบว่า ทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติผู้ดูแลหลักให้ความสนใจในเนื้อหาที่บรรยายเพราะเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจริงและสนใจในการตอบคำถามและเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งเรื่องของการบอกความหมายของโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ตอบได้ว่าโรคเบาหวานคือโรคที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และพอผู้ศึกษานำเข้าสู่ประเด็นสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานผู้เข้าร่วมอบรมต่างให้ความสนใจและแย่งกันตอบว่าโรคเบาหวานเกิดจากอะไรได้บ้าง เช่น หลายคนบอกว่า “กะคนอ้วนมักกินตะแนวหวานๆนั่นแหล่วจังเป็นเบาหวานนั่น” แต่บางคนก็พูดแย้งขึ้นมาว่า “บางคนจ่อยๆยุกะเป็นเด้อเบิ่งยายอ่อนกับยายมีแน” พอพูดจบทุกคนก็หัวเราะและแสดงสีหน้าว่าจริงด้วยไม่ใช้คนอ้วนเสมอไปที่เป็นโรคเบาหวานได้ ยังมีคนตัวผอมอีกหลายคนที่เป็นโรคเบาหวานได้เหมือนกัน และพอผู้ศึกษาถามว่าผู้ดูแลหลักในที่นี้ใครสามารถเป็นโรคเบาหวานได้บ้างผู้ดูแลหลักซึ่งส่วนใหญ่เป็นลูกของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลายคนก็ยกมือกันใหญ่แต่พอถามต่อว่ามีใครอยากเป็นโรคเบาหวานบ้างทุกคนต่างเอามือลงและหัวเราะชอบใจกันว่าไม่มีใครอยากเป็นโรคเบาหวานเหมือนพ่อหรือแม่ พอผู้ศึกษาอธิบายถึงปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานไปสักพักก็มีผู้ดูแลหลักคนหนึ่งถามขึ้นว่า “คนที่บ่มีพ่อหรือแม่เป็นโรคเบาหวานกะเป็นโรคเบาหวานได้ติคุณหมอ” เพราะคนที่ถามนั้นเป็นลูกสะใภ้ของผู้ป่วยแต่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเรื่องของการบอกถึงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นผู้ศึกษาให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานคนหนึ่งเป็นคนเล่าอาการให้คนอื่นฟังว่ามีอาการแบบใดบ้าง และในระหว่างที่เล่าอาการนั้นก็มีผู้ป่วยคนอื่นๆพูดอาการและอาการแสดงของตนเองสอดแทรกขึ้นมาหลายคนทำให้ผู้เข้าร่วมอบรมได้รู้ถึงอาการของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างหลากหลายครบถ้วน ในเรื่องการบรรยายถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานนั้นมีผู้ป่วยคนหนึ่งบอกว่า “ฉันเป็นสหวอยดู๊ดู๋เด้คุณหมอ ยามสวยๆกับช่วงเบิ่งหนังยามมื้อแลง เป็นเหงื่อแตกว่าแม่นอาจน้ำใหม่พุ่นแหล่ว” พอผู้ศึกษาถามว่าเมื่อเกิดอาการแบบนี้แล้วทำอย่างไรต่อผู้ป่วยก็ตอบว่า “ฉันกะให้ลูกชงน้ำแดงมาให้” แล้วผู้ศึกษาก็สรุปต่อในเรื่องของภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังรวมถึงการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆด้วย ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักก็ให้ความสนใจและตั้งใจฟังเป็นอย่างดี และพอผู้ศึกษาบรรยายถึงเรื่องการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคเบาหวานไปนั้นก็มีผู้ดูแลหลักพูดกับผู้ป่วยซึ่งเป็นมารดาของตนว่า “นั่นยายบาดนิเจ้าห้ามกินข้าวกับบ่าวบักขามหลายๆอีกเด้อ ถ้าจังซั่นไตเจ้าวายก่อนหมู่เด้ ข่อยกะว่ายุยามบักขามบักม่วงน้ำตาลเจ้าเป็นหยังคือสูงแท้” แล้วผู้ศึกษาก็สรุปประเด็นต่างๆให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแลหลักได้เข้าใจก่อนจบการบรรยายในช่วงเช้า พร้อมทั้งแจกสมุดคู่มือการบันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ เพื่อติดตามพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยและอธิบายวิธีการใช้ การบันทึกข้อมูลลงสมุดโดยอธิบายให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลฟังเพราะผู้ป่วยบางคนสายตาไม่ค่อยดี ต้องให้ผู้ดูแลคอยบันทึกข้อมูลให้ และพักรับประทานอาหารกลางวันที่เป็นอาหารปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักแพทย์วิถีธรรม

การประเมินผลครั้งที่ 1 วันที่ 6 กรกฎาคม 2559 หลังจากการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแลหลักในเรื่องของโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและการดูแลสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ผู้ดูแลหลักให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น จำนวน 11 คน สนใจในการพาผู้ป่วยไปรับบริการตามระบบสุขภาพของสถานพยาบาลมากขึ้น จำนวน 6 คน เมื่อผู้ศึกษาไปติดตามเยี่ยมประเมินผลหลังการให้ความรู้แก้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่บ้านนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถบอกอาการของการเกิดภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแนวทางปฏิบัติได้ถูกต้องรวมถึงผู้ดูแลบอกได้ว่าเมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันจะให้การดูแลและช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างไร ผู้ดูแลสามารถแนะนำและสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานในมีการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมกับโรคได้ โดยการคอยเตือนผู้ป่วยเมื่อมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานของหวาน การกินข้าวเหนียวกับผลไม้สุก และไม่บริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ มี 9 คน ผู้ดูแลสามารถประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ในการให้คำปรึกษาและขอรับความช่วยเหลือได้โดยตลอด มี 4 คน

ประเมินผลครั้งที่ 2 วันที่ 10 สิงหาคม 2559 เพื่อติดตามประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและการให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมของผู้ดูแลหลัก พบว่า ทั้งจากการสังเกต การสอบถามเพื่อนบ้าน รวมถึงการสอบถามผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น คือ ผู้ป่วยไม่ลืมกินยา และถ้าวันไหนลืมผู้ดูแลหลักจะเป็นคนคอยเตือนให้ผู้ป่วยกินยา ผู้ป่วยไม่ลืมวันคลินิกนัดรับยาเพราะเจ้าหน้าที่เขียนวันนัดไว้ที่ถุงยา กินตอนไหนก็เห็นวันนัดตลอดและถ้าลืมผู้ดูแลจะคอยเตือนผู้ป่วยอยู่ตลอด เพิ่มขึ้นจาก เดิม 7 คน อีกทั้งยังมีการประกาศประชาสัมพันธ์ในคืนก่อนวันนัดอีกด้วย ผู้ป่วยมีการรออกกำลังกาย บริหารร่างกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 – 5 วัน อย่างสม่ำเสมอ เพิ่มขึ้นจากเดิม 6 คน รวมทั้งการที่เคยมีพฤตกรรมการรับประทานอาหารรสจัดยังสามารถปรับเปลี่ยนตนเองให้หันมารับประทานอาหารรสจืดได้ ละลดการรับประทานของหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลมได้ จากเดิม 9 คน

**กิจกรรมที่ 2** การอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเบาหวาน

**การดำเนินกิจกรรม** วันที่ 20 มิถุนายน 2559 เวลา 13.00 – 15.00 น. ณ ศาลาอเนกประสงค์หลังรพ.สต.(ชาวบ้านเรียกศาลา SML) หลังจากภาคเช้ามีการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคไปแล้ว ในส่วนของภาคบ่ายจะเป็นการบรรยายและสาธิตวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุจึงต้องมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้มีจำนวนทั้งหมด 44 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 22 คน คนหนึ่งไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ผู้ศึกษาจะไปตามสอนวิธีการออกกำลังกายให้ผู้ป่วยรายบุคคลที่บ้าน คือ ผู้ป่วย DM 23 ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 18 คน และประชาชนทั่วไปจำนวน 4 คน โดยการสาธิตการออกกำลังกายในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เชิญผู้ช่วยแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานที่รพ.สต.มาเป็นวิทยากรในการบริหารร่างกายและยืดเหยียดกล้ามเนื้อโดยการประยุกต์เอาท่าฤๅษีดัดตนมาใช้บริหารร่างกาย ในช่วงแรกก่อนจะมีการสาธิตการออกกำลังกายนั้นผู้ศึกษาได้บรรยายเนื้อหาก่อนและสอบถามผู้เข้าร่วมอบรมว่าข้อดีของการออกกำลังกายมีอะไรบ้าง การออกกำลังกายสามารถออกได้โดยวิธีใดบ้าง และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายแบบใดบ้าง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมการอบรมมีส่วนร่วมในกิจกรรม หลังจากผู้เข้าร่วมอบรมตอบคำถามมาเรื่อยๆ ผู้ศึกษาก็สรุปประเด็นสำคัญเพื่อให้เข้าใจง่ายและง่ายต่อการจำจดและปฏิบัติ ลำดับต่อไปผู้ศึกษาให้ผู้เข้าร่วมการอบรมเปลี่ยนอิริยาบถเพื่อให้พร้อมต่อการบริการร่างกายโดยให้ผู้เข้าร่วมอบรมนั่งพื้นที่ปูเสื่อไว้และให้นั่งเรียงกัน 5 แถว แถวละเท่าๆกันแล้วให้ทุกคนกางแขนออกวัดระยะทั้งด้านข้าง ซ้าย – ขวา และด้านหน้า – หลัง เพื่อให้สะดวกต่อการบริหารร่างกาย จากนั้นก็ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยขึ้นเวทีด้านหน้าที่เป็นพื้นยกระดับขึ้นที่ชาวบ้านทำไว้สำหรับประกอบศาสนกิจและพิธีกรรมต่างต่างในชุมชน และทำท่าทางบริหารร่างกายและยืดเหยียดกล้ามเนื้อโดยใช้ท่าฤๅษีดัดตนพื้นฐาน 15 ท่า ก่อนปฏิบัติการบริหารร่างกายผู้ศึกษาได้แจกแผ่นพับท่าฤๅษีดัดตันให้แก่ผู้เข้าร่วมอบรมทุกคนไว้ศึกษาต่อเองที่บ้าน โดยผู้ศึกษาจะเป็นผู้บรรยายท่าต่างๆและความสำคัญของแต่ละที่ให้ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยเป็นคนพาผู้เข้าอบรมปฏิบัติ รวมทั้งคอยบอกผู้เข้าอบรมสำหรับคนที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง การบริหารร่างกายโดยใช้ท่าฤๅษีดัดตนพื้นฐาน 15 ท่า โดยเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ ในขณะการบริหารร่างกายตามท่าพื้นฐานของฤๅษีดัดตนนั้นผู้ศึกษาจะบอกผู้เข้าร่วมอบรมเสมอว่าท่าไหนที่ทำไม่ได้ก็ไม่ต้องฝืนทำเพราะจะทำให้เกิดการบาดเจ็บและฉีกขาดของกล้ามเนื้อได้

**การสะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงการปฏิบัติ**

จากการดำเนินกิจกรรมการบริหารร่างกายพบว่าผู้เข้าร่วมอบรมให้ความสนใจในเรื่องของการใช้ท่าฤๅษีดัดตนพื้นฐาน 15 ท่า เพราะหลายคนบอกว่าทำง่าย สะดวก ไม่ต้องสถานที่มากนักก็สามารถปฏิบัติได้ ทำแล้วรู้สึกถึงผลดีของการบริหารร่างกาย ผู้ป่วยโรคเบาหวานคนหนึ่งบอกว่า “ตอนเฮ็ดบ่เป็นตาได้แฮง แต่เฮ็ดแล้วเหงื่อออกย่อนยุเด้คุณหมอ สิดียุดอกฉันว่า” ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานบอกว่า “ฉันเฮ็ดแล้วกะรู้สึกว่าดีขึ้นยุเด้คุณหมอ เซาปวดหลังปวดคอเลย ขั้นเฮ็ดได้ทุกมื้อคือสิดียุดอกคุณหมอ” และจากการสังเกตขณะที่ผู้เข้าร่วมอบรมปฏิบัติท่าบริหารร่างอยู่นั้น ผู้ศึกษาสังเกตว่าผู้เข้าร่วมอบรมทุกคนมีความสนใจและตั้งใจทำมาก บางคนทำท่าไหนไม่ได้ก็พยายามทำ 2 – 3 รอบกว่าจะทำได้ และผู้เข้าร่วมอบรมหลายคนบอกว่าจะเอาไปทำเองต่อที่บ้านเพราะมีแผ่นพับแล้วจะสามารถปฏิบัติตามได้ พอผู้ศึกษาบอกว่าจะไปแอบดูว่าใครออกกำลังกายหรือใครไม่ออกกำลังกายบ้างผู้เข้าร่วมอบรมต่างหัวเราะชอบใจ

การประเมินผลครั้งที่ 1 วันที่ 6 กรกฎาคม 2559 จากการสังเกตและสอบถามจากผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักและเพื่อนบ้านใกล้เคียง ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายบริหารร่างกายสัปดาห์ละ 3 – 5 ครั้งอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 12 ราย โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความสนใจในการออกกำลังกายโดยใช้ท่าฤๅษีดัดตนเพราะสามารถดูท่าได้จากแผ่นพับที่แจกให้ไปในวันที่ทำกิจกรรม ผู้ป่วย 5 รายที่มีการปฏิบัติเพียงช่วง 1 – 2 สัปดาห์หลังการอบรมเท่านั้น จากนั้นไม่ได้ปฏิบัติอีก เพราะบอกว่าไม่มีเวลาขอเปลี่ยนวิธีการออกกำลังกายเป็นการบริหารร่างกายอย่างอื่นที่ได้ทำงานไปด้วย เช่น การปั่นจักรยานไปเก็บผักที่นา การขุดดิน การรดน้ำต้นไม้ รดน้ำผัก และผู้ศึกษาก็ได้แนะนำว่าก่อนและหลังการปฏิบัติกิจกรรม ประมา 5 – 10 นาที ให้ผู้ป่วยทำการยืดเหยียดกล้ามเนื้อด้วยทุกครั้ง มีผู้ป่วยที่ไม่ได้ออกกำลังกายโดยใช้ท่าฤๅษีดัดตนแต่ใช้วิธีการออกกำลังกายด้วยวิธีอื่นที่ตนเองถนัด คือ การเดินและการแกว่งแขน จำนวน 3 ราย แต่เพิ่มระยะเวลาในการออกกำลังกายจากเดิมที่ปฏิบัติได้ไม่ถึง 10 นาที ก็สามารถปฏิบัติได้ตั้งแต่ 20 นาทีขึ้นไปโดยมีผู้ดูแลเป็นคนจับเวลาในการออกกำลังกายให้ และผู้ดูแลหลักหลายคนก็บริหารร่างกายโดยใช้ท่าฤๅษีดัดตนท่าพื้นฐาน 15 ท่าเช่นเดียวกับผู้ป่วย และพบว่าอาการปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อดีขึ้น 5 คน จึงอยากให้ผู้ป่วยทำด้วย

การประเมินผลครั้งที่ 2 วันที่ 10 สิงหาคม 2559 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายแลบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอโดยใช้ท่าฤๅษีดัดตน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 – 5 วัน เพิ่มขึ้นเป็น 17 ราย เนื่องจากผู้ป่วยมีการพูดคุยประสบการณ์ซึ่งกันและกันในชุมชนขณะรวมกลุ่มกันนั่งเล่นที่บ้านของผู้ป่วยบางคน คนที่เคยออกกำลังกายก็บอกว่าร่างกายเบาขึ้น อาการปวดเมื่อยตามร่างกายของตนเองดีขึ้นจึงชักชวนกันออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ส่วนคนที่ไม่มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องก็หันมาออกกำลังกายเหมือนกับผู้ป่วยคนอื่นๆ บางครั้งเมื่อผู้ป่วยไปคุยเล่นกันที่บางของผู้ป่วยอีกคนหรือมีการรวมกลุ่มกันที่ทำกิจกรรมในวันพระ ผู้ป่วยก็มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันเกี่ยวกับท่าออกกำลังกาย มี 5 คนที่สามารถจดจำท่าได้โดยไม่ต้องดูเอกสารแผ่นพับแต่เรียงลำดับไม่ถูกทุกข้อ ผู้ป่วยที่ออกกำลังกายด้วยวิธีอื่นๆ เช่น ปั่นจักรยาน เพิ่มขึ้น จำนวน 3 คน

**กิจกรรมที่ 3** การอบรมเรื่องการรับประทานอาหารและสาธิตการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานในผู้ป่วยโรคเหวานและญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

**การดำเนินกิจกรรม** วันที่ 21 มิถุนายน 2559 เวลา 09.00 – 11.00 น. ณ ศาลาอเนกประสงค์หลังรพ.สต.(ชาวบ้านเรียกศาลา SML) มีผู้เข้าร่วมการอบรม 45 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 22 คน มีผู้ป่วย 1 คนไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้เนื่องจากมีโรคอื่นร่วมด้วยไม่สะดวกในการร่วมกิจกรรม แต่ผู้ศึกษาจะตามไปให้ความรู้รายบุคคลที่บ้านในโอกาสต่อไป ด้วยการติดตามสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้านของผู้ป่วยเอง ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 21 คน และประชาชนทั่วไปจำนวน 2 คน ผู้ศึกษาเป็นวิทยากรร่วมกับนักโภชนากรที่ได้เชิญมาให้ความรู้แก่ผู้เข้าร่วมอบรมจากโรงพยาบาลหนองกุงศรี อันดับแรกผู้ศึกษาได้แนะนำตัวเองและนักโภชนาการให้เกิดความคุ้นเคยกับผู้เข้าร่วมการอบรมเพื่อให้บรรยากาศการอบรมเป็นไปอย่างราบรื่น และเนื่องจากผู้เข้าร่วมการอบรมมีจำนวนมาก ผู้ศึกษาจึงจัดให้ผู้เข้าร่วมอบรมแยกเป็น 2 กลุ่มในการศึกษาโมเดลอาหารและการสาธิตอาหาร จากนั้นผู้ศึกษาได้เปิดโอกาสให้นักโภชนาการได้ให้ความรู้กับผู้เข้าร่วมอบรมอย่างเต็มที่โดยผู้ศึกษาคอยอำนวยความสะดวกของกิจกรรมและคอยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมการอบรมมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและตอบคำถามที่วิทยากรถามอย่างต่อเนื่อง โดยวิทยากรได้ให้ความรู้ตั้งแต่เรื่องประเภทของอาหารที่อีสานที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่แล้วตามปกติว่าประเภทใดบ้างที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยสอบถามผู้เข้าร่วมอบรมเพื่อให้มีส่วนร่วมด้วย ต่อมาวิทยากรได้แนะนำอาหารแต่ละประเภท เช่น ข้าวเหนียว ข้าวสวย ขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว ราดหน้า เป็นต้น รวมทั้งผักต่างๆ เช่น ฟักทอง เผือก ถั่วลิสง ฟัก ผักใบเขียว เป็นต้น เครื่องดื่มต่างๆที่มีส่วนผสมของน้ำตาล เช่น นมหวาน โอวัลติน ชาเขียว และเครื่องดื่มพร้อมดื่มต่างๆ โดยเปรียบเทียบให้ผู้เข้าร่วมอบรมได้เห็นว่าในอาหารและเครื่องดื่มแต่ละชนิดนั้นมีส่วนผสมของน้ำตาลกี่ช้อน และผู้เข้าร่วมอบรมก็ได้ซักถามข้อสงสัยกับวิทยากรอยู่เป็นระยะ และต่อมาวิทยากรได้ให้ความรู้แก่ผู้เข้าร่วมอบรมในเรื่องของการใช้เครื่องปรุงรสต่างๆในการประกอบอาหารว่าเครื่องปรุงแต่ละชนิดมีส่วนประกอบของสารที่มีประโยชน์และมีโทษต่อร่างกายอย่างไรบ้าง เช่น ผงชูรส รสดี คะนอร์ น้ำปลา ซีอิ๊วขาว ซีอิ๊วดำ ซอสปรุงรส ซอสหอยนางรม เป็นต้น ผู้ศึกษาก็ได้กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมอบรมได้ซักถามข้อสงสัยกับวิทยากรอย่างเหมาะสม และลำดับสุดท้ายก่อนรับประทานอาหาร่วมกันวิทยากรสาธิตการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งอาหารที่นำมาสาธิตนั้นล้วนแต่เป็นอาหารอีสานที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ทำรับประทานอยู่เป็นประจำอยู่แล้ว คือ ส้มตำ แกงหวายใส่เห็ด ปลานึ่งและผักลวก ซึ่งในการสาธิตการประกอบอาหารนั้นผู้ศึกษาและนักโภชนาการได้เตรียมวัตถุดิบในการประกอบอาหารไว้หมดแล้วจะสาธิตเพียงขั้นตอนการทำและการใส่เครื่องปรุงรสต่างๆให้เหมาะสม และในระหว่างการสาธิตอาหารนั้นผู้ศึกษาจะเป็นคนอธิบายขั้นตอนการทำต่างๆและคอยตอบคำถามแก่ผู้เข้าร่วมอบรมที่มีข้อสงสัย โดยมีนักโภชนาการเป็นผู้สาธิตการประกอบอาหาร หลังจากประกอบอาหารเสร็จเรียบร้อยทุกคนก็ร่วมกันรับประทานอาหารที่เพิ่งทำเสร็จ รับประทานอาหารเสร็จก็ปิดการอบรมแยกย้ายกันกลับบ้าน

**การสะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงการปฏิบัติ**

จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมการอบรมซึ่งประกอบไปด้วยผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานและประชาชนทั่วไป ทุกคนต่างให้ความสนใจในกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องอาหาร เครื่องปรุง และการสาธิตการประกอบอาหาร ญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานบางคนบอกว่า “ฉันเฮ็ดแนวกินให้แม่กินทุกมื้อฉันกะบ่เคยรู้แหล่วคุณหมอว่ามันเหมาะสมกับโรคบ่ฉันกะเฮ็ดไปโลด กะบ่หวานปานได๋เด้หล่ะ แต่คนอื่นสิว่าจังได๋ฉันบ่รู้ บ่เคยใช้ช้อนตวงเครื่องปรุงจักเทือมีแต่ซิดๆใส่โลด” พูดจบทุกคนก็หัวเราะชอบใจว่าตนเองก็ทำแบบนั้นเหมือนกัน บางคนบอกว่า “คุณหมอบอกว่าให้ใช้ช้อนตวงเบิ่งก่อนใส่แนวกิน ต่อไปนี้ฉันสิลองตวงเบิ่งยุดอก” และในช่วงของการบรรยายถึงสารต่างๆที่มีในเครื่องปรุงรสนั้นผู้เข้าร่วมอบรมต่างพากันสนใจมากเพราะไม่เคยรู้มาก่อนว่าเครื่องปรุงรสที่ตนเองใช้อยู่เป็นประจำในการปรุงอาหารนั้นมีประโยชน์หรือมีโทษอย่างไร โดยเฉพาะผงชูรส รสดี บางคนบอกว่า “ฉันกะบ่รู้แหล่วว่ามันบ่ดี รู้แต่ว่าใส่แล้วมันแซบ ใส่หลายแซบหลายนัวหลาย ยามตำบักหุ่งแฮงใส่หลายเด้” พูดจบทุกคนก็หัวเราะชอบใจเพราะทุกคนต่างปฏิบัติคล้ายๆกัน หลังจากวิทยากรบรรยายเรื่องการรับประทานอาหารแลกเปลี่ยนและปริมาณแป้งและน้ำตาลในอาหารเสร็จนั้นผู้ป่วยรายหนึ่งพูดขึ้นว่า “ถ้ากินข้าวสวยมันบ่อิ่มท้องคือกินข้าวเหนียว ไปเฮ็ดเวียกบ่ได้โดย บ่อพอคาวกะหิวแล้ว กินข้าวเหนียวกะต้องกินเกือบเบิดติบน้อยพุ้นเด้จังสิอิ่ม” ผู้ป่วยอีกรายบอกว่า “ยามบุญกินข้าวปุ้นย้ำยากะทิข่อยกะกิน 4 – 5 ติ้วพุ้นแหล่วจังพอ” และผู้เข้าร่วมอบรมส่วนใหญ่ก็ตั้งใจฟังการบรรยายและมีการซักถาม เสนอความคิดเห็นเป็นระยะ ในส่วนของการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น ผู้เข้าร่วมอบรมให้ความสนใจเป็นพิเศษโดยเฉพาะผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพราะเป็นคนทำกับข้าวให้ผู้ป่วยรับประทาน ผู้ดูแลบางคนบอกว่า “บางเทื่อฉันเฮ็ดแนวกินจางๆ บ่อยากเฮ็ดหวานๆเค็มๆให้เพิ้นกิน เพิ้นกะว่ามันบ่แซบเด้คุณหมอ” และหลังจากการสาธิตการประกอบอาหารเสร็จทุกคนร่วมกันรับประทานอาหาร บางคนบอกว่า “สิแซบบ่น้อบ่ใส่ผงชูรส” ทำให้หลายๆคนหัวเราะเพราะต่างคนก็ต่างคิดเช่นนั้น พอถึงตอนรับประทานจริงๆหลายคนก็บอกว่ารสชาติอาหารก็อร่อยดี ไม่ได้ต่างกับการปรุงโดยมีผงชูรสหรือเครื่องปรุงมากมายเลย บางคนบอกกับแม่ที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานว่า “กะแซบยุเด้หล่ะ ต่อไปเฮาเฮ็ดกินแบบนี้เน๊าะแม่” ผู้ศึกษาจึงอธิบายเสริมว่าการรับประทานอาหารอย่าไปติดกับความอร่อยของรสชาติเพราะเครื่องปรุงรสต่างๆที่มีขายตามท้องตลาดทุกวันนี้มีมากมายเหลือเกิน ตอนนี้กระทรวงสาธารณสุขก็ได้มีการรณรงค์ “ลดปรุง ลดพุง ลดโรค” ผู้เข้าร่วมอบรมต่างหัวเราะชอบใจ และพอรับประทานอาหารเสร็จก็ช่วยกันเก็บข้าวของและแยกย้ายกันกลับบ้าน

การประเมินผลครั้งที่ 1 วันที่ 6 กรกฎาคม 2559 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานหลายคนยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารแบบเดิมอยู่ คือยังมีการรับประทานข้าวเหนียวกับผลไม่สุกอยู่ แต่ส่วนที่เปลี่ยนได้ คือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม นมหวาน กาแฟ โอวัลติน เป็นต้น ผู้ป่วยที่เคยดื่มเป็นประจำจะดื่มน้อยลงและผู้ป่วยที่เคยดื่มบ้างจะไม่ดื่มเลย แต่การใช้เครื่องปรุงรสต่างๆผู้ป่วยและผู้ดูแลยังมีการใช้อยู่โดยเฉพาะผงชูรส น้ำปลา น้ำตาล แต่มีการลดปริมาณลงบ้างโดยไม่รับประทานรสจัดเหมือนเดิม ผู้ดูแลหลักบางคนเคยรับประทานอาหารเค็มจัด หวานจัดก็เปลี่ยนตัวเองรับประทานอาหารรสจืดลงมาหน่อย โดยบางคนบอกว่า “คุณหมอแต่ก่อนฉันปรุงก๋วยเตี๋ยวต้องใส่พริก 1 ช้อน น้ำตาล 3 ช้อน แล้วซิดน้ำปลาใส่จนเค็มจังกินได้ แต่ทุกมื้อนี้ฉันใส่เครื่องปรุงน้อยลงคือคุณหมอว่า” ผู้ป่วยบางรายบอกกว่า “ถ้าเฮ็ดแนวกินบ่ใส่ผงชูรสฉันกะว่ามันบ่แซบแม๋คุณหมอขอให้ฉันใส่นิดเดียวฉันกะพอใจแล้ว”

การเมินผลครั้งที่ 2 วันที่ 10 สิงหาคม 2559 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแล 6 ครอบครัวสามารถรับประทานข้าวจ้าวแทนข้าวเหนียวได้เพราะที่บ้านทำนาข้าวจ้าวอยู่แล้ว สาเหตุที่แต่ก่อนไม่ค่อยรับประทานข้าวจ้าวเพราะรู้สึกหิวเร็ว ทำงานหนักก็จะเหนื่อยเร็ว แต่หลังจากรับการอบรมความรู้แล้วผู้ดูแลซึ่งเป็นคนทำอาหารได้หุงข้าวจ้าวให้ผู้ป่วยรับประทานทุกวัน และหลังจากรับประทานข้าวจ้าวแล้วประมาณหนึ่งเดือนกว่าๆปรากฏว่าระดับน้ำตาลที่เคยสูงก็ลดลงเล็กน้อย มีผู้ป่วย 7 คนสามารถควบคุมอาหารที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดได้ ด้วยการ ลดการกินข้าวเหนียวกับผลไม้ แต่จะรับประทานบ้าง เป็นบางเวลาเท่านั้น ผู้ป่วย 8 ราย บอกว่าตนเองเลิกรับประทานอาหารผัด ทอดและเนื้อติดมันแล้วและอาหารที่มีรสหวานๆแล้วจะได้รับประทานบ้างตอนมีงานบุญประเพณีของหมู่บ้านเท่านั้น

**1.4.2 โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน**

**กิจกรรมที่ 1** การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง และการดูแล ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ควบคุมระดับน้ำตาลได้โดยการบรรยายในภาพรวมและอบรมเชิงปฏิบัติการการประเมินอาการผู้ป่วยโรคเบาหวานเบื้องต้นและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและวัดความดันโลหิต

**การดำเนินกิจกรรม** วันที่ 24 มิถุนายน 2559 เวลา 09.00 – 11.00 น. เป็นการบรรยายเรื่องสถานการณ์โรคเบาหวานในชุมชน ความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนควรรู้ รวมถึงการดูแลและการประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนให้ได้รับการช่วยเหลือและส่งต่อได้อย่างทันเวลา โดยพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ โดยในช่วงเช้าจะมีผู้เข้าร่วมการอบรมทั้งอสม.และผู้นำชุมชน และเวลา 13.00 – 15.00 น.เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้นด้วยการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและการวัดความดันโลหิต แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ ในการบรรยายเนื้อหาในช่วงเช้านั้น มีผู้เข้าร่วมอบรมทั้งหมดจำนวน 15 คน ประกอบด้วย อาสาสมัครสารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 13 คนและผู้นำชุมชนจำนวน 2 คน ด้วยความคุ้นเคยกันดีอยู่แล้วระหว่างผู้ศึกษาและผู้เข้าร่วมอบรมจึงไม่มีพิธีอะไรมากมายหลังจากอธิบายวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมในครั้งนี้เสร็จผู้ศึกษาก็นำผู้ร่วมการอบรมเข้าสู่เนื้อหาสถานการของโรคเบาหวานในชุมชน โดยได้ถามผู้เข้าร่วมอบรมว่ามีใครทราบว่าในชุมชนมีผู้ป่วยโรคเบาหวานกี่คน ผู้ป่วยคนใดมีภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีส่วนร่วมและรับรู้สถานการณ์ของชุมชนของตนเอง จากนั้นผู้ศึกษาก็บรรยายเนื้อหาต่อด้วยเรื่องโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน และการประเมินอาการของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะเทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน การให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างเหมาะสม ในระหว่างการบรรยายผู้ศึกษาก็ได้ถามกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมการอบรมมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรยากาศของการอบรมไม่น่าเบื่อ หลังจากบรรยายเนื้อหาเสร็จก็พักรับประทานอาหารเที่ยงและอบรมเชิงปฏิบัติการสอนอาสาสมัครสาธรณสุขในการประเมินผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและวัดความดันโลหิตเบื้องต้น โดยผู้ศึกษาให้อาสาสมัครสาธารณสุขแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน ส่วนคนที่เหลือให้อยู่กับกลุ่มใดกลลุ่มหนึ่งก็ได้ จากนั้นผู้ศึกษาก็แจกอุปกรณ์เจาะน้ำตาลปลายนิ้วและเครื่องวัดความดันให้ทั้งสองกลุ่ม จากนั้นผู้บรรยายก็อธิบายวิธีการใช้อุปกรณ์แต่ละชนิด ดังนี้ 1) วิธีการใช้เครื่องวัดความดันและการวัดความดันที่ถูกต้อง ตั้งแต่การอธิบายอุปกรณ์วัดความดันที่ประกอบด้วย หูฟัง การใช้หูฟัง เครื่องวัดความดันแบบใช้มือและเครื่องวัดความดันแบบดิจิตอล การดูสายและข้อต่อต่างๆ การเลือกขนาดของคัฟ การพันคัฟและตำแหน่งการพันคัฟ การคลำชีพจรและการใช้หูฟัง การบีบลมรวมถึงการฟังเสียง Systolic and Diastolic Blood Pressure การอ่านค่าและการแปรผลความดันโลหิต การดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีระดันความดันโลหิตระดับต่างๆอย่างเหมาะสม และการใช้เครื่องวัดความดันแบบดิจิตอล แล้วให้อาสาสมัครสาธารณสุขจับคู่กันในกลุ่ม ส่วนคนที่ไม่มี่คู่ให้มาคู่กับผู้ศึกษา จากนั้นผู้ศึกษาทำการสาธิตวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องจากนั้นให้ทุกคนลองวัดความดันโลหิตให้กับคู่ของตันเองแล้วสลับกันวัดแล้ซ้อมวัดหลายๆครั้ง คู่ใดที่มีความมั่นใจแล้วผู้ศึกษาจะทำการทดสอบโดยการวัดซ้ำและใช้หูฟังไปพร้อมๆกัน แล้วแปลผล คู่ไหนสอบผ่านจึงจะให้เบรคเข้าห้องน้ำและรับอาหารว่างได้ 2) การใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด โดยเริ่มตั้งแต่ การใส่ถ่านเครื่องอ่านผลค่าน้ำตาลในเลือด การใส่ CODE ในเครื่องให้ตรงกับแถบอ่านระดับน้ำตาล การเปิดเครื่อง การใส่แถบอ่านระดับน้ำตาล การเลือกนิ้วที่เหมาะสำหรับการเจาะเลือด การใช้สำลีแอลกอฮอล์เช็ดปลายนิ้วก่อนเจาะนิ้ว การใช้เข็มเจาะปลายนิ้ว การเอาเลือดใสแถบอ่าน การอ่านค่าและการแปรผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การดูแลและการแนะนำผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดตามระดับต่างๆอย่างเหมาะสม จากนั้นผู้ศึกษาทำการสาธิตการเจาะน้ำตาลในเลือดคู่กับอาสาสมัครสาธารณสุขคนที่ไม่มีคู่เป็นตัวอย่างให้ผู้เข้าร่วมอบรวมคนอื่นๆดูเป็นตัวอย่าง แล้วให้ทุกคนจับคู่กับในกลุ่มเพื่อเจาะน้ำตาลปลายนิ้วให้กัน และแปรผลแล้วให้คำแนะนำตามระดับน้ำตาลของแต่ละคน

**การสะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงการปฏิบัติ**

จากการดำเนินกิจกรรมไปนั้นผู้ศึกษาได้สังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมการอบรม พบว่า ผู้เข้าร่วมการอบรมทุกคนมีความสนใจและตั้งใจฟังการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตและการเจาะน้ำตาลในเลือดเป็นอย่างมาก อาจจะเป็นเรื่องใหม่สำหรับบางคนที่เพิ่งได้รับตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นปีแรกจึงทำให้ตื่นเต้นและสนใจเป็นอย่างมาก และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับตำแหน่งมานานแล้วแต่ไม่ได้รับการสอนหรือบางคนได้รับการสอนมานานหลายปีแล้วแต่ไม่มีการฟื้นฟูความรู้และไม่ได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทำให้ลืมและเกิดความประหม่า ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติ หลังจากที่ผู้ศึกษาได้แนะนำผู้เข้าร่วมอบรมไปว่า “ก่อนที่จะเจาะน้ำตาลปลายน้ำหรือการวัดความดันให้ผู้ป่วยหรือคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้กับประชาชนทั่วไปนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ที่จะเป็นคนทำให้คนอื่นจะต้องมีความเชื่อมั่นในตนเองและมีความมั่นใจว่าตนเองต้องทำได้ก่อน เพราะถ้าผู้ที่จะทำให้สั่นงกๆผู้ที่จะถูกเจาะคงต้องสั่นมากกว่า” ผู้เข้าร่วมการอบรมทุกคนต่างหัวเราะชอบใจเพราะเป็นแบบนั้นจริงๆ และมีบางคนบอกว่า “ถ้าได้เฮ็ดดู๋ๆมันกะสิเกิดความมั่นใจขึ้นยุดอกคุณหอ แต่กี้หมอสอนเทื่อเดียวแล้วกะแล้วไปเลยเน๊าะบ่ได้เฮ็ดจักเทื่อ” หลังจากผู้ศึกษาให้ผู้เข้าร่วมอบรมปฏิบัติหลายๆครั้งเพื่อให้เกิดความมั่นใจยิ่งขึ้น ก็พบว่าผู้เข้าร่วมการอบรมมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น มีคนหนึ่งบอกว่า “เฮ็ดได้ยุดอกคุณหมอมันกะบ่ได้ยากกะด้อดอก” หลังจากผู้เข้าร่วมการอบรมฝึกปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจแล้วผู้ศึกษาก็บอกว่าต่อไปทุกคนจะได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและวัดความดันโลหิตให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับยาที่รพ.สต. ณ สุขศาลาของหมู่บ้านเดือนละ 1 ครั้ง ผู้เข้าร่วมการอบรมหลายคนถามว่า “ถ้าอสม.เฮ็ดให้ผู้ป่วยสิยอมให้เฮ็ดให้ติคุณหมอ” ผู้ศึกษาได้ตอบไปว่าการเจาะน้ำตาลในเลือดและการวัดความดันให้ผู้ป่วยที่สุขศาลานั้นจะมีเจ้าหน้าที่ดูแลอย่างใกล้ชิด การปฏิบัติทุกอย่างอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่ ผู้เข้าร่วมอบรมทุกคนเข้าใจแล้วแยกย้ายกันกลับบ้าน

ประเมินผลครั้งที่ 1 วันที่ 7 กันยายน 2559 พบว่าผู้ใหญ่บ้านมี่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยให้สามรถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และมีความตระหนักในพฤติกรรมสุขภาพของแม่ตนเองซึ่งเป็นโรคเบาหวานด้วย รวมไปถึงพฤติกรรมของตนเองที่กลัวว่าจะได้รับการสืบทอดเป็นโรคเบาหวานด้วย ในส่วนของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนนั้นผู้ใหญ่บ้านรับรู้และปฏิบัติได้เป็นอย่างดี ทั้งการประกาศประชาสัมพันธ์การรับยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานและการตรวจเยี่ยมให้กำลังใจอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่สุขศาลาของหมู่บ้าน ในส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การดูแลและช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยให้มีสุขภาพที่ดีสามารถประเมินอาการเบื้องต้นโดยการวัดความดันโลหิตและการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วให้กับผู้ป่วยได้ แต่อาสาสมัครสาธารณสุขยังมีความเกร็งๆ ปฏิบัติยังไม่มีความคล่องแคล่วมากนัก แต่ก็ช่วยกันบอกและเตือนกันในการปฏิบัติ หลายคนยังไม่มีความแน่ใจในหลักการปฏิบัติผู้ศึกษาจึงต้องสาธิตวิธีการวัดความดันโลหิตและการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วได้อาสาสมัครสาธารณสุขดูอีกรอบและให้ลองทำทั้งกับอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยกันและกับผู้ป่วยจริงเพื่อให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น แต่จะมีอาสาสมัครบางคนที่สามารถปฏิบัติได้อย่างคล่องแคล่วเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับคนอื่นๆได้

การประเมิลผลครั้งที่ 2 วันที่ 12 ตุลาคม 2559 พบว่าผู้ใหญ่บ้านมีความเข้าใจระบบดีและสามารถเป็นส่วนหนึ่งของระบบปฏิบัติตามแนวทางและข้อตกลงร่วมกันได้อย่างดี อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้และความมั่นใจสามารถให้บริการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและวัดความดันโลหิตให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สุขศาลาได้อย่างดีและสามารถส่งต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่เมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือพบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องได้รับความช่วยเหลือด่วนได้อย่างเมาะสม เช่น เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประเมินอาการผู้ป่วยเบื้องต้นและพบว่าผู้ป่วยมีระดับความดันสูง ขนาดให้ผู้ป่วยนอนพักแล้ววัดซ้ำหลังพัก 15 นาที อาสาสมัครสาธารณสุขก็ได้ติดต่อกับเจ้าหน้าที่เพื่อนำส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลได้อย่างทันเวลาและปลอดภัย รวมถึงการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วให้กับผู้ป่วยในชุมชนที่มีอาการผิดปกติ โดยผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร วิงเวียนศีรษะ นอนไม่หลับมา 2 วัน ญาติผู้ดูแลจึงแจ้งให้อาสาสมัครสาธารณสุขทราบและไปประเมินอาการเบื้องต้นที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยมีอาการบวมที่ขาสองข้าง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ซึม ง่วงนอนตลอด เมื่อเจาะน้ำตาลปลายนิ้วพบว่าสูงมาก และความดันโลหิตค่อนข้างสูง อาสาสมัครสาธารณสุขจึงประสานงานกับเจ้าหน้าที่เพื่อที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลได้ ต่อมาผู้ศึกษาและอาสาสมัครสาธารณสุขได้ลงเยี่ยมบ้านประเมินผลหลังการให้ความรู้รายบุคคลของผู้ป่วยรายนี้ พบว่า ผู้ดูแลบอกว่า “ยายเพิ้นได้ยามาจากพี่น้องมาแต่ทางสกลออกว่าเป็นยาดีรักษาโรคเบาหวานได้ เขากินแล้วเซามาหลายคนแล้ว ยายกะเลยกิน ฉันกะบ่รู้ดอกว่าเพิ้นกินนั่นคุณหมอ ช่วงนี้ฉันกะบ่ค่อยได้อยู่บ้านนำพิ้น ไปแต่ไฮ่เลยบ่ฮู้ว่าเพิ้นกินจังได๋ ฉันเห็นขวดยาเลยถามเพิ้น เลยบอกว่ากินได้สองอาทิตย์กว่าๆแล้วว่าสั่น” ผู้ศึกษาจึงได้ขอตัวยาไปให้ทางเภสัชกรที่โรงพยาบาลพิสูจน์ดูให้ว่าเป็นยาอะไรและมีผลต่อร่างกายอย่างไร เพื่อที่จะสามารถแนะนำผู้ป่วยรายอื่นๆอีกต่อไป

**กิจกรรมที่ 2** การพัฒนารูปแบบการบริการในคลินิกโรคเบาหวานโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมและการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนทั้งคนที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้และไม่ได้

**การดำเนินกิจกรรม** เริ่มต้นวันที่ 9 สิงหาคม 2559 เวลา 10.00 – 11.00 น. ต่อไปจะมีการจัดกิจกรรมทุกวันพุธแรกของเดือ ผู้ศึกษาได้ทำการนัดหมายผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานกิจกรรมวันคลินิกโรคเบาหวานเพื่อประชุมปรึกษาหารือการพัฒนาแนวทางจัดกิจกรรมวัดคลินิกโรคเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร่วมกับผู้ศึกษาอีก 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 13 คน ผู้ใหญ่บ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 โดยผู้ศึกษาได้บอกถึงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมในครั้งนี้ เพื่อพัฒนากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในวันคลินิก ที่ทุกคนรับทราบปัญหาดีอยู่แล้วและพร้อมใจกันพัฒนาในครั้งนี้ โดยเริ่มจากการแจกตารางวันคลินิก ให้กับผู้ร่วมการประชุมได้ดู ว่าจะมีการนัดผู้ป่วยในวันคลินิกดังกล่าว ตามที่ผู้ศึกษาได้ปรึกษาหารือกับผู้ป่วยโรคเบาหวานไว้เป็นที่เรียบร้อยแล้วและได้ข้อตกลงร่วมกันในการแนวทางการพัฒนาการจัดกิจกรรมในวันคลินิกโรคเบาหวานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการในวันคลินิกของเดือนที่แล้ว(วันที่ 6 กรกฎาคม 2559) โดยในวันก่อนวันคลินิกโรคเบาหวานอย่างน้อย 1 วัน เจ้าหน้าที่จะทำหนังสือประชาสัมพันธ์การรับยาต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อให้ผู้ใหญ่บ้านทำการประกาศประชาสัมพันธ์ในคืนวันก่อนการรับยาและเช้าตรู่ของวันรับยา โดยในหนังสือจะระบุ วัน เวลา สถานที่ เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว รายชื่อผู้ที่ต้องรับยาตามนัดในวันนั้นๆและข้อปฏิบัติก่อนการเจาะน้ำตาลในเลือดคือการงดน้ำงดอาหารก่อนเจาะเลือดอย่างน้อย 6 – 8 ชั่วโมงและทำการแพ็คยาของผู้ป่วยที่นัดมารับยาในวันนัดนั้นๆ ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขนั้นจะต้องไปเบิกอุปกรณ์เจาะน้ำตาลปลายนิ้วและเครื่องวัดความดันที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือทุกเดือนโดยเจ้าหน้าที่ ก่อนวันนัดอย่างน้อย 1 วันเพื่อเตรียมความพร้อม และทุกคนต้องช่วยกันปฏิบัติหน้าที่ ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องคอยเป็นพี่เลี้ยงและคอยดูแลอาสาสมัครสาธรณสุขที่อยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่อย่างใกล้ชิด เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่รพ.สต.ก็จะได้รับบริการที่มีคุณภาพเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เช่น การออกกำลังกายบริหารร่างกาย แช่มือแช่เท้าและเจ้าหน้าที่ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเท้าของตนเอง การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้องของผู้ป่วย การทำกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสูงและผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานแต่ละคน เป็นต้น โดยจะสลับกิจกรรมกันในแต่ละเดือนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด และเมื่อทุกคนเข้าใจแนวทางการปฏิบัติตรงกันแล้วก็แยกย้ายกันกลับบ้านส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขนั้นรอเบิกอุปกรณ์เจาะน้ำตาลปลายนิ้วและเครื่องวัดความดันกับเจ้าหน้าที่ และวันที่ 10 สิงหาคม 2559เวลา 06.00 – 07 .00ณสุขศาลาบ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ผู้ใหญ่บ้านประกาศประชาสัมพันธ์การรับยาในวันคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเวลา 06.00 น. อาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 5 คนได้ตั้งโต๊ะจัดเตรียมสถานที่เพื่อรองรับผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับบริการ และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานทยอยกันมารับบริการเรื่อยๆ อาสาสมัครสาธารณสุขนั่งประจำโต๊ะให้บริการวัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาลปลายนิ้วและเขียนบันทึกลงสมุด 2 คน และผู้ปฏิบัติยังไม่มีความชำนาญและความเชื่อมันในตนเองยังมีน้อย ทำให้การบริการค่อนข้างล่าช้าอีก 3 คน ช่วยวัดส่วนสูงและชั่งน้ำหนักผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยจำน้ำหนักและส่วนสูงของตัวเองไว้ แล้วผู้ป่วยก็กลับบ้านไปอาบน้ำแต่งตัว รับประทานอาหารรอไปรับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานที่รพ.สต. ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขช่วยกันจนถึงเวลา 07.00 น. ไม่มีผู้ป่วยมาเพิ่มอีกจึงพากันเก็บอุปกรณ์เข้าไว้ในสุขศาลาตามเดิมจากนั้นไปติดตามเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและวัดความดันโลหิตให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถเดินมารับบริการได้ที่บ้าน และเจ้าหน้าที่ก็มาเตรียมสถานที่ในการปฏิบัติกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและเตรียมยาที่ได้แพ็คไว้แล้วนั้น พอถึงสถานบริการก็พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานมารอรับบริการเจาะน้ำตาลที่รพ.สต.จำนวน 2 คน เมื่อสอบถามว่าทำไมไม่ไปรับบริการที่สุขศาลากับอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยก็บอกว่ากลัว ไม่กล้าไปทำกับอสม. แล้วผู้ศึกษาก็ทำการเจาะน้ำตาลในเลือดและวัดความดันโลหิตให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากนั้นจึงแนะนำให้ผู้ป่วยกลับไปรับประทานอาหารให้เรียบร้อยเพราะผู้ป่วยคนอื่นที่ไปรับบริการที่สุขศาลาเขารับประทานอาหารกันหมดทุกคน ไม่ต้องมาอดทนหิวข้าวอยู่ที่รพ.สต. ผู้ป่วยจึงกลับบ้านไป เวลา 09.00 – 10.00 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมาถึงรพ.สต.แล้วร่วมกันทำกิจกรรมการบริหารร่างกายโดยท่าบริหารร่างกายพื้นฐาน 15 ท่าของฤๅษีดัดตน ที่เคยสอนไปเมื่อครั้งก่อนเป็นเวลา 30 นาที แล้วผู้ป่วยก็รับยากลับบ้านในเวลา 10.00 น. พร้อมกันทุกคน

**การสะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงการปฏิบัติ**

จากการดำเนินกิจกรรมผ่านพ้นไปแล้วนั้นพบว่า เจ้าหน้าที่มีการจัดเตรียมยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานไว้ก่อนวันนัดอย่างน้อย 1 วันทำให้มีเวลาเหลือทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและยังลดภาระงานในวันคลินิกโรคเบาหวานที่บางครั้งเจ้าหน้าที่รพ.สต.ต้องไปประชุม อบรม หรือไปราชการนอกสถานที่แล้วเหลือเจ้าหน้าที่อยู่เพียง 1 – 2 คนก็สามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้นำชุมชนพึงพอใจที่ได้ประชาสัมพันธ์ข่าวสารแก่ประชาชนในหมู่บ้านเพราะทำให้ผู้นำมีบทบาทที่น่าเชื่อถือและมีส่วนร่วมกับประชาชนเพิ่มมากขึ้นในสายตาของลูกบ้าน ในส่วนของผู้ป่วยโรคเบาหวานจากการสอบถามความพึงพอใจผู้ป่วยที่รับบริการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วที่สุขศาลาก็พบว่ามีผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 71.43 โดยผู้ป่วยบอกว่า “การรับบริการยุสุขศาลากับอสม.กับการรับริการยุรพ.สต.กับคุณหมอมันกะคือๆกันนั่นหล่ะบ่แตกต่างกันปานได๋ดอกเพราะเข้าใจว่าอสม.กะยังบ่มีความชำนาญคือหมอแต่เทื่อนี่เป็นเทื่อแรก เชื่อว่าในเทื่อต่อไปต้องเฮ็ดได้ดีบ่แพ้หมอดอกแล้วอีกอย่างอสม.กะได้รับการสอนจากคุณหมอเบิดแล้ว ละอีกอย่างมีหมออยู่นำตลอดบ่ย่านดอกปะสาเจาะนิ้วซือๆ มีดปาดลึกกว่านี้อีก” ส่วนผู้ป่วยที่ไม่แน่ใจและไม่มั่นใจในบริการจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 23.81 ให้ข้อเสนอแนะว่า “อสม.เขากะเฮ็ดได้ยุดอก แต่อาจสิบ่ดีคือหมอเฮ็ด แต่กะดีม่องที่ว่าได้กินข้าวมาก่อนมารับยานั่นหล่ะคุณหมอ” และผู้ป่วยที่ไม่พึงพอใจในบริการจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.76 โดยผู้ป่วยให้เหตุผลว่า “ฉันว่าจังได๋อสม.กะเฮ็ดบ่ได้คือคุณหมอดอกแต่เดือนหน้าฉันสิไปเจาะนำลองเบิ่งยุดอก” แล้วผู้ศึกษาก็สอบถามความพอพอใจในการบริการภาพรวมอีกครั้งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ชอบที่ไม่ต้องมานั่งรอรับบริการจากเจ้าหน้าที่ที่รพ.สต.ตั้งแต่เช้าตรู่กว่าจะได้รับประทานอาหารก็เกือบ 09.00 น. และกว่าจะได้รับยากลับบ้านเหมือนแบบเดิมก็เกือบเที่ยงถึงได้กลับบ้าน แบบใหม่ดีกว่า ในส่วนของอสม.พบว่ามาไม่ครบทุกคน เมื่อสอบถามถึงเหตุผลที่มาสามารถมาร่วมได้นั้นพบว่าส่วนใหญ่บอกว่าติดภารกิจไม่สามารถมาได้ แต่สำหรับคนที่มานั้นให้เหตุผลว่า “ไผกะมีธุรคือกันเบิดนั่นหล่ะแต่ว่ามาทำงานซะก่อนจังไปเฮ็ดแนวอื่น อีกอย่างการมาเฮ็ดมันกะใช้เวลานิดเดียวบ่เกินชั่วโมงดอก” ผู้ศึกษาจึงเรียกอาสาสมัครสาธารณสุขมาคุยกันและทำข้อตกลงร่วมกันอีกครั้ง เพื่อการดำเนินงานต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง จึงได้ข้อตกลงร่วมกันว่าทำเป็นตารางเวรการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเดือนละ 1 ครั้งโดยจะแบ่งเป็น 2 ทีม ทีมหนึ่ง 6 คน อีกทีมหนึ่ง 7 คน ให้ช่วยกันปฏิบัติงานเพื่อความสะดวกและรวดเร็วทั้งต่อตนเองและผู้รับบริการ เพราะจากการปฏิบัติในครั้งแรกพบว่า คนนั่งโต๊ะให้บริการไม่เพียงพอ ควรมี 3 คน โดยแบ่งงานกันให้คนที่ 1 วัดความดันโลหิต คนที่ 2 เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว คนที่ 3 เป็นคนบันทึกผลระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต น้ำหนักและส่วนสูง ส่วนอีก 3 – 4 คนที่เหลือ แบ่งให้คนหนึ่งประจำที่จุดชั่งน้ำหนัก อีกคนวัดส่วนสูงและที่เหลือคอยอำนวยความสะดวกทั่วๆไปให้กับผู้ป่วย ทุกคนรับทราบและเข้าใจดีและประเมินผลในเดือนต่อไป

การประเมินผลครั้งที่ 1 วันที่ 7 กันยายน 2559 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับบริการเจาะน้ำตาลปลายน้ำและวัดความดันโลหิตกับอาสาสมัครสาธารณสุขมีความพึงพอใจและมั่นใจเพิ่มมากขึ้น โดยประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในกิจกรรมวันคลินิกโรคเบาหวาน ส่วนกิจกรรมการให้ความรู้ที่รพ.สต.นั้น เจ้าหน้าที่ได้จัดให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมกลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตามในเลือดสูงและผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนรับยากลับบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขเมื่อมีตารางเวรการปฏิบัติงานแล้วคนที่ได้รับมอบหมายก็สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม ไม่มีการเกี่ยงงานกัน ทุกคนช่วยเหลือกันดีและรับผิดชอบงานส่วนที่ตนเองรับผิดชอบเป็นอย่างดี

การประเมินผลครั้งที่ 2 วันที่ 12 ตุลาคม 2559 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนที่ได้รับบริการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและวัดความดันโลหิตที่สุขศาลากับอาสาสมัครสาธารณสุขนั้นทุกคนมีความพึงพอใจในบริการและระบบบริการในวันคลินิกโรคเบาหวาน และมีความพึงพอใจมากกว่าแบบเดิม เพราะมีความสะดวก รวดเร็ว ได้รับความรู้ในแต่ละครั้งที่มารับยารวมถึงการการให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในเรื่องต่างๆ เช่น การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ เป็นต้น

กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรวมถึงผู้นำชุมชน

ครั้งที่ 1 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ความเป็นอยู่และการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้านรวมถึงเป็นการประเมินทบทวนความรู้ที่ได้จากการอบรมว่าผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมหรือไม่ และติดตามให้ความรู้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวที่ไม่ได้เข้าร่วมการอบรมที่จัดขึ้น ถึงความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง การดูแลตนเองที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโดยญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเหวาน

ครั้งที่ 2 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลจากการอบรมให้ความรู้เชิงวิชาการ ปัญหาและอุปสรรคต่อการปฏิบัติพร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางในหารแก้ไขปัญหา โดยจะมีช่วงระยะห่างจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ประมาณ 2 – 3 สัปดาห์ และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอีกครั้งจะมีการติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อประเมินผลการดำเนินโครงการในวันนัดคลินิกโรคเบาหวาน และมีการจัดทำแนวทางในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานและเจ้าหน้าที่ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนต้องได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดบอสม.และเจ้าหน้าที่และมีการบันทึกผลการเยี่ยมบ้านไว้อย่างชัดเจนเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังรวมถึงผู้ป่วยที่พึ่งออกจากการรักษาตัวที่โรงพยาบาลต้องได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่และอสม.อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกว่าอาการจะดีขึ้นและเป็นปกติ

ครั้งที่ 3 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านตามแนวทางการเยี่ยมบ้านและติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แจ้งผลระดับน้ำตาลในเลือดแก่ผู้ป่วย ประเมินผลการรับรู้และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยและผู้ดูแล และรอประเมินผลค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของผู้ป่วยในอีก 2 เดือนถัดไป

ครั้งที่ 4 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านและประเมินระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานรวมถึงการประเมินผลการดำเนินโครงการและข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยและญาติ หลังจากการดำเนินโครงการ

**การประเมินผลการเยี่ยมบ้าน**

1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการเยี่ยมบ้าน ครบทั้ง 23 คน คิดเป็นร้อยละ 100 การเยี่ยมบ้านทำให้ทราบว่ามีผู้ป่วยบางคนที่ยังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ ยังมีการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน แต่เมื่อได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่แล้วผู้ป่วยโรคเบาหวานก็รับฟังและยังมีผู้ป่วย 2 รายที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้เนื่องจากมีปัจจัยอื่นๆ คือ ในรายที่ 1 มีการใช้ยาน้ำสมุนไพรที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้และ รายที่ 2 อยู่ในช่วงการรับประทานยาต้านจุลชีพรักษาโรคทำให้ระดับน้ำตาลควบคุมไม่ได้ ผู้ศึกษาจะติดตามผลระดับน้ำตาลและเยี่ยมบ้านต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการเยี่ยมบ้าน 4 ครั้งในช่วงเวลาดำเนินโครงการ

3) การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งถ้ามีผู้ดูแลอยู่บ้านจำเชิญเข้าร่วมรับการเยี่ยมบ้านและการให้ความรู้ที่บ้านด้วยทุกครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมได้ต้องได้ให้ความรู้ที่บ้านแทน

4) หลังการลงติดตามเยี่ยมบ้านแล้วผู้นำหมู่บ้านให้ความสนใจในกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมากขึ้น โดยได้ร่วมออกเยี่ยมบ้านกับทีมทุกครั้งและยังมีการติดต่อประสานเทศบาลที่รับผิดชอบชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในรายที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ เช่น ผู้ป่วยมีฐานะยากจนอาศัยอยู่กับลูกสาว 2 คน ทั้งสองคนเคลื่อนไหวลำบาก แต่ห้องน้ำอยู่ไกลจากตัวบ้านและมีสภาพไม่เหมาะสม ผู้นำชุมชนก็ได้ประสานขอความช่วยเหลือจากเทศบาลคำก้าวเพื่อทำห้องน้ำในตัวบ้านให้ผู้ป่วย

5) หลังจากการติดตามเยี่ยมบ้านทำให้พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายอย่างชัดเจน คือ ผู้ดูแลจะลดการทำอาหารที่มีรสหวาน และเมื่อเห็นผู้ป่วยรับประทานของหวานหรือรับประทานข้าวกับผลไม้สุกจะคอยเตือนผู้ป่วย และผู้ป่วยก็มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

**1.5 การประเมินผลภาพรวม**

ผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนโดยมีครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม มีดังนี้

1.5.1 การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1.5.1.1 ด้านการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยมีความตระหนักในการรับประทานอาหารมากขึ้น เลือกรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาลน้อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการเตือนลูกหลานซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่ต้องทำกับข้าวให้รับประทานว่าอย่าทำอาหารรสจัดให้กินเพราะน้ำตาลจะขึ้น การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลสูง เช่น โอวันติล กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง เป็นต้น ส่วนใหญ่มีความตระหนักถึงโทษของเครื่องดื่มเหล่านี้จึงเลิกดื่ม แต่มีผู้ป่วย 1 รายที่ยังมีการดื่มอยู่แต่ลดปริมาณลงได้แล้ว คิดเป็นร้อยละ 4.35 และมีผู้ป่วย 1 รายที่มีการรับประทานยาอย่างอื่นที่ไม่ใช่ยาลดน้ำตาลที่ได้มาจากยาแผนปัจจุบันจำทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.35

1.5.1.2 จากการสังเกตและการสอบถามบุคคลใกล้เคียงพบว่า ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น คือ ผู้ป่วยไม่ลืมกินยา และถ้าวันไหนลืมผู้ดูแลหลักจะเป็นคนคอยเตือนให้ผู้ป่วยกินยา ผู้ป่วยไม่ลืมวันคลินิกนัดรับยาเพราะเจ้าหน้าที่เขียนวันนัดไว้ที่ถุงยา กินตอนไหนก็เห็นวันนัดตลอดและถ้าลืมผู้ดูแลจะคอยเตือนผู้ป่วยอยู่ตลอด เพิ่มขึ้นจาก เดิม 7 คน อีกทั้งยังมีการประกาศประชาสัมพันธ์ในคืนก่อนวันนัดอีกด้วย ผู้ป่วยมีการรออกกำลังกาย บริหารร่างกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 – 5 วัน อย่างสม่ำเสมอ เพิ่มขึ้นจากเดิม 6 คน รวมทั้งการที่เคยมีพฤตกรรมการรับประทานอาหารรสจัดยังสามารถปรับเปลี่ยนตนเองให้หันมารับประทานอาหารรสจืดได้ ละลดการรับประทานของหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลมได้ จากเดิม 9 คน

1.5.1.3 ด้านการจัดการความเครียด ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ไม่มีความเครียดและถ้ามีความเครียดก็จะสามารถผ่อนคลายความเครียดได้อย่างดี บางคนเล่นกับหลานก็ทำให้เพลินและหายจากอาการเครียดได้ ผู้ป่วยหลายคนบอกว่า ไม่เครียดหรอกเพราะจะเครียดไปทำไม ตายไปก็เอาอะไรไปด้วยไม่ได้

1.5.1.4 ด้านการสูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีเพียง 3 รายที่สูบบุหรี่และยังสูบอยู่ คิดเป็นร้อยละ 13.04 แต่ผู้ป่วยบอกว่าสามารถลดลงได้จากเดิมที่เคยสูบวันละ 5 – 10 มวน ตอนนี้ลดลงเหลือวันละ 3 – 4 มวน

1.5.2 การดูแลช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานของผู้ดูแลหลัก

1.5.2.1 ด้านการรับประทานอาหาร ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีความตระหนักในเรื่องของการประกอบอาหาร การปรุงอาหารและรับประทานอาหาร ทั้งของตนเองและของผู้ป่วยมากขึ้น โดยทำอาหารที่มีรสหวาน อาหารผัด ทอด เนื้อติดมันน้อยลง ถ้าไม่เป็นช่วงเทศกาลงานบุญจะไม่ค่อยรับประทานอาหารที่มีรสหวานมากนัก มีบางครั้งที่ทำงานในไร่นามาเหนื่อยๆแล้วอยากกินของหวานก็แอบกินไม่ให้ผู้ป่วยเห็นเพราะกลัวผู้ป่วยจะอยากกินด้วย และหากผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสหวานผู้ดูแลก็จะบอกกล่าวตักเตือนเพื่อให้ผู้ป่วยรู้ตัว

1.5.2.2 ด้านการออกกำลังกาย ให้ความสนใจในเรื่องการออกกำลังกายเพราะบอกว่าตนเองปฏิบัติแล้วอาการปวดหลังจากการทำงานหนักดีขึ้น อาการปวดเข่าก็ดีขึ้น จึงบอกผู้ป่วยปฏิบัติตลอดในช่วงเย็นของทุกวัน มีผู้ดูแล 5 คน คิดเป็นร้อยละ 21.74 บอกว่าตนเองทำไร่ทำสวนตลอดไม่ค่อยได้อยู่บ้านจึงไม่ได้เห็นผู้ป่วยออกกำลังกายแต่ตนเองจะบอกผู้ป่วยอยู่ตลอดว่าอย่าลืมออกกำลังกายทุกวัน

1.5.2.3 ด้านการจัดการความเครียด ผู้ดูแลส่วนใหญ่บอกว่าผู้ป่วยไม่ค่อยมีความเครียดแต่ส่วนใหญ่จะบ่นไปเรื่อยๆ ไม่ค่อยเป็นเรื่องเป็นราวหายวันไหนผู้ป่วยบ่นตนเองก็จะบอกว่าไม่ต้องบ่นเยอะแล้วก็พาหลานเล็กๆไปเล่นด้วย ผู้ป่วยก็จะหยุดบ่นและเล่นพูดคุยกับหลานแทน

1.5.2.4 ด้านการรักษาตามแผนการรักษา พบว่าจากแต่ก่อนผู้ดูแลไม่ค่อยมีบทบาทในการรักษาของผู้ป่วยมากนัก แต่ปัจจุบันผู้ดูแลสนใจและพาผู้ป่วยไปรับยา สอบถามความต้องการของผู้ป่วยและคอยเตือนผู้ป่วยให้ไปรับยาตามนัดอยู่เสมอ รวมถึงการรับประทายยาลดน้ำตาล ก่อนกินข้าวผู้ดูแลจะสอบถามผู้ป่วยในเรื่องการกินยาเสมอ หากผู้ป่วยลืมกินยาก็จะกินยาทันที

1.5.3 การดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน

1.5.3.1 ด้านการให้บริการตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความเข้าใจในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนมากขึ้นและสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมันใจจนทำให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับบริการเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขจนทำให้ผู้ป่วยบางคนเรียกว่า “หมออสม.” และเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน อาสาสมัครสามารถประเมินอาการเบื้องต้นและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

1.5.3.2 ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน จากเดิมที่การเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครส่วนใหญ่เป็นเพียงแค่การถามข่าวคราวเมื่อพบหน้าและสอบถามสภาพความเป็นอยู่ทั่วๆไป ปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถออกเยี่ยมและให้คำแนะนำผู้ป่วยที่ตนเองได้รับมอบหมายที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ทั้งการเยี่ยมบ้านแบบส่วนตัวเดือนละ 1 ครั้งตามที่ได้รับมอบหมายและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่ในกรณีพิเศษต่างๆ มีความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่มากยิ่งขึ้น

ผลการติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งค่าระดับน้ำตาลในเลือด(Fasting Plasma Glucose) และค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังจากดำเนินโครงการ 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลที่เปลี่ยนแปลงไปจากก่อนทำการศึกษา คือ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลลดลงจากเดิมจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.61 ถึงแม้ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยลดลงแต่ยังสูงกว่าเกณฑ์ปกติจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.48 ส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงจากเดิมจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.30 และถึงแม้ระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยจะลดลงแต่ยังสูงกว่าเกณฑ์ปกติจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.17 นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2 รายที่ยังมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก เมื่อได้ติดตามเยี่ยมบ้านทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแลพบว่า ผู้ป่วย DM6 ได้มีการนำยาสมุนไพรมารับประทานหลังจากรับประทานไป 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยก็มีอาการปัสสาวะบ่อยขึ้น น้ำหนักตัวลดลง 3 กิโลกรัม แต่ขาทั้งสองข้างบวมขึ้น ผู้ป่วยบอกว่าแขนขาอ่อนแรง ผู้ศึกษาจึงได้ประเมินอาการเบื้องต้นพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดได้ 565 mg% ความดันโลหิต 150/100 mmHg. ผู้ศึกษาจึงได้ติดต่อโรงพยาบาลหนองกุงศรีเพื่อส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาอย่างเร็วที่สุด และนำขวดน้ำยาสมุนไพรที่ผู้ป่วยรับประทานส่งให้เภสัชกรตรวจสอบอีกครั้ง และผู้ป่วย DM23 จากการติดตามเยี่ยมบ้านพบว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรค วัณโรคต่อมน้ำเหลือง แพทย์ให้รับประทานยาต้านจุลชีพมา 3 สัปดาห์ แล้วพบว่าน้ำตาลสูงทั้งๆที่ผู้ป่วยควบคุมการรับประทานอาหารและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างดี จึงปรึกษาแพทย์ผู้รักษาโรควัณโรคจึงทราบว่ายาต้านจุลชีพชนิดนี้มีผลต่อระดับน้ำตาลของผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยรักษาครบ 6 เดือน ระดับน้ำตาลจะลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 การแสดงค่าระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Plasma Glucose) และค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังการศึกษา

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน | ก่อนการศึกษา | | หลังการศึกษา | |
| FPG | HbA1C | FPG | HbA1C |
| 1 | DM1 | 133 | 8 | 142 | 6 |
| 2 | DM2 | 198 | 7.9 | 158 | 7 |
| 3 | DM3 | 123 | 8.1 | 97 | 8 |
| 4 | DM4 | 192 | 9.8 | 148 | 8 |
| 5 | DM5 | 107 | 6.6 | 116 | 6 |
| 6 | DM6 | 250 | 13 | 256 | 16 |
| 7 | DM7 | 129 | 8.4 | 121 | 7 |
| 8 | DM8 | 137 | 7.3 | 119 | 7 |
| 9 | DM9 | 184 | 10.1 | 175 | 8 |
| 10 | DM10 | 173 | 9.3 | 116 | 8 |
| 11 | DM11 | 118 | 7.4 | 112 | 7 |
| 12 | DM12 | 312 | 12.3 | 101 | 7 |
| 13 | DM13 | 210 | 11 | 100 | 9 |
| 14 | DM14 | 220 | 9.6 | 211 | 9 |
| 15 | DM15 | 118 | 8.1 | 91 | 6 |
| 16 | DM16 | 167 | 7.7 | 104 | 7 |
| 17 | DM17 | 186 | 6.8 | 109 | 6 |
| 18 | DM18 | 180 | 8.2 | 140 | 8 |
| 19 | DM19 | 213 | 9.2 | 146 | 8 |
| 20 | DM20 | 187 | 11.6 | 147 | 10 |
| 21 | DM21 | 168 | 9.6 | 108 | 8 |
| 22 | DM22 | 137 | 8.1 | 111 | 7 |
| 23 | DM23 | 332 | 10 | 260 | 11 |

**2. การอภิปรายผลการศึกษา**

สิ่งที่ได้จากการศึกษาสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

2.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ในชุมชนที่ทำการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน ยังมีการรับประทานอาหารตามปกติเหมือนคนอื่นๆ ทั่วไป อาหารที่รับประทานส่วนมากเป็นอาหารที่มีรสชาติหวาน มัน โดยเฉพาะในชุมชนจะมีงานบุญประเพณีต่างๆอยู่ตลอดทั้งปีและจะมีการทำอาหารถวายพระและร่วมกันกินอาหารด้วยกัน มีงานลี้ยงสังสรรค์ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลต่างๆ อาหารที่นิยมทำในงานบุญต่างๆ เช่น ขนมจีนน้ำยากะทิ แกงเขียวหวาน แกงกะทิ ลาบเนื้อวัวหรือเนื้อหมูที่ติดมัน ทอดมันหมู ทอดปลา ต้มเนื้อวัว ผัดหมูใส่ผักและของหวาน เช่น แกงบวดฟักทอง ลอดช่องน้ำกะทิ รวมมิตร นอกจากนี้ในชุมชนยังชอบทำขนมหวานเพื่อนำไปถวายพระที่วัดและเอาไว้รับประทานเองที่บ้าน เช่น ขนมเทียนไส้หวาน ข้าวต้มมัด ข้าวต้มหัวหงอก ล้วนแล้วแต่มีส่วนผสมของน้ำตาล กะทิ ทั้งสิ้น และยังรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลักเนื่องจากการดำรงชีวิตของคนในชุมชนมีการปลูกข้าวเหนียวไว้รับประทานมาตั้งแต่บรรพบุรุษทำให้การปรับเปลี่ยนการรับประทานข้าวเหนียวไปรับประทานข้าวสวยจึงเป็นไปได้ยาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าถ้ารับประทานข้าวจ้าวหรือข้าวสวยจะทำให้มีอาการหิวเร็ว ไม่อยู่ท้อง ทำงานได้ไม่ทน จึงต้องรับประทานข้าวเหนียว อีกทั้งยังไม่มีการจำกัดปริมาณของอาหาร คือ จะรับประทานอาหารจนอิ่มหรือแน่นจึงจะพอ และที่สำคัญอีกประการหนึ่งของพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้คนในชุมชนแห่งนี้ยังพบว่ามีพฤติกรรมการรับประทานข้าวเหนียวกับผลไม้สุก เช่น มะขามหวาน มะม่วง น้อยหน่า ลำไย ขนุน กล้วย เป็นต้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ก็เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งการรับประทานอาหารที่มีรสหวานหรือมีไขมันสูงที่จนร่างกายไม่สามารถนำไปใช้ได้หมดจะเกิดการเก็บสะสมไว้ในร่างกาย คือ น้ำตาลจะถูกเก็บสะสมไว้ในหลอดเลือดทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ไขมันจะถูกเก็บไว้ที่ตับ หน้าท้อง ต้นแขน ต้นขา เป็นต้น เมื่อร่างกายขาดพลังงานจึงจะนำไขมันเหล่านี้มาเปลี่ยนเป็นพลังงานเพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และถ้าหากกระบวนการเผาผลาญพลังงานไม่ดีจะทำให้เกิดการสะสมไว้ในร่างกายทำให้เป็นโรคเบาหวานได้ในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ สุขเลิศ(2555) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่มีการควบคุมอาหารโดยจะรับประทานอาหารตามใจปากแบบไม่จำกัดปริมาณอาหารเช่นเดียวกับบุคคลอื่นในครอบครัว ทั้งการดื่มน้ำอัดลม และอาหารที่มีรสหวาน มัน ต่างๆโดยเฉพาะในช่วงงานบุญประเพณีของชุมชน และระพีพร วาโยบุตร(2556) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทจะมีการรับประทานอาหารในปริมาณที่ไม่จำกัด โดยจะรับประทานอาหารกับคนในครอบครัวจนอิ่มแน่นทุกมื้อและจะมีการเพิ่มการรับประทานอาหารมากขึ้นทั้งอาหารหลัก 3 มื้อและอาหารระหว่างที่เป็นของหวาน ขนมหวานที่มีการทำในช่วงงานประเพณีของชุมชน โดยไม่คำนึงถึงระดับน้ำตาล รวมทั้งการเข้าถึงในการหาซื้ออาหารที่มีรสหวาน มัน และมีส่วนผสมของน้ำตาลต่างๆได้ง่ายเพราะมีการจำหน่ายอาหารปรุงสำเร็จรูปพร้อมรับประทานตามตลาดนัดคลองถมและรถเร่ขายอาหารสำเร็จทุกวันทั้งตอนเช้าและตอนเย็น ร้านค้าสะดวกซ้อหลายแห่งในตลาดในอำเภอซึ่งอยู่ไม่ไกลจากชุมชนมากนักและคนส่วนใหญ่ในชุมชนชอบไปรับประทานอาหารนอกบ้านที่เป็นแบบบุฟเฟ่ เช่น หมูย่างเกาหลี ตามโอกาสต่างๆ หากมีการรวมตัวกันของญาติพี่น้องที่ไปทำงานต่างจังหวัดแล้วนานๆได้เจอกันที

ด้านการออกกำลังกายเพื่อบริหารร่างกายและช่วยเผาผลาญพลังงานช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดนั้นพบว่าคนในชุมชนรวมถึงผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่จะไม่มีการออกกำลังกายเพราะการออกกำลังกายในชุมชนถือว่าเป็นเรื่องใหม่ที่แปลกตาหากใครออกกำลังกายก็จะต้องกลายเป็นจุดสนใจของคนในชุมชน ไม่รู้ว่าจะออกกำลังกายอย่างไร มีบางส่วนที่บอกว่าออกกำลังกายบ้างแต่ไม่มีแบบแผนในการออกกำลังกายที่ชัดเจน และผู้คนส่วนใหญ่รวมทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวานมักจะไม่ค่อยให้ความสำคัญกับเรื่องของการออกกำลังกายเพราะจะเชื่อว่าการทำงานในไร่นาก็ถือว่าเป็นการออกแรงใช้แรงได้กำลังมากกว่าการออกกำลังกายเสียอีกจึงไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายและผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเห็นว่าไม่ใช่เรื่องสำคัญไม่มีเวลาออกกำลังกาย เมื่อร่างกายรับประทานอาหารเข้าไปแล้วสารอาหารไม่ถูกนำไปเปลี่ยนเป็นพลังงานเพื่อนำมาใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะในวัยผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมน้อยถ้าไม่มีการออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายได้เผาผลาญพลังงานจากอาหารที่รับประทานเข้าไปก็จะทำให้เกิดการสะสมของแป้ง น้ำตาล และไขมันที่รับประทานเข้าไปจนทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ ซึ่งสอดคล้องกับญาตาวี กาญจน์แก้ว(2553) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนส่วนใหญ่ยังมีการออกกำลังกายน้อยและไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่พบว่ามีการเหนื่อยล้าจากการทำงานเนื่องจากเป็นชุมชนชนบทที่มีการทำไร่ ทำสวน ทำงานหนักเกือบทุกวัน และสุพรรณี ศรีกงพาน(2550) ที่ได้กล่าวว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ให้ความสำคัญในการออกกำลังกายเพราะคิดว่าทำงานบ้านก็เท่ากับการออกกำลังกายแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกายเนื่องจากให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา ไม่มีคนช่วยทำมาหากิน ขาดรายได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีเพื่อนออกกำลังกายและไม่รู้วิธีการออกกำลังกาย

ด้านพฤติกรรมการใช้ยารักษาระดับน้ำตาลของของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรับประทานยาตามแพทย์สั่งและรับการรักษาตามนัดทุกครั้งแต่มีบางส่วนที่ไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งมีการปรับลดหรือเพิ่มยาเองเพราะบางคนคิดว่าแพทย์ให้ตนเองกินยามากเกินไปกลัวจะเป็นอันตรายต่อตนเองจึงปรับลดยาเอง มีบางคนลืมรับประทานยาแต่จะรับประทานพร้อมกับการรับประทานยาครั้งต่อไปหรือถ้าลูกหลานไม่คอยเตือนผู้ป่วยก็จะลืมรับประทานยาในวันนั้นไปเลย บางคนลืมยาไว้ที่ใดที่หนึ่งแล้วหาไม่เจอหรือทำยาหายขณะเดินทางไปต่างจังหวัด ไปหาลูกหลานที่อยู่ต่างถิ่นทำให้ยาไม่เพียงพอจึงไปขอยืมยาจากผู้ป่วยคนอื่นที่รับประทานยาชนิดเดียวกันกันตนเอง เมื่อได้รับยามาแล้วจึงเอาไปคืนและการไปรับการรักษาตามนัดต่อเนื่องที่สถานบริการนั้นผู้ป่วยหลายคนก็ไปรับการรักษาต่อเนื่องเป็นอย่างดี บางคนลืมวันนัดจึงไม่ได้ไปรับยา ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง แต่มีบางคนที่ไม่อยากไปรับยาจะฝากให้ลูกหลานหรือผู้ป่วยคนอื่นรับยามาให้ตนเองด้วยจึงไม่ได้รับการตรวจประเมินภาวะสุขภาพและรับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตามแผนการรักษา ซึ่งส่งผลต่อการรักษาและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลหลักไม่ค่อยให้ความสนใจกับผู้ป่วย ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของโรคเบาหวานและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหาเลี้ยงครอบครัวและที่สำคัญผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง การรักษารวมถึงการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนส่งเสริมผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค ตั้งแต่เรื่องการไม่ได้ทำอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานให้ผู้ป่วยรับประทาน โดยจะทำอาหารทั่วไปเหมือนกับคนอื่นๆในครอบครัวเพราะผู้ดูแลไม่ทราบว่าอาหารมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแลไม่มีความรู้เรื่องการประเมินอาการผู้ป่วยให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะส่งผลเสียและเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับสุพรรณี ศรีกงพาน(2550) ที่กล่าวว่าครับครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ค่อยมีเวลาให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ค่อยได้ทำกิจกรรมร่วมกันผู้ดูแลไม่ค่อยให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

**2.2 การพัฒนากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน**

2.2.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากปัญหาในชุมชนพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง แนวทางการรักษาโรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่แต่ไม่ปฏิบัติตาม และยังขาดทักษะในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการลด ละ เลิก การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะเรื่องของการรับประทานอาหารและการประกอบอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามใจปากและไม่ควบคุมอาหารซึ่งบางคนก็ไม่สามารถประกอบอาหารรับประทานเองได้ต้องให้ผู้ดูแลเป็นผู้ประกอบอาหารให้และไม่มีการจำกัดปริมาณของการปรุงอาหาร ยังประกอบอาหารที่มีรสหวาน มัน อยู่เป็นปกติ และผู้ป่วยก็ชอบรับประทานข้าวเหนียวกับผลไม้สุกซึ่งมีรสหวานมาก จากประเด็นปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจึงได้มีการวางแผนและร่วมกันจัดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกายที่เหมาะสมและการแนะนำให้ผู้ป่วยใช้แบบบันทึกการรับประทานอาหารเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค เมื่อผู้ป่วยได้เห็นถึงผลของการรับประทานอาหารต่อระดับน้ำตาลในเลือดแล้วผู้ป่วยมีการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน น้อยลงหรือไม่รับประทานเลย ในงานบุญต่างๆที่เคยรับประทานของหวาน น้ำอัดลม หรือขนมเทียนที่ทำในงานบุญก็รับประทานน้อยลง และพยายามหลีกเลี่ยงการรวมกลุ่มกับคนอื่นๆที่ร่วมวงกันรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน ส่วนคนที่ประกอบอาหารรับประทานเองก็มีการใช้เครื่องปรุงรสที่มีผลต่อระดับน้ำตาลน้อยลง ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อให้ลดลงจากก่อนการศึกษาได้ถึงแม้บางคนจะมีระดับน้ำตาลลดลงไม่ได้ถึงระดับที่ควบคุมได้ดี แต่ก็ลดลงจากก่อนการศึกษาและผู้ป่วยยังมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมโดยการปฏิบัติตามท่าการบริหารของฤๅษีดัดตน 15 ท่า ตามที่เจ้าหน้าที่สาธิตและฝึกปฏิบัติไป บางคนจำได้ไม่หมดก็สามารถดูจากแผ่นพับที่แจกให้ได้ ดังนั้นทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

2.2.2 การรับรู้และการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากปัญหาที่พบ คือ ผู้ดูแลหลัก ไม่มีความรู้และความเข้าใจที่เพียงพอในเรื่องโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพ สนับสนุนส่งเสริมผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ดูแลไม่เคยมีส่วนร่วมในการในดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเลย ผู้ศึกษาและชุมชนจึงร่วมกันจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้น หลังจากได้รับความรู้และทักษะจากกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างถูกต้องเหมาะสมแล้วพบว่าผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมากขึ้นทั้งในด้านการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง รับยาตามนัดในรายที่ชอบลืมวันนัดรับยาและพาไปรับยาและรับบริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน การประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถรับประทานได้อย่างไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด หลีกเลี่ยงการประกอบอาหารที่มีรสหวาน มัน ไม่อยากให้คนในครอบครัวต้องกินอาหารหวาน มันเพราะไม่อยากให้ต้องเป็นโรคเบาหวานเหมือนผู้ป่วย การกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอโดยผู้ดูแลก็ได้มีการออกกำลังกายบริหารร่างกายตามท่าฤๅษีดัดตน 15 ท่า เพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่ปฏิบัติแล้วอาหารปวดหลังปวดไหล่จากการทำงานดีขึ้น รวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันได้อย่างเหมาะสมและติดต่อประสานอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่เพื่อปรึกษาขอคำแนะนำและแนวทางการดูแลรวมถึงการส่งต่อได้อย่างทันท่วงที สอดคล้องกับสุนิดา พวงมณี(2556) ที่ได้กล่าวไว้ว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้าและการดูแลด้านจิตใจ เพราะผู้ป่วยโรคเบาหวานจะใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว โดยเฉพาะถ้าครอบครัวไม่มีความผูกพันธุ์และไม่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยจะมีความสำเร็จในการรักษาน้อยกว่าครอบครัวที่มีความผูกพันธุ์กันมากกว่า

2.2.3 การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งในสถานบริการและในชุมชน จากปัญหาที่พบ คือ การให้บริการในคลินิกโรคเบาหวานของสถานพยาบาลไม่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการรับบริการที่ล่าช้าเนื่องจากมีปริมาณผู้ป่วยมาก เจ้าหน้าที่มีจำนวนไม่เพียงพอต่อการให้บริการและผู้ป่วยต้องงดน้ำงดอาหารเป็นเวลานานเพื่อรอเข้าคิวรับบริการและการมารับบริการคลินิกโรคเบาหวานแต่ละครั้งนั้นทำให้ไม่สามารถไปทำงานหรือทำอย่างอื่นได้ในวันนั้น และเนื่องจากการให้บริการในวันคลินิกโรคเบาหวานมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับบริการเป็นจำนวนมากทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้ความรู้กับผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง การรับบริการในแต่ละครั้งจะเป็นเพียงการมารับยาเท่านั้นเจ้าหน้าที่มีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยน้อยมากจะสามารถทำได้เพียงการให้สุขศึกษารายบุคคลบางรายเท่านั้นทำให้ผู้ป่วยบางส่วนรับประทานยาไม่ถูกบ้าง ลืมนัดบ้างและส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมกับโรค ส่วนการให้บริการในชุมชนพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านที่เหมาะสม และไม่มีแนวทางการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจนทำให้ไม่มีความยั่งยืน อสม.ขาดความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการประเมินผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ผู้นำชุมชนไม่ทราบถึงสถานการณ์และแนวโน้มของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนของตนเอง จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้ศึกษาและชุมชนร่วมกันพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งในสถานบริการและในชุมชนขึ้น โดยเจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่ อสม.และผู้ป่วยได้มีการประชุมปรึกษาหารือกันเพื่อให้มีการจัดบริการที่ลดระยะเวลาการรอรับบริการและเพิ่มการให้คำแนะนำหรือให้ความรู้แก้ผู้ป่วยทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มรวมถึงมีการจัดทำแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน หลังการพัฒนาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการบริการของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งในสถานบริการและในชุมชน ผู้ป่วยไม่ต้องอดน้ำอดอาหารเป็นเวลานาน ลดระยะเวลาในการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวานในแต่ละเดือน ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับความรู้ในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค มีแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ชัดเจนมากขึ้น คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือกลับจากเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกว่าอาการจะหายเป็นปกติจึงจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้งเหมือนคนอื่นๆ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการพัฒนาศักยภาพทำให้มีความรู้ความสามารถ และได้ฝึกทักษะการประเมินอาการและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ผู้นำหมู่บ้านได้รับทราบถึงสถานการณ์โรคเบาหวานในชุมชน เกิดความตระหนักในความสำคัญของการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนด้วย ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ อสม.และผู้นำชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ นีรนาท พลยิ่ง(2551) ที่กล่าวว่า อาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่งในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน รวมทั้งการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชนเองและการมีประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

**บทที่ 5**

**สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ**

**1. สรุปผลการศึกษา**

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในพื้นที่บ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ตำบลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮโดยดำเนินการศึกษาในระหว่างเดือน พฤษภาคม 2559 – ธันวาคม 2559 โดยมีกลุ่มเป่าหมายผู้เข้าร่วมการศึกษาประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 23 คน กลุ่มผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 23 คน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและดำเนินการ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแนวทางการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีวิธีการดำเนินการศึกษาโดยการ ศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วยร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยใช้ PDCA ประกอบด้วย 1) การสำรวจข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ระบุปัญหาและการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม 2) การปฏิบัติดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ 3) การสะท้อนผลการดำเนินกิจกรรม 4) แก้ไขปรับปรุงแก้ไขกิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยในทุกขั้นตอนจะมีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ดูแลหลัก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะได้ ดังนี้

**1.1 สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการได้รับการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน**

จากการศึกษาสถานการณ์โรคเบาหวานในชุมชนพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 23 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.3 มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี ร้อยละ 52.2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะป่วยด้วยโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 5 – 10 ปี ร้อยละ 60.9 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุดอยู่ในช่วงมากกว่า 181 mg.% ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 34.8 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรูปร่างอ้วนโยมีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.0 – 29.9 คิดเป็นร้อยละ 47.8 และผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ใช้ยาลดน้ำตาลชนิดเม็ด จำนวน 2 ชนิดขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 65.2

สำหรับการรับรู้เรื่องโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่เรื่องเรื่องโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อนและการรักษา เพราะเป็นโรคเบาหวานมานานหลายปี เจ้าหน้าที่ก็บอกอยู่ตลอด ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่รับรู้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังเป็นแล้วไม่หายขาดต้องกินยารักษาไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าโรคเบาหวานเกิดจากคนอ้วน คนชอบกินหวานและเกิดจากพันธุกรรม แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าการไม่ออกกำลังกาย การดื่มสุรา ความเครียดจะเป็นสาเหตุของโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่รู้ว่าระดับน้ำตาลเท่าไรจึงจะถือว่าเป็นโรคเบาหวาน และมีผู้ป่วย 10 คนไม่กลัวอันตรายที่เกิดจากโรคเบาหวานเพราะเป็นมาตั้งหลายปีไม่เห็นมีอะไรและคนอื่นเขาก็เป็นกันหลายคน ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะบอกได้ว่าอาการของโรคเบาหวานจะมีปัสสาวะบ่อย ปากแห้ง คอแห้ง กระหายน้ำ น้ำหนักลด วิงเวียนศีรษะได้เพราะเปรียบเทียบกับอาการของตนเอง ช่วงแรกของการเริ่มเป็นโรคเบาหวานผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าไปรับการตรวจเพราะ กลางคืนปัสสาวะบ่อยมากนอนไม่ค่อยหลับอยู่หลายเดือน พอไปตรวจหมอก็บอกว่าเป็นโรคเบาหวาน มี 1 คนบอกว่าแต่ก่อนตนเองเป็นคนอ้วนแล้วหลายเดือนก่อนน้ำหนักลดลงเรื่อยๆเบื่ออาหารกินข้าวได้น้อย พอไปตรวจก็พบว่าน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกไม่ได้ว่าโรคเบาหวานต้องได้รับการดูแลอย่างไร มี 4 คนบอกได้ว่าต้องไม่กินของหวานและกินยาตามที่หมอให้มา

การใช้สมุนไพรเพื่อรักษาโรคเบาหวานสำหรับผู้ป่วยนั้นส่วนใหญ่บอกว่าไม่ได้กิน มีผู้ป่วย 1 คนบอกว่ากินยาต้มรักษาเบาหวานที่ญาติซื้อมาให้จากจังหวัดสกลนคร ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่บอกไม่ได้ว่าโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้างเพราะตนเองไม่เคยมีอาการแต่มี 2 คนบอกว่ามีอาการตามัว และ 4 คนบอกว่าชาตามปลายมือปลายเท้า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบอกไม่ได้ว่าภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะมีอาการอย่างไรเพราะบางเดือนตันเองมีระดับน้ำตาล 200 – 300 ก็ไม่เห็นมีอาการอะไร มีผู้ป่วย 3 คนบอกว่าเมื่อน้ำตาลในเลือดสูงจะมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบอกได้ว่าภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจะมีอาการ เหงื่อแตก ใจสั่น กระวนกระวาย ใจหวิวๆ เพลียเหมือนจะเป็นลม และเมื่อมีอาการแล้วผู้ป่วยเบาหวานจะกินน้ำหวานที่มีติดบ้านไว้อยู่แล้ว ผู้ป่วย 2 คน บอกว่าถ้ามีอาการน้ำตาลต่ำจะเคี้ยวข้าวเหนียว 2 – 3 คำ แล้วอาการจะดีขึ้น

ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานอาหารตามปกติไม่มีการควบคุมอาหารหรือรับประทานอาหารเฉพาะโรค ทุกคนรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก รับประทานของหวานตามปกติ ผู้ป่วยบอกว่าถ้าไม่ได้รับประทานของหวานหรือผลไม้ที่มีรสหวานเลยมันจะรู้สึกไม่ค่อยดี แต่ถ้าได้รับประทานของหวานแล้วจะรู้สึกดีทั้งวัน

การออกกำลังกายผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าการทำงาน ทำไร่ ทำสวนก็เป็นการออกกำลังกายแล้ว ไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายอีก มีผู้ป่วย 3 คนบอกว่าตนออกกำลังกายโดยการเตะขาแกว่งแขนแต่ใช้เวลาในการออกกำลังกายไม่ถึง 30 นาทีแต่ไม่มีเหงื่อออกและไม่มีการออกกำลังกายอย่างเป็นประจำสม่ำเสมอ ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าตนเองไม่มีเวลาออกกำลังกายและไม่รู้ว่าจะออกกำลังกายแบบไหนจึงจะเหมาะสม เรื่องของการเผชิญความเครียด ผู้ป่วย 1 คนบอกว่าบางวันก็คิดเรื่องโรคที่ตนเองเป็นอยู่ว่าวันไหนจะหาย วันไหนจะได้เลิกกินยา กินยามากๆกลัวไตวาย คนอื่นๆก็ค่อยๆตายไปทีละคนๆ ผู้ป่วย 3 คน สูบบุหรี่เป็นประจำประมาณวันละ 4 – 20 มวน และไม่คิดว่าการสูบบุหรี่จะมีผลกระทบต่อโรคเบาหวาน และมีผู้ป่วย 2 คน ดื่มสุราเป็นประจำสัปดาห์ละ 2 – 3 ครั้ง ครั้งละ 1 – 2 แก้ว ด้านการใช้ยาผู้ป่วยทุกคนได้รับยาแบบรับประทาน ส่วนใหญ่จะได้รับยาลดน้ำตาลคู่กัน 2 ชนิด มีผู้ป่วย 5 คนที่บอกว่าลืมรับประทานยาบ่อยครั้งโดยเฉพาะยาที่ต้องรับประทานก่อนอาหารจนทำให้ยาเหลือมากกว่าตัวอื่นๆ และมีผู้ป่วย 3 คน กินยาทันทีที่นึกได้ว่าลืม อีก 2 คนไม่กิน รอกินพร้อมวันถัดไป บางคนยาไม่พอก็ไปขอยาจาเพื่อนบ้านที่เป็นโรคเบาหวานเหมือนกันและได้รับประทานยาชนิดเดียวกันมารับประทานต่อเนื่องจนถึงวันนัดครั้งต่อไป ผู้ป่วย 2 คน บอกว่าอ่านวันนัดและฉลากยาไม่ออกสายตาไม่ค่อยดีจำลักษณะของซองยาเอาว่าเป็นอย่างไรแล้วค่อยกินถูก บางครั้งมีอาการมือสั่นและยาก็เม็ดเล็ดทำให้เม็ดยาหลุดมือหายเลยต้องแกะกินเม็ดใหม่ทำให้ยาไม่พอกินถึงวันนัด บางคนเดินทางไปต่างถิ่นลืมเอายาไปกินด้วยทำให้ไม่ได้กินยาไปหลายวันการไปรับยาตามนัด พบว่าผู้ป่วย 7 คน บอกว่ามักจะลืมวันนัดเพราะหลงลืมและอ่านหนังสือลำบากเจ้าหน้าที่เขียนวันนัดในสมุดตัวเล็กและเขียนไม่ชัดเจน บางครั้งถ้าลูกหลานไม่ดูให้ก็ลืมวันนัดไปบ้าง บางครั้งเขียนวันนัดใส่ปฏิทินไว้ดูลูกหลานก็ฉีดปฏิทินออกก็ลืมวันนัดอีก บางครั้งลืมวันนัดรับยาตื่นเช้าขึ้นมาก็กินข้าวกินยาเลยไม่ได้ไปเจาะเลือดที่รพ.สต. พอเลยวันนัดไปแล้วก็ไม่กล้าไปขอยากับเจ้าหน้าที่เพราะกลัวโดนด่าว่ามาไม่ตรงนัด การมารับยาและรับบริการที่สถานพยาบาลส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมาเองด้วยการเดินมา มี 2 คนบอกว่าปั่นจักรยานมา และ มี 4 คน เดินไม่สะดวกต้องให้ลูกหลานมาส่ง

การรับรู้ของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.6 อยู่ในช่วงอายุ 36 – 40 ปี ร้อยละ 43.5 หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่จะมีเพียงการประกอบอาหารและจัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วย ซึ่งเป็นอาหารทั่วไปไม่ใช่อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีส่วนสนับสนุนการรักษาโรคเบาหวานตามแผนการรักษา เช่น การกระตุ้นให้ผู้ป่วยกินยาเมื่อลืม การคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยไปรับบริการตามนัดเมื่อผู้ป่วยลืมวันนัดรวมถึงการพาผู้ป่วยไปรับบริการตามนัดที่สถานบริการ ผู้ดูแลไม่มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ผู้ดูแลไม่มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีวิธีการจัดการความเครียดอย่างเมาะสม ผู้ดูแลไม่มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานลด ละ เลิกการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และการประเมินภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังรวมถึงการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม

การรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน จำนวน 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.33 อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 51 – 55 ปี ร้อยละ 33.33 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคบาหวานในชุมชนน้อย กล่าวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมคลินิกโรคเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดความรู้และทักษะในการประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคเบาหวานรวมถึงการช่วยเหลือเบื้องต้น อาสาสมัครขาดการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ผู้นำชุมชนไม่เคยได้รับรู้สถานการณ์โรคเบาหวานในชุมชนและไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

การจัดบริการคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ มีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบงานให้บริการร่วมกับเจ้าหน้าที่ของสถานบริการ โดยมีกิจกรรมการดำเนินงาน ดังนี้ 1) กิจกรรมในคลินิกโรคเบาหวาน ในวันคลินิกโรคเบาหวานผู้ป่วยโรคเบาหวานจะงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคือแล้วมารอรับบริการเจาะน้ำตาล วัดความดันโลหิตที่สถานบริการแต่เช้าเพื่อรอคิวแรกๆ และรอจนกว่าเจ้าหน้าที่จะมาให้บริการ หลังจากเจาะน้ำตาล วัดความดันโลหิตเสร็จแล้วก็จะมีข้าวต้มที่ทางสถานบริการทำไว้สำหรับผู้ป่วยแต่ในบางครั้งก็ไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารอเจาะน้ำตาลทุกคน บางคนไม่ชอบข้าวต้มก็จะไม่รับประทานและรอจนกว่าจะได้กลับแล้วไปรับประทานข้าวที่บ้านของตนเอง หลังจากนั้นบางวันก็จะมีกิจกรรมการแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นและสมุนไพรแล้วก็จัดให้ผู้ป่วยนั่งรอรับบริการจากทีมเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลหนองกุงศรีมาตรวจและจ่ายยาให้ผู้ป่วยจึงสามารถกลับบ้านได้ สรุปแล้วผู้ป่วยจะใช้เวลาในการมารรับบริการคลินิกโรคเบาหวานในแต่ละครั้งประมาณ 5 – 6 ชั่วโมง กว่าจะได้กลับบ้านทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายจนทำให้บางคนไม่มารับบริการตามนัดเพราะใช้เวลานาน ต้องเสียเวลาทั้งวันเขาต้องทำงานหาเงินเพื่อใช้จ่ายในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2) กิจกรรมในชุมชน บริการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนนั้น ไม่มีแนวทางการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจนจะมีการติดตามดูอาการเป็นบางรายที่ออกจากโรงพยาบาลเป็นครั้งคราวเท่านั้นขาดความต่อเนื่องในการเยี่ยมบ้าน ไม่มีการนำชุมชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน

**1.2 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน**

เมื่อได้ทำการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนแล้วผู้ศึกษาได้ทำการคืนข้อมูลให้แก่ตัวแทนของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน เพื่อให้เห็นถึงปัญหาและมีการร่วมกันระดมสมองเพื่อออกแบบวางแผนกิจกรรมการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน โดยมีการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้พร้อมทั้งสะท้อนผลและแก้ไขปัญหา ดังนี้

1.2.1 กิจกรรมการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เหมาะสม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ. 2 ส. โดยทีมเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลหนองกุงศรีและผู้ศึกษา โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแลหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค รวมถึงการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยให้มีการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมของผู้ดูแลหลัก โดยมีเป้าหมาย ดังนี้ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี อยู่ในระดับไม่เกิน 130 mg.% หรือใกล้เคียงมากที่สุด 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถรับประทานยาได้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 4) ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม 5) ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการออกกำลังกายมีการออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างมีแบบแผนอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 – 5 วัน 6) ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถลด ละ เลิกการสูบบุหรี่และการดื่มสุราได้อย่างเหมาะสม 7) ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและสามารถดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างเหมาะสม 8) ผู้ดูแลสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ในระหว่างการจัดกิจกรรมผู้เข้าร่วมอบรมมีความสนใจในเนื้อหาที่วิทยากรให้ความรู้และมีการถามข้อสงสัยและตอบคำถามแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันตลอดการทำกิจกรรมและหลังจากการอบรมผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมมากขึ้น

1.2.2 กิจกรรมการออกกำลังกายบริหารร่างกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแบบแผนวิธีการในการบริหารร่างกายที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานและวัยของผู้ป่วย โดยการประยุกต์ใช้ท่าฤๅษีดัดตน 15 ท่า สาธิตการบริหารร่างกายโดยนักกายภาพจากโรงพยาบาลหนองกุงศรีและผู้ช่วยแพทย์แผนไทยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ และแจกแผ่นพับการบริหารร่างกายโดยการใช้ท่าฤๅษีดัดตน 15 ท่า กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 23 คน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแบบแผนการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและมีการออกกำลังกายมีการออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 – 5 วัน ในระหว่างการทำกิจกรรมผู้เข้าร่วมอบรมมีความสนใจในการบริหารร่างกายโดยใช้ท่าฤๅษีดัดตนเป็นจำนวนมากเพราะส่วนใหญ่ไม่เคยรู้มาก่อนและเป็นท่าที่สามารถปฏิบัติได้โดยง่าย ปฏิบัติได้ทุกเวลา ทุกสถานที่เพราะไม่ต้องมีอุปกรณ์เสริมและผู้เข้าร่วมอบรมส่วนใหญ่บอกว่าเมื่อปฏิบัติแล้วอาการปวดหลัง ปวดไหล่ดีขึ้น

1.2.3 กิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการและการสาธิตการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นเมนูอาหารอีสานที่มีการรับประทานกันเป็นประจำในชุมชน โดยนักโภชนากรจากโรงพยาบาลหนองกุงศรี และมีการแจกแบบบันทึกการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อบันทึกการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแลหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแลหลักมีความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรคและสามารถประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบากวานได้ และการบันทึกการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ตระหนักถึงการรับประทานอาหารที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ขณะปฏิบัติกิจกรรมผู้เข้าร่วมอบรมให้ความสนใจกับการประกอบอาหารที่เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นอย่างมาก เพราะตลอดที่ผ่านมาผู้ดูแลไม่เคยรู้มาก่อนว่าอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานควรเป็นอย่างไรและมีวิธีการปรุงอย่างไร ในระหว่างการปรุงอาหารผู้เข้าร่วมอบรมมีการสอบถามเรื่องการปรุงอาหารอย่างต่อเนื่องเพราะส่วนใหญ่ประกอบอาหารโดยการปรุงด้วยเครื่องปรุงในปริมาณมากๆ หลังการอบรมผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคมากขึ้น

1.2.4 กิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องโรคเบาหวาน และติดตามการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและการวัดความดันโลหิตในช่วงบ่าย โดยผู้ศึกษาเป็นวิทยากรให้ความรู้ มีกลุ่มเป้าหมาย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 13 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนทราบถึงสถานการณ์ของโรคเบาหวานในชุมชนและมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ความสามารถ มีทักษะ สามารถประเมินอาการผู้ป่วยโรคเบาหวานเบื้องต้นได้ โดยการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและการวัดความดันโลหิต ในระหว่างการอบรมผู้เข้าร่วมอบรมมีการซักถามข้อสงสัยและสามารถตอบคำถามของวิทยากรได้และอาสาสมัครสาธารณสุขมีความกล้าที่จะเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและวัดความดันโลหิตให้เพื่อนคนอื่นและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตามขั้นตอน และอาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนยินดีเป็นอาสาสมัครช่วยเจาะน้ำตาลในเลือดและวัดความดันโลหิตให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานในวันคลินิกโรคเบาหวานรวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

1.2.5 กิจกรรมการให้บริการผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 23 คน โดยมีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมในคลินิกโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 1) ก่อนวันนัดคลินิกโรคเบาหวานเจ้าหน้าที่จะมีหนังสือประชาสัมพันธ์การรับบริการของผู้ป่วยโรคเบาหวานส่งถึงผู้ใหญ่บ้านเพื่อประกาศประชาสัมพันธ์ในคือก่อนวันคลินิกและเช้าวันคลินิกเพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้ตัวและงดน้ำงดอาหารเพื่อรับบริการในวันคลินิกโรคเบาหวาน 2) ก่อนถึงวันคลินิกเจ้าหน้าที่จะมีการจัดยาไว้สำหรับผู้ป่วยที่นัดมารับยาในวันคลินิกโดยพิจารณาจากผลระดับน้ำตาลในเลือด 3 เดือนย้อนหลังเพื่อทำการนัดผู้ป่วยตามความเหมาะสม เพื่อความสะดวกในการให้บริการผู้ป่วยในวันคลินิกโรคเบาหวาน 3) ให้บริการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและวัดความดันโลหิตให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ณ สุขศาลาของหมู่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการและมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้กำกับดูแล เมื่อผู้ป่วยรับบริการเสร็จก็จะกลับบ้านไปรับประทานอาหารและอาน้ำแต่งตัวเตรียมไปรับบริการที่สถานบริการ 4) เมื่อผู้ป่วยมาถึงสถานบริการเจ้าหน้าที่จะจัดให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมก่อนรับยา ซึ่งประกอบไปด้วย การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน การนำออกกำลังกาย การให้ความรู้เรื่องการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน การสอนการดูแลเท้า การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้บุคคลตัวอย่างที่สามารควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และการทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันระกว่างผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถความคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ว่ามีการปฏิบัติตัวอย่างไร โดยจะมีการหมุนเวียนทำกิจกรรมในวันคลินิกละ 1 เรื่องหมุนเวียนกันไปแต่ละเดือน 5) หลังจากผู้ป่วยร่วมกิจกรรมครบถ้วนตามแผนการเรียนรู้แล้วเจ้าหน้าที่ก็จะแจกยาที่มีการเขียนวันนัดไว้บนถุงยาด้วยปากกาตัวใหญ่ๆ ให้ง่ายและสะดวกต่อการอ่านแล้วกลับบ้านพร้อมกันทุกคน กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ไม่ต้องรอนานในวันคลินิกโรคเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชุมชน ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ลืมวันนัดรับยา ได้รับบริการในคลินิกโรคเบาหวานอย่างเหมาะสม

กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีการจัดแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานแก่เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขอย่ามีระบบ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนต้องได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือออกจากโรงพยาบาลต้องได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง อย่างต่อเนื่องจนกว่าอาการจะดีขึ้นและหายเป็นปกติจึงมีการเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้งเหมือนผู้ป่วยคนอื่นๆ โดยมีแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถติดตามเยี่ยมบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีการรายงานผลการเยี่ยมบ้านแก่เจ้าหน้าที่เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินอาการผู้ป่วยและประเมินผลการดำเนินการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง หลังการดำเนินการพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมในวันคลินิกโรคเบาหวาน เพราะผู้ป่วยไม่ต้องอดอาหารมารอที่รพ.สต. ได้ความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและใช้เวลาในการทำกิจกรรมในวันคลินิกโรคเบาหวานไม่นานเหมือนเดิม ส่วนกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนนั้นผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่มีความพึงพอใจที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเพราะส่วนใหญ่บอกว่าเมื่อก่อนไม่เห็นมีใครมาเยี่ยม

**1.3 การประเมินผลการดำเนินการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน**

**1.3.1 การประเมินผลภาพรวม**

การศึกษานี้ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหารรวมถึงการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมากขึ้นโดยเฉพาะเรื่องการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมากขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานมากขึ้น การจัดบริการในคลินิกโรคเบาหวานของสถานบริการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนมากขึ้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับความรู้และการให้สุขศึกษาจากกิจกรรมที่จัดขึ้นในวันคลินิกโรคเบาหวานที่สถานบริการทุกเดือน สามารถลดเวลาการรับบริการของผู้ป่วยโรคเบาหวานและเพิ่มประโยชน์แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างเหมาะสม เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างชัดเจนทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องในชุมชน

**1.3.2 การประเมินผลการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2**

1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ดูแลหลัก ภายหลังการดำเนินกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี คือ ผู้ป่วยมีการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีผลต่อระดับน้ำตาล เช่น การรับประทานข้าวเหนียวกับผลไม้สุก การดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม เป็นต้น มีผู้ป่วย 7 คนสามารถควบคุมอาหารที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดได้ ด้วยการ ลดการรับประทานข้าวเหนียวกับผลไม้ แต่จะรับประทานบ้างเป็นบางเวลาเท่านั้น ผู้ป่วย 8 ราย บอกว่าตนเองเลิกรับประทานอาหารผัด ทอดและเนื้อติดมันแล้วและอาหารที่มีรสหวานๆแล้วจะได้รับประทานบ้างตอนมีงานบุญประเพณีของหมู่บ้านเท่านั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 – 5 วัน จำนวน 17 ราย ผู้ป่วยโรคเบาหวานรับประทานยาอย่างถูกต้องและไม่ลืมวันนัดรับยา ผู้ดูแลให้ความสำคัญกับผู้ป่วยมากขึ้น มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ไปรับยาตามนัดทุกครั้ง และมีการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานรับประทาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแล 6 ครอบครัวสามารถรับประทานข้าวจ้าวแทนข้าวเหนียวได้ ผู้ดูแลซึ่งเป็นคนทำอาหารได้หุงข้าวจ้าวให้ผู้ป่วยรับประทานทุกวัน และหลังจากรับประทานข้าวจ้าวแล้วประมาณหนึ่งเดือนกว่าๆปรากฏว่าระดับน้ำตาลที่เคยสูงก็ลดลงเล็กน้อย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ ทักษะและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนได้และติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีภาวะแทรกซ้อนและประสานกับเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนได้อย่างเหมาะสม และผู้นำชุมชนเกิดความภาคภูมิใจในการที่ตนเองได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

2) การประเมินผลค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Plasma Glucose) และค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลลดลงจากเดิมจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.61 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงจากเดิมจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.30 แต่ยังมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2 รายที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เมื่อได้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2 ราย ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิดและมีการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามอาการผู้ป่วยต่อไป

3) การให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานในวันคลินิกโรคเบาหวานทั้งที่สถานบริการและในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ที่สอบถามผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความพึงพอใจในบริการ สามารถลดระยะเวลาให้บริการในคลินิกโรคเบาหวานลงได้ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถไปทำกิจกรรมอย่างอื่นได้ตามต้องการ ผู้ป่วยได้รับความรู้จากการทำกิจกรรมในคลินิกโรคเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในกิจกรรมการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งในคลินิกโรคเบาหวานและการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความมั่นใจและมีทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมากขึ้น

**2. ข้อเสนอแนะ**

2.1 การที่ผู้ป่วยจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่องนั้นทั้ง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรได้รับการฟื้นฟูความรู้เรื่องโรคเบาหวานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและมีการติดตามเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่และอสม.อย่างต่อเนื่อง

2.2 การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการประเมินอาการผู้ป่วยโรคเบาหวานก็ ควรปฏิบัติอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขปะจำหมู่บ้านมีการลาออกและเข้าใหม่อยู่ตลอดและเป็นการฟื้นฟูความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอยู่เสมอเพื่อให้การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเบาหวานในชุมชนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 การจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนบางกิจกรรมควรมีการจัดกิจกรรมรวมกลุ่ม เช่น การออกกำลังกายซึ่งอาจจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยอยากออกกำลังกายมากขึ้นเมื่อมารวมกลุ่มกับผู้ป่วยคนอื่นๆหรือคนที่มีอายุใกล้เคียงกัน และควรสร้างแกนนำในการทำกิจกรรมในชุมชนเพื่อให้เกิดความมั่นคงและยั่งยืน

**เอกสารอ้างอิง**

กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **แผนการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ คณะ  
 ที่ 10 การควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปีงบประมาณ 2552**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข

คณะอนุกรรมการสถิติสาขาสุขภาพ และคณะทำงานสถิติสาขาสุขภาพ. (2557). **แผนพัฒนาสถิติสาขา  
 สุขภาพ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2557 – 2558.** [ออนไลน์] 2557 [อ้างเมื่อ 12 พฤษภาคม 2558]. จาก  
 http://osthailand.nic.go.th/files/social\_sector/SDP\_health291057-new6.pdf.

จุรีพร คงประเสริฐ และคณะ. (2558). **คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ.**   
 กรุงเทพฯ: โรคพิมพ์ชุมชุนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

จุรีพร คงประเสริฐ และคณะ. (2558). **แนวพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ   
 (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)   
 ปีงบประมาณ 2558.** นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล. 2555. **การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน.** สิงหาคม 2558 จาก  
 [http://kmhealth.bcnsurat.ac.th/?p=9(8 เมษายน](http://kmhealth.bcnsurat.ac.th/?p=9(8%20เมษายน) 2555)

ญาตาวี กาญจน์แก้ว. (2553). **การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบ้านน้อยสามัคคี ตำบลตาดข่า   
 อำเภอหนองหิน จังหวัดเลย**. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการ  
 พยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ณัฐพงศ์ โฆษะชุณหนันท์. (2555). **ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน.** กันยายน 2558. จาก   
 www.med.cmu.ac.th/etc/princefund/file/17.pdf+&cd=9&hl=th&ct=clnk&gl=th

ดารณี มะลิหวล. (2552). **การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ของ  
 โรงพยาบาลคง จังหวัดนครราชสีมา.** รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต   
 สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เทพ หิมะทองคำ และคณะ. (2547). **ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์**. กรุงเทพฯ: อักษรการพิมพ์.

นีรนาท พลยิ่ง. (2551). **การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน**.รายงานการศึกษาอิสระปริญญา  
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย   
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ประกายรุ่ง จวนสาง. (2552). **การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนบ้านดงแคนใหญ่ ตำบลดง  
 ใหญ่ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร**. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหา  
 บัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ประวิทย์ เอี่ยมวิถีวนิช. (2555). **การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและการศึกษาปัจจัยที่มีความ  
 สัมพันธุ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวาน   
 โรงพยาบาลห้อยยอด.** รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ  
 พัฒนาสุขภาพชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ผุสดี ด่านกุล, พชรพร สุวิชาเชิดชู, นิภาวรรณ ทองเป็นใหญ่. (2554). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล   
 ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ปัจจัยด้านการสนับสนุนกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด  
 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายเมืองย่า 5.**

พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย. (2553). **การพัฒนากระบวนการใช้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยชุมชนมี  
 ส่วนร่วม**. วิทยานิพนปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย   
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย. (2553). **การพัฒนากระบวนการใช้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยชุมชนมี  
 ส่วนร่วม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย   
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภาวนา กีรติยุตวงศ์. (2544). **การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล.** ชลบุรี: พีเพรส

ยุพาพร มาพะเนาว์. (2552). **การพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวในคลินิก  
 เบาหวานโรงพยาบาลกาฬสินธุ์.** รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต   
 สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ระพีพร วาโยบุตร. (2556). **การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว  
 และชุมชน ณ บ้านหนองโดน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ. (2559). **รายงานข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน**. รายงานการส่งออก  
 ข้อมูลจากฐานข้อมูล Hosxp.PCU.

ฤทธิรงค์ บูรพันธ์. (2556). **ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่   
 2 โรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขา   
 วิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). (2553). **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย  
 ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552**. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย/สถาบันวิจัยระบบ  
 สาธารณสุข.

วีรพันธุ์ โขวิฑูรกิจ(บรรณาธิการ). (2549). **การดูแลเบาหวานแบบองค์รวม.** กรุงเทพฯ: สาขาวิชาต่อมไร้ท่อ  
 และเมตาบอริซึม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วีรวิชญ์ เลิศไทยตระกูล. (2555). **ปรัชญาวงจร PDCA**.

ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศุภชัย อาชีวะระงับโรค. (2547). **Practical PDCA แก้ปัญหาและปรับปรุงเพื่อความสำเร็จ.**   
 กรุงเทพมหานคร: ซีโน ดีไชน์.

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางเวช  
 ปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า**. กันยายน 2558.   
 [www.dms.moph.go.th/imrta](http://www.dms.moph.go.th/imrta)

สมเกียรติ โพธิสัตย์ และคณะ. (2553). **การให้ความรู้เพื่อจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง.**   
 กรุงเทพมหานคร: ชุมนมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สมเกียรติ โพธิสัตย์ และคณะ. (2556). **การให้ความรู้เพื่อการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง**.   
 กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์   
 กระทรวงสาธารณสุข

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูประถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.   
 (2558). **โรคเบาหวานชนิดที่ 2.** ธันวาคม 2558. เข้าถึงได้จาก   
 http://www.diabassocthai.org/news\_and\_knowledge/1405

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูประถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.   
 (2558). **เบาหวานจะพบได้มากขึ้นในอนาคต.** ธันวาคม 2558. เข้าถึงได้จาก  
 http://www.diabassocthai.org/statistic/1429

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข   
 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.   
 2558**. กรุงเทพฯ: หจก. อรุณการพิมพ์

สรัลรัตน์ พันธ์สินทวีสุข. (2551). **การพัฒนาความสามารถการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิด  
 ที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านผือ ตำบลพระลับ อำเภอ  
 เมือง จังหวัดขอนแก่น.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร  
 สาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. **กลุ่มโรค NCDs**. ธันวาคม 2558. จาก  
 http://www.thaihealth.or.th/microsite/categories/5/ncds/2/173/176-  
 %E0%B8%81%E0%B8%A5%E0%B8%B8%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B9%82%

E0%B8%A3%E0%B8%84+NCDs.html

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **รายงานสรุปข้อมูล  
 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ดี   
 ปีงบประมาณ 2556**. เข้าถึงได้จาก: [www.thaincd.com](http://www.thaincd.com)

สำนักบริหารจัดการเฉพาะโรค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2552). **บทสรุปสำหรับผู้บริหาร  
 โครงการดูแลรักษาโรคเบาหวานและภาวะที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานอย่างครบวงจรในระบบ  
 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]. (เอกสารอัดสำเนา)

สุนิดา พวงมณี. (2556). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย  
 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.** วิทยานิพนธ์ปริญญาคหกรรมศาตรมหาบัณฑิต  
 (การพัฒนาครอบครัวและสังคม)

สุทิน ศรีอัษฎาพร. (2548). **การแบ่งชนิดและพยาธิกำเนิดของโรคเบาหวาน**. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว  
 การพิมพ์

สุพรรณี ศรีกงพาน. (2550). **การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและองค์กร  
 ให้พื้นที่: กรณีศึกษาในเขตเทศบาลตำบลพันดอน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี.** รายงาน  
 การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย   
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

หงส์สกุล เกษมจิต. (2551). **การพัฒนาทักษะของทีมสุขภาพในการให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย   
 เบาหวานของสถานบริการปฐมภูมิ ตำบลตะเคียน อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา**.   
 รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิต  
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อมรรัตน์ สุขเลิศ. (2555). **การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริม  
 สุขภาพตำบลหนองแสง ตำบลดุมใหญ่ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี.** รายงานการศึกษา  
 อิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย   
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อภินันท์ อร่ามรัตน์. (2543). **Continuity and Coordination of Care**. กรกฎาคม. 2558. จาก   
 [http://www.oocities.org/thaifammed/continuity.htm](http://www.oocities.org/thaifammed/continuity.htm%20วันที่%202%20ก.ค.%202558) .

อรทัย ก๊กผล. (2552). **คู่คิด คู่มือ การมีส่วนร่วมของประชาชนสำหรับผู้บริหารท้องถิ่น.** กรุงเทพมหานคร:   
 สถาบันพระปกเกล้า.

อัมพรพรรณ ธีรานุตร. (2552). **การพัฒนารูปแบบบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง.**   
 ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อารียา สกุลศรี. (2553). **การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนเมยวดี อำเภอเมยวดี   
 จังหวัดร้อยเอ็ด.** รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล  
 เวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อุสา พุทธรักษ์. (2558). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน   
 ชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก้างปลา จังหวัดเลย.** วิทยานิพนธ์  
 ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสุขภาพชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย   
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น

American Diabetes Association. (2017). **Diagnosis and classification of diabetes mellitus.**   
 American: Diabetes Care.

Clinical Guidelines Task Force. **Global guideline for type 2 diabetes**. International Diabetes   
 Federation 2012. อ้างถึงใน **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557**. (2557)

<http://www.improvingchroniccare.org/change/model/components.html>>>

King H, Gruber W, Lander T. **Implementing national diabetes programmes**. Report of a   
 WHO Meeting. World Health Organization. Division of Non-communicable Diseases,   
 Geneva 1995.

verified2/5/2007

**ภาคผนวก**

**ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล**

**ชุดที่ 1 แนวทางการสนทนาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน**

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ**

1. เพศ………………
2. อายุ……….ปี เชื้อชาติ…………….ศาสนา………………….
3. สถานภพสมรส

( ) 1. โสด ( ) 2. คู่ ( ) 3. หม้าย

( ) 4. หย่า ( ) 5. แยกกันอยู่ ( ) 6. อื่นๆ ระบุ……………

1. ระดับการศึกษา

( ) 1. ประถมศึกษา ( ) 2. มัธยมศึกษา ( ) 3. อาชีวศึกษา

( ) 4. ปริญญาตรี ( ) 5. สูงกว่าปริญญาตรี ( ) 6. อื่นๆ ระบุ……………

1. อาชีพหลัก

( ) 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) 2. ค้าขาย ( ) 3. รับราชการ

( ) 4. รัฐวิสาหกิจ ( ) 5. รับจ้าง ( ) 6. เกษตรกรรม

( ) 7. อื่นๆ ระบุ…………………………………..

1. รายได้เฉลี่ยของตนเองต่อเดือน………………………………บาท
2. เป็นโรคเบาหวานมานาน…………..ปี…………..เดือน
3. โรคแทรกซ้อน ( )ไม่มี ( )มี ระบุ................................................
4. ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด……………………………มิลลิกรัมเปอร์เซนต์
5. ส่วนสูง………………………….มิลลิเมตร
6. น้ำหนักตัว………………………กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย (BMI)……………………
7. การใช้ยา ( )ยารับประทาน ………………………………………………………….. ( )ยาฉีด

ส่วนที่ 2 การรับรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

|  |  |
| --- | --- |
| **หัวข้อที่ต้องการศึกษา** | **แนวทางการสนทนา** |
| 1. การรับรู้เรื่องโรคเบาหวาน  2. การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ  3. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของตนเอง  4. ความต้องการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน  5. ความต้องการให้ชุมชนเข้ามาสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน  6. ความต้องการให้เจ้าหน้าที่เข้ามาสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน | 1. ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานหรือไม่ จากที่ใดหรือใครบ้าง อย่างไร  2. โรคเบาหวาน คือ อะไร ระดับน้ำตาลในเลือดเท่าไหร่ที่จะบอกว่าเป็นเบาหวาน  3. โรคเบาหวานมีสาเหตุปัจจัยมาจากอะไรได้บ้าง  4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอาการอย่างไร  5. ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างไร  6. ท่านเคยใช้สมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวานหรือไม่ ถ้าเคย ใช้สมุนไพรตัวไหน ปัจจุบันยังใช้อยู่หรือไม่ เพราะอะไร  7. เมื่อท่านเริ่มป่วยด้วยโรคเบาหวานครั้งแรกท่านมีอาการอย่างไรบ้างและมีแนวทางการปฏิบัติตัวอย่างไร  8. โรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ ถ้ามีคือโรคใดบ้าง  9. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมีอาการอย่างไร มีสาเหตุจากอะไรและมีการแก้ไขปัญหาอย่างไรเมื่อมีอาการ  10. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมีอาการอย่างไร มีสาเหตุจากอะไรและมีการแก้ไขปัญหาอย่างไรเมื่อมีอาการ  เมื่อท่านทราบว่าเป็นโรคเบาหวานท่านมีการดูแลตนเองอย่างไรบ้าง  1. ท่านมีการควบคุมอาหารหรือไม่ อย่างไร  อาหารที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรหลีกเลี่ยงมีอะไรบ้าง  2. ท่านออกกำลังกายหรือไม่ อย่างไร  3. ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีภาวะเครียดหรือไม่ ถ้ามีความเครียดท่านมีวิธีจัดการอย่างไร  4. ท่านสูบบุหรี่/ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ อย่างไร  5. ท่านรับประทาน/ฉีดยาโรคเบาหวานอะไรบ้าง อย่างไร  6. ท่านไปพบแพทย์/รับยาตามนัดทุกครั้งหรือไม่ อย่างไร  1. ท่านมีปัญหาในการดูแลตนเองเรื่องใดบ้าง อย่างไร และท่านต้องการความช่วยเหลือเรื่องใด ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างไร  1. ท่านต้องการให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องใดบ้าง อย่างไร  2. สมาชิกในครอบครัว(ผู้ดูแล)ได้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือในเรื่องใดบ้าง  1. ท่านต้องการให้ชุมชนเข้ามาสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพในเรื่องใดบ้าง อย่างไร  1. ท่านต้องการให้เจ้าหน้าที่เข้ามาสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพในเรื่องใดบ้าง อย่างไร |

**ชุดที่ 2 แนวทางการสนทนาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน**

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลรายบุคคล**

1. เพศ………………

2. อายุ……….ปี เชื้อชาติ…………….ศาสนา………………….

3. สถานภพสมรส

( ) 1. โสด ( ) 2. คู่ ( ) 3. หม้าย

( ) 4. หย่า ( ) 5. แยกกันอยู่ ( ) 6. อื่นๆ ระบุ……………

4. ระดับการศึกษา

( ) 1. ประถมศึกษา ( ) 2. มัธยมศึกษา ( ) 3. อาชีวศึกษา

( ) 4. ปริญญาตรี ( ) 5. สูงกว่าปริญญาตรี ( ) 6. อื่นๆ ระบุ……………

5. อาชีพหลัก

( ) 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) 2. ค้าขาย ( ) 3. รับราชการ

( ) 4. รัฐวิสาหกิจ ( ) 5. รับจ้าง ( ) 6. เกษตรกรรม

( ) 7. อื่นๆ ระบุ…………………………………..

6. รายได้เฉลี่ยของตนเองต่อเดือน………………………………บาท

7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.................................................

8. โรคประจำตัว....................................................

9. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยรายนี้

( ) น้อยกว่า 1 ปี ( ) 1 – 2 ปี ( ) 3 – 5 ปี

( ) 5 – 10 ปี ( ) 10 ปีขึ้นไป

**ส่วนที่ 2 การรับรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **หัวข้อที่ต้องการศึกษา** | **แนวทางในการสนทนา** |
| 1. การรับรู้เรื่องโรคเบาหวาน  2. การช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน  3. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน  4. ความต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน | 1. ท่านได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวานจากแหล่งใดบ้าง  2. โรคเบาหวานคืออะไร ระดับน้ำตาลในเลือดเท่าไหร่จึงถือว่าเป็นโรคเบาหวาน  3. โรคเบาหวานมีสาเหตุมาจากอะไรได้บ้าง  4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอาการอย่างไร  5. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรปฏิบัติตัวอย่างไร  1. ท่านดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเบาหวานในเรื่องใด และทำอย่างไรบ้าง  2. ท่านได้ช่วยดูแลในเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือไม่ อย่างไร  3. ท่านได้ช่วยดูแลในเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือไม่ อย่างไร  4. ท่านมีส่วนช่วยสนับสนุนในเรื่องการออกกำลังกายของผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร  5. เมื่อถึงเวลานัดรับยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานท่านมีส่วนช่วยเหลือและสนับสนุนอย่างไรบ้าง  6. เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะเครียดท่านมีส่วนช่วยเหลือหรือไม่ อย่างไร  1. ท่านมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือไม่ อย่างไร และท่านมีแนวทางการแก้ไขอย่างไร  1. ท่านมีความต้องการการช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในเรื่องใด อย่างไรบ้าง  2. ท่านต้องการให้เจ้าหน้าที่/ชุมชน เข้ามาช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในเรื่องใด |

**ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนาสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)และผู้นำชุมชน**

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล**

1. เพศ………………

2. อายุ……….ปี เชื้อชาติ…………….ศาสนา………………….

3. สถานภพสมรส

( ) 1. โสด ( ) 2. คู่ ( ) 3. หม้าย

( ) 4. หย่า ( ) 5. แยกกันอยู่ ( ) 6. อื่นๆ ระบุ……………

4. ระดับการศึกษา

( ) 1. ประถมศึกษา ( ) 2. มัธยมศึกษา ( ) 3. อาชีวศึกษา

( ) 4. ปริญญาตรี ( ) 5. สูงกว่าปริญญาตรี ( ) 6. อื่นๆ ระบุ……………

5. อาชีพหลัก

( ) 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) 2. ค้าขาย ( ) 3. รับราชการ

( ) 4. รัฐวิสาหกิจ ( ) 5. รับจ้าง ( ) 6. เกษตรกรรม

( ) 7. อื่นๆ ระบุ…………………………………..

6. รายได้เฉลี่ยของตนเองต่อเดือน………………………………บาท

7. ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน(อสม.)..............................ปี

**ส่วนที่ 2 แนวคำถามการสนทนากลุ่มในการดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน**

|  |  |
| --- | --- |
| **หัวข้อที่ต้องการศึกษา** | **แนวทางการสนทนา** |
| 1. การรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์โรคเบาหวานในชุมชน  2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน  3. การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานหวานในชุมชนของท่าน  4. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน  5. ความต้องการในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน | 1. ท่านทราบหรือไม่ว่าสถานการณ์โรคเบาหวานในชุมชนของท่านเป็นอย่างไร  1. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานจากที่ใด และจากใครบ้าง  2. โรคเบาหวานคืออะไร ระดับน้ำตาลในเลือดเท่าไหร่จึงถือว่าเป็นโรคเบาหวาน  3. โรคเบาหวานมีสาเหตุมาจากอะไรได้บ้าง  4. โรคเบาหวานมีอาการอย่างไรบ้าง  5. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรปฏิบัติตัวอย่างไร  6. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ท่านรับผิดชอบมีการปฏิบัติตัวอย่างไรบ้าง ผู้ป่วยโรคเบาหวานแต่ละคนมีการปฏิบัติตัวที่แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร  1. ท่านได้รับมอบหมายรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างไรบ้าง  2. ท่านมีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหรือไม่ ทำอย่างไร ให้คำแนะนำเรื่องใดบ้าง  1. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนของท่านมีอะไรบ้าง อย่างไร และท่านมีแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเองอย่างไรบ้าง  1. ท่านต้องการให้มีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนอย่างไรบ้าง  2. ท่านต้องการความช่วยเหลือจาก ชุมชน อย่างไรบ้าง  3. ท่านมีความคาดหวังและโอกาสในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างไร |

**ภาคผนวก ข แบบบันทึกการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **แบบบันทึกรายการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน** | | | | | | |
| **ชื่อ - นามสกุล.......................................................................อายุ.........ระยะเวลาที่ป่วย...............** | | | | | | |
| **โรคแทรกซ้อน.................................................** | | | | | | |
| **วันที่** | **มื้ออาหาร** | **รายการอาหารที่รับประทาน** | **ประเภทและปริมาณข้าวที่รับประทาน** | **เครื่องปรุง** | **อื่นๆ** | **แหล่งอาหาร** |
|  | **เช้า** | **.....................................** | **( ) ข้าวเหนียว............ปั้น** | **น้ำตาล..........ช้อนชา** | **กาแฟ...........แก้ว** |  |
|  |  | **.....................................** | **( ) ข้าวสวย...............ทัพพี** | **น้ำมัน............ช้อนชา** | **โอวัลติน........แก้ว** |  |
|  |  | **.....................................** |  |  | **สุรา..............แก้ว** |  |
|  |  | **.....................................** |  |  | **บุหรี่.............มวน** |  |
|  |  | **อาหารว่าง.........................** |  |  |  |  |
|  | **กลางวัน** | **.....................................** | **( ) ข้าวเหนียว............ปั้น** | **น้ำตาล..........ช้อนชา** | **กาแฟ...........แก้ว** |  |
|  |  | **.....................................** | **( ) ข้าวสวย...............ทัพพี** | **น้ำมัน............ช้อนชา** | **โอวัลติน........แก้ว** |  |
|  |  | **.....................................** |  |  | **สุรา..............แก้ว** |  |
|  |  | **.....................................** |  |  | **บุหรี่.............มวน** |  |
|  |  | **อาหารว่าง.........................** |  |  |  |  |
|  | **เย็น** | **.....................................** | **( ) ข้าวเหนียว............ปั้น** | **น้ำตาล..........ช้อนชา** | **กาแฟ...........แก้ว** |  |
|  |  | **.....................................** | **( ) ข้าวสวย...............ทัพพี** | **น้ำมัน............ช้อนชา** | **โอวัลติน........แก้ว** |  |
|  |  | **.....................................** |  |  | **สุรา..............แก้ว** |  |
|  |  | **.....................................** |  |  | **บุหรี่.............มวน** |  |
|  |  | **อาหารว่าง.........................** |  |  |  |  |

**ภาคผนวก ค รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการทำการศึกษาอิสระ**

**รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการทำการศึกษาอิสระ**

1. นายแพทย์นพพล คำภูมี นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี

จังหวัดกาฬสินธุ์

2. นางยุวดี ไทยสนธิ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี

จังหวัดกาฬสินธุ์

3. นางสาวจุฑารัตน์ อัศวภูมิ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว   
 อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

**ประวัติผู้เขียน**

นางสาวมัณฑนา ศรีสุทัศน์ (MRS.MANTHANA SRISUTAS)

ประวัติการศึกษา

- สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท   
 จังหวัดสระบุรี เมื่อปี 2553

- ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้อต้น) วิทยาลัยพยาบาลบรม  
 ราชชนนีศรีสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

ประวัติการทำงาน

- พ.ศ. 2553 – 2557 พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว   
 อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

- พ.ศ. 2558 – ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
 บ้านคำไฮ อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์