



“มีผู้เปรียบเทียบกับผู้ป่วยเรื้อรังเปรียบเสมือนนักบินขับเครื่องบินลำเล็ก
ที่ต้องประกอบตัวเองไปในทิศทางที่เหมาะสม และไม่เกิดอันตราย หรืออุบัติเหตุ
ถ้าเป็นนักบินก็ต้องการคู่มือการบิน แผนการบิน
การดูแลซ่อมบำรุงที่สม่ำเสมอ และการเฝ้าระวังการจราจร
ซึ่งเมื่อเปรียบกลับมาที่ผู้ป่วยเรื้อรังก็เช่นเดียวกัน
เขาต้องการแนวทางการดูแลตนเอง แผนการดูแลสุขภาพ
การจัดการทางคลินิกที่เหมาะสม และระบบการติดตามดูแลต่อเนื่อง
ระบบบริการในปัจจุบันมักเป็นระบบที่จัดการไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ ไม่ให้เครื่องบินตก
แต่ไม่ได้ถูกจัดให้ประกอบเครื่องบินได้อย่างเหมาะสม”

ระบบดูแลสุขภาพผู้ป่วยมีปัญหากลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร



จัดพิมพ์/เผยแพร่: สถาบันวิจัยและพัฒนากระบวนการสุขภาพชุมชน (สพช.)
อาคาร 3 ชั้น 7 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ถนนวิภาวดีรังสิต ซอยงามเมือง นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2590-1851-2 โทรสาร 0-2590-1839 website www.thalichr.org e-mail ichr2005@yahoo.com

คู่มือหน่วยบริการปฐมภูมิ:

การจัดการเบาหวาน แบบบูรณาการ



คู่มือหน่วยบริการปฐมภูมิ: การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ • สถาบันวิจัยและพัฒนากระบวนการสุขภาพชุมชน (สพช.)

สถาบันวิจัยและพัฒนากระบวนการสุขภาพชุมชน (สพช.)

คู่มือหน่วยงานบริการปฐมภูมิ:

การจัดการสุขภาพ แบบบูรณาการ

คู่มือหน่วยบริการปฐมภูมิ: การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ

เอกสารวิชาการรวบรวมเรียบเรียงโดย

สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)

สนับสนุนการพิมพ์โดย

แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ผรส.)

เพื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)



ISBN 978-974-9510-32-2

พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม 2552

จำนวนการพิมพ์ 1,500 เล่ม

ราคา 220 บาท

บรรณาธิการ

รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อชานานานภาพ, ดร.วัลลา ตันตโยทัย,
พญ.สุภัทรา ศรีวณิชชากร, พญ.ณภาพุฒ โรจนสุภักดิ์, ทศนีย์ ญาณะ

คณะผู้เขียน

พญ.สุภัทรา ศรีวณิชชากร, พญ.ณภาพุฒ โรจนสุภักดิ์, นพ.นิพัทธ์ กิตติมานนท์, รัชดา พิพัฒน์ศาสตร์,
นพ.เกษม เวชสุทธานนท์, พรรณี ทิพย์ธราดล, นพ.สตาจค์ ศุภผล, ภัชราภรณ์ ถาบุตร, สิวพร ประเสริฐ
ส
ช
การุณย์ หงษ์กา, ทศนีย์ ญาณะ, นพ.สุธี สุคดี, พญ.อมิรดี ศรีวิจิตกมล, เขียวเรศ วิสูตรโยธิน, จุติพร ผลเกิด

การจัดการและประสานงาน ผกาวัฒน์ ฤทธิ์ศรีบุญ

ออกแบบ/รูปเล่ม บริษัท โฮลิสติกพับลิชชิง จำกัด

เลขที่ 10 ซอยวงศ์สว่าง 27 ถนนวงศ์สว่าง แขวงบางซื่อ เขตบางซื่อ กรุงเทพฯ 10800

โทรศัพท์/โทรสาร 0-2587-4369, 0-2910-7017-8 e-mail: holisticpublishing@gmail.com

จัดพิมพ์และเผยแพร่ สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)

อาคาร 3 ชั้น 7 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2590-1851-2 โทรสาร 0-2590-1839

Website www.thaiichr.org e-mail: ichr2005@yahoo.com

คำนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานที่มีผลกระทบต่อสังคมไทยทั้งในเชิงสังคม เศรษฐกิจ โดยเฉพาะการถดถอยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการเป็นภาระที่ระบบบริการสุขภาพในรูปแบบต่างต้องออกแบบระบบและจัดวิธีการทำงานรองรับ ทั้งเพื่อการป้องกัน การชะลอปัญหา รวมถึงการแก้ไขปัญหาเป็นที่รับรู้โดยทั่วกัน และเนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่มีลักษณะเฉพาะที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การใช้ชีวิตสูงมาก ระยะเวลาของการเจ็บป่วยและการดูแลรักษายาวนาน มีภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในหลายระบบของร่างกาย นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ สังคม อารมณ์ และเศรษฐกิจของผู้ป่วยและคนใกล้ชิด ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีลักษณะการดูแลเฉพาะทั้งทางการแพทย์และทางด้านสังคมอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วย

จุดเด่นของการทำงานในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ เป็นจุดที่สามารถมีกลวิธีที่หลากหลายในการควบคุมป้องกันโรค การดูแลรักษาที่เชื่อมต่อกับระบบบริการระดับที่สูงกว่า และการทำงานที่สนับสนุนให้เกิดความช่วยเหลือและเสริมศักยภาพ ปรับขีดความสามารถในการปรับวิถีการดำรงชีวิตและการดูแลตนเองได้ในระดับบุคคลและครอบครัว ตลอดจนสามารถส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกับชุมชน ท้องถิ่น ในการทำงานเพื่อจัดการกับปัญหา และผลกระทบของเบาหวานในชุมชนได้เป็นอย่างดี ทำให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งในระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น จำเป็นต้องร่วมมือกันทำงานเพื่อให้เกิดความเชื่อมต่อและประสิทธิภาพของการจัดการระบบดูแลเบาหวานให้ได้อย่างบูรณาการ ทั้งนี้ มุ่งเน้นสู่ระบบการดูแลโรคเรื้อรังที่เน้นการป้องกันความเสี่ยง ลดเสี่ยง เสริมศักยภาพการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของกลุ่มเป้าหมายต่อไป

หนังสือเล่มนี้เป็นผลผลิตหนึ่งของการทำงานโดยคณะทำงานพัฒนาเอกสารวิชาการที่จะช่วยให้คนทำงานเบาหวานในระบบบริการและผู้สนใจเห็นความสำคัญ ตระหนักถึงปัญหา และร่วมกันสนับสนุนการป้องกันและดูแลแก้ไขปัญหาเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหนังสือเล่มนี้ยังเป็นส่วนหนึ่งของการเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเรื่องสถาน-

การณ์เบาหวานในประเทศ กรอบแนวคิดระบบการดูแลเบาหวาน บทบาทสถานพยาบาลใน ระบบจัดการเพื่อดูแลและป้องกันเบาหวาน ระบบการคัดกรอง การทำงานร่วมกับชุมชนท้องถิ่น ระบบการจัดการข้อมูลและการสนับสนุนเรื่องข้อมูล ความรู้และการจัดการตนเอง มิติทาง สังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน โดยได้รับความร่วมมือจากผู้เขียนทั้งที่มาจากหน่วยงาน สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาการ และหน่วยงานปฏิบัติในพื้นที่เป็นอย่างดี ทั้งนี้การ ดำเนินการได้รับการสนับสนุนจากแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้าวหน้า (ผรส.) เพื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สุดท้ายนี้หวังว่าหนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์กับผู้สนใจกับการพัฒนาระบบการจัดการ เบาหวานให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

พฤษภาคม 2552

คณะผู้จัดทำ

พณ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร	สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
พณ.อภิรดี ศรีวิจิตกมล	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
พณ.เกษม เวชสุกานนท์	สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
พณ.ณภาพุฒ โรจนสุภัก	สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
ทักษิณีย์ ญาณะ	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
พการัตน์ ฤทธิศรีบุญ	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
พรรณี ทิพย์ธาดล	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
เยาวเรศ วิสูตรโยธิน	สำนักงานควบคุมโรค เขต 9 (พิษณุโลก)
จตุพร พลเกิด	สำนักงานควบคุมโรค เขต 7 (อุบลราชธานี)
พณ.นิพัทธ์ กิตติมานนท์	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
ธันดา พิพัฒน์ศาสตร์	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
พณ.สุธี สุดดี	โรงพยาบาลวารินชำราบ อุบลราชธานี
พณ.สตาจค์ ศุภพล	โรงพยาบาลขอนแก่น ขอนแก่น
ภัชราภรณ์ ฑาบุตร	โรงพยาบาลขอนแก่น ขอนแก่น
สิวพร ประเสริฐสุข	สถานีอนามัยตำบลโคกสี อำเภอเมือง ขอนแก่น
การุญย์ หงษ์กา	โรงพยาบาลขอนแก่น ขอนแก่น

สารบัญ

คำนำ

1. ภาพรวมของสถานการณ์เบาหวานในประเทศ	1
2. แนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลเบาหวาน	11
• กรอบแนวคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	13
3. บทบาทของสถานพยาบาลในระบบจัดการเพื่อดูแลและป้องกันโรคเบาหวาน	19
• บทบาทหน้าที่สถานบริการระดับต่าง ๆ และตัวอย่างประสบการณ์การออกแบบการพัฒนาระบบบริการ เพื่อจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ	21
• การคัดกรองเบาหวาน	29



สารบัญ

● การจัดการบริการภายในคลินิก	36
● ความร่วมมือกับชุมชนท้องถิ่น: ภาวคีความร่วมมือการทำงานเบาหวานในชุมชน	63
● ระบบการจัดการข้อมูล และการสนับสนุนเรื่องข้อมูล ความรู้ และการจัดการตนเอง	71
4. มิติทางสังคม วัฒนธรรม กับเบาหวาน	91
● เบาหวานกับประสบการณ์ชีวิตที่ไม่เคยถูกถาม: มุมที่อยากใหัเข้าใจ	93

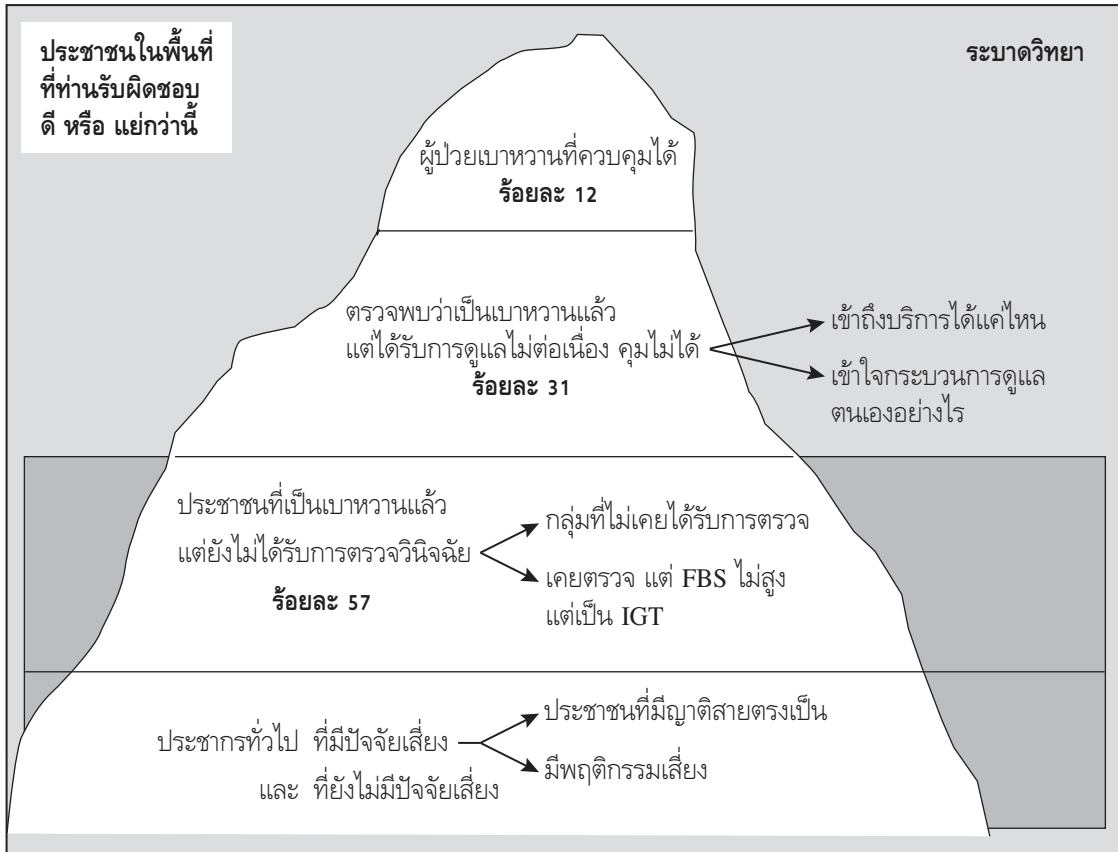


1

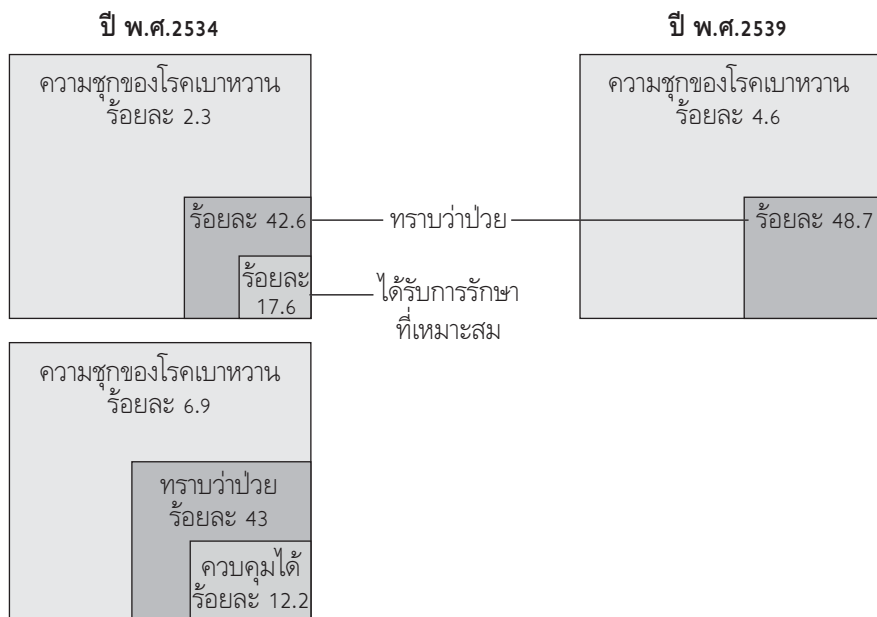
ภาพรวมของสถานการณ์ เบาหวานในประเทศไทย



● ภาพที่ 1.1 ● ผู้ป่วยเบาหวานประมาณครึ่งหนึ่งยังไม่ถูกค้นพบ

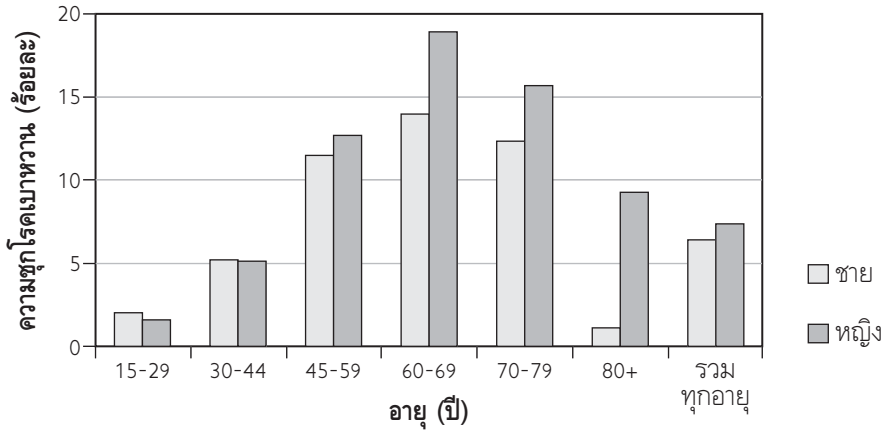


● ภาพที่ 1.2 ● 3 ใน 4 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ควบคุมโรคไม่ได้



ข้อมูลจาก: รายงานสถานการณ์สุขภาพไทย สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ปีที่ 2 ฉบับวันที่ 17 ตุลาคม 2549 กระทรวงสาธารณสุข

● **ภาพที่ 1.3** ● ความชุกของผู้ป่วยเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



ข้อมูลจาก: รายงานสถานการณ์สุขภาพไทย สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ปีที่ 2 ฉบับวันที่ 17 ตุลาคม 2549 กระทรวงสาธารณสุข

หญิงมากกว่าเพศชาย โดยในเพศหญิงพบร้อยละ 9.9 ในเพศชายพบร้อยละ 9.3

แนวโน้มความชุกของผู้เป็นเบาหวานเพิ่มขึ้น 3 เท่า ใน 10 ปี

จากปี พ.ศ.2534 ความชุกของการเป็นเบาหวานร้อยละ 2.3 เพิ่มเป็นร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ.2547 (ประมาณ 3.2 ล้านคนในปี พ.ศ.2547) อันแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการเป็นเบาหวานที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งต้องใช้เงินเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานเหล่านี้ให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ซึ่งจะต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 3.5-8.4 หมื่นล้านบาท (ค่าคน ยา เครื่องมือ)⁴ ที่สำคัญผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมีสัดส่วนที่สูง (ภาพที่ 1.1) และผู้ที่เป็นเบาหวานก็ยังได้รับบริการได้ไม่ดีนัก (ภาพที่ 1.2)

ผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน มีถึงร้อยละ 57 ซึ่งแสดงถึงความสำคัญในการคัดกรอง และค้นหาผู้ป่วยให้ทั่วถึง ครอบคลุม เพื่อที่จะได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะแรก และป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ผู้ที่ทราบว่าเป็นเบาหวานแล้ว ยังได้รับการดูแลได้ดีมีเพียง 1 ใน 4 เท่านั้น อันหมายถึงคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบันยังไม่ดีพอ ซึ่งต้องไปค้นหาว่าเกิดจากปัจจัยอะไร และต้องมีการพัฒนาต่อไป

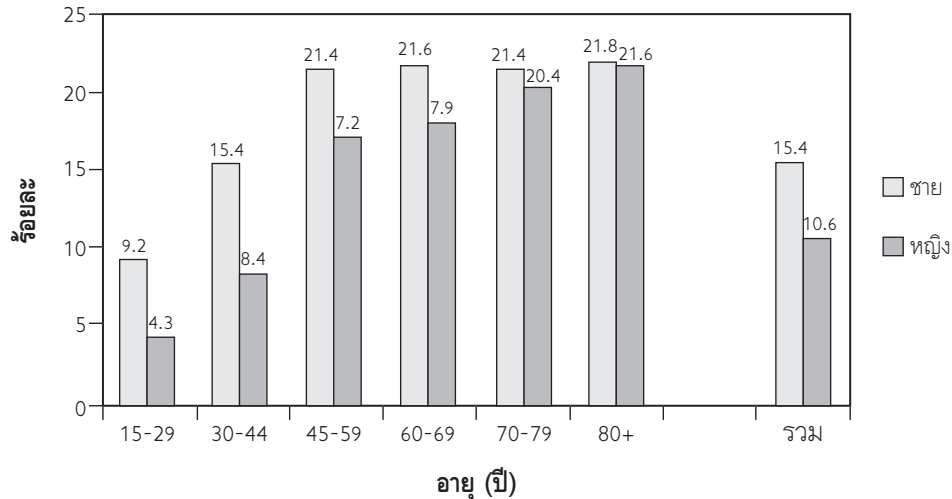
ปัจจุบันการจัดบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยต้องไปใช้บริการอย่างแออัด รอคอยนานและไม่ทั่วถึง อีกทั้งระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบันเป็นระบบที่จัดการเพื่อการดูแลสำหรับโรคเฉียบพลัน ไม่ได้ออกแบบให้เอื้อต่อการดูแลรักษาสำหรับผู้มีปัญหาเรื้อรัง ต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง เป็นองค์รวม และเสริมการพึ่งตนเองของผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการจัดบริการที่เชื่อมโยงกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ใกล้บ้าน และต้องการความร่วมมือ เป็นเจ้าของร่วมจากผู้ป่วยและชุมชน

ความชุกของเบาหวาน

มีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น

โดยพบความชุกสูงสุดที่กลุ่มอายุ 60-69 ปี (ภาพที่ 1.3) แสดงถึงความสำคัญของปัญหาโรคเบาหวาน

● ภาพที่ 1.4 ● ความชุกของผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ (IFG) จำแนกตามอายุและเพศ



ที่มา: ข้อมูลจากรายงานผลการสำรวจสุขภาพอนามัยของประชากรไทยครั้งที่ 3 พ.ศ.2546-2547 ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

ในผู้สูงอายุ เพราะฉะนั้นการจัดทำแผนและโครงการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุนับว่ามีความสำคัญในการป้องกันโรคเบาหวาน

สภาวะก่อนเบาหวาน (pre-diabetes)

ในกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ยังมีประชากรส่วนหนึ่งที่เริ่มมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ กล่าวคือมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับ 100-125 มก./ดล. ซึ่งเรียกรวมกันว่า “สภาวะก่อนเบาหวาน” (pre-diabetes)

บุคคลกลุ่มนี้จัดว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวานต่อไป รวมทั้งโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วย จากการสำรวจพบประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้จากการเจาะเลือดภายหลังการอดอาหาร (impaired fasting glucose, IFG) โดยที่ระดับของ fasting plasma glucose (FPG) อยู่ระหว่าง 100-125 มก./ดล. มีอยู่ร้อยละ 15.4 ในเพศชายและร้อยละ 10.6 ในเพศหญิง

ความชุกของ IFG นี้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งเพศชายและเพศหญิง จนมีความชุกสูงสุดในอายุ 80 ปีขึ้นไป (ภาพที่ 1.4)

หากมีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงนี้โดยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (lifestyle) ที่สำคัญคือการลดน้ำหนักให้ BMI อยู่ในระดับปกติ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พบว่าความเสี่ยงจากการเกิดโรคเบาหวาน (relative risk reduction) ในกลุ่มผู้ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตนี้ลดลงถึงร้อยละ 58 (ถ้าใช้ยา metformin จะมีความเสี่ยงลดลงร้อยละ 31 ผลจากงานวิจัยนี้ยังไม่แนะนำให้เป็นแนวปฏิบัติทั่วไป)

ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบจากการเป็นเบาหวาน

เบาหวาน เป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับหลอดเลือด อันเป็นผลให้มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา ปัญหาที่พบบ่อย คือ ความผิดปกติที่ตา ไต หัวใจ และเท้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน

อายุ ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่

ผลกระทบของการสูบบุหรี่ทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance) ผลการรักษาเบาหวานเลวลง เกิดกลุ่มอาการเมแทบอลิก มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดเล็กและหลอดเลือดใหญ่ ตลอดจนอัตราการตายสูงขึ้น⁵

จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษา Thailand Diabetes Registry (TDR) Project: clinical status and long term vascular complications in diabetic patients ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 9,419 คนในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 11 แห่งในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนจากมากไปน้อย ดังนี้

- ภาวะแทรกซ้อนที่ไตร้อยละ 43.9
- ภาวะแทรกซ้อนที่ตาร้อยละ 30.7
- หลอดเลือดหัวใจตีบร้อยละ 8.1
- โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 4.4
- แผลเบาหวานที่เท้าร้อยละ 5.9 และสูญเสียอวัยวะร้อยละ 1.6

นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมาระยะเวลา

ประมาณ 6 ปี ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ (ซึ่งแสดงถึงความผิดปกติของไต) ร้อยละ 17

ปัจจัยเสี่ยง

ของการเป็นเบาหวาน

ปัจจัยเสี่ยงของการเป็นเบาหวานมีหลายประการ มีลักษณะแตกต่างกันบ้างในแต่ละชนิดของโรคเบาหวาน ดังนี้

โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes)⁶

สาเหตุของโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ส่วนใหญ่เกิดจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันตนเอง (autoimmune) และ

ส่วนน้อยไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic) โดยทั่วไปพบมีปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทั้ง 2 ชนิดนี้จะส่งเสริมกันทำให้เกิดการตอบสนองต่อระบบภูมิคุ้มกันมาทำลายเซลล์บีตา (beta-cells) ของตับอ่อน เมื่อถูกทำลายมาก การสร้างอินซูลินไม่เพียงพอ ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง

ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่สำคัญ ได้แก่

ปัจจัยทางพันธุกรรม สาเหตุส่วนหนึ่งของโรคเบาหวานชนิดนี้มาจากความผิดปกติทางพันธุกรรม การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีความสัมพันธ์อย่างมากกับ human leukocyte antigen (HLA) complex ซึ่งเป็นกลุ่มของยีน (gene) บนโครโมโซมคู่ที่ 6 ผู้ที่มียีน HLA-DR3 และ HLA-DR4 มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 1 แต่ HLA-DR4 ตัวเดียวจะไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรค^{7,8} HLA-DQ ก็มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ด้วย⁹ อย่างไรก็ตาม พบว่าคู่แฝดของผู้ป่วยโรคเบาหวานบางคนไม่เป็นโรคเบาหวาน แสดงว่าพันธุกรรมไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงของโรคแต่เพียงอย่างเดียว

โรคติดเชื้อไวรัส มีหลักฐานจากรายงานการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ภายหลังจากติดเชื้อไวรัสบางชนิด ได้แก่ coxsackie¹⁰, rubella¹¹, mumps¹² และ cytomegalovirus (CMV)¹³

ความเครียด (psychological stress) ความเครียดในครอบครัวส่งผลกระทบต่อเด็กในทางลบ มีส่วนเชื่อมโยงกับระดับฮอร์โมน ความไวของอินซูลิน ความต้องการอินซูลิน และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ความเครียดมีส่วนชักนำให้เกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 1 โดยสัมพันธ์กับปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันตนเองในวัยทารก^{14,15}

ความอ้วน เด็กอ้วนมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 1 สูงขึ้นเป็น 2 เท่าของเด็กน้ำหนักปกติ¹⁶

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus)

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานในพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย พบปัจจัยเสี่ยงตามลำดับความสำคัญ คือ ความอ้วนที่วัดโดยดัชนีมวลกาย (BMI) เกิน 27.5 (ความเสี่ยง 3.4 เท่า) พ่อแม่ พี่น้องเป็นเบาหวาน (ความเสี่ยง 2.9 เท่า) ความดันเลือดสูง (ความเสี่ยง 1.9 เท่า) อายุเกิน 50 ปี (ความเสี่ยง 1.8 เท่า) อ้วนลงพุง (ความเสี่ยง 1.7 เท่า) และเพศชาย (ความเสี่ยง 1.5 เท่า)¹⁷

ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดเบาหวานมีหลายประการ เช่น

ความอ้วน เนื่องจากในคนอ้วนเนื้อเยื่อมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้ฮอร์โมนอินซูลินออกฤทธิ์ได้น้อยลง เกิดการดื้อต่อการออกฤทธิ์อินซูลิน (insulin resistance) ทำให้การขนถ่ายกลูโคสเข้าเซลล์ลดลง และขัดขวางการเผาผลาญกลูโคสภายในเซลล์ คนที่อ้วนส่วนกลาง (central obesity) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงถึงเกือบ 3 เท่า ของคนที่มีน้ำหนักปกติ¹⁸

ปัจจัยทางพันธุกรรม พบรายงานอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงขึ้นมากในแฝดเหมือน (monozygotic twins) ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน¹⁹

สูงอายุ ตับอ่อนจะสังเคราะห์และหลั่งฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยลง

ตับอ่อนได้รับความกระทบกระเทือน

การติดเชื้อไวรัสบางชนิด การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี^{20,21} และ herpes simplex virus type 1 มีส่วนสัมพันธ์กับเบาหวานชนิดที่ 2²²

ความเครียด มีผลไปกระตุ้นให้มีการหลั่งของฮอร์โมนหลายตัวในร่างกาย ซึ่งขัดขวางการทำงานของอินซูลิน เช่น catecholamines และ glucocorticoids ทำให้เกิดการดื้ออินซูลิน (insulin resistance) ความเครียดจากการทำงานเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2²³

การบริโภคใยอาหารที่ไม่เพียงพอ จากการบริโภคผักผลไม้และธัญพืชที่ลดลง

วิถีชีวิตนั่ง ๆ นอน ๆ ออกกำลังกายไม่เพียงพอ หรือไม่ได้ ออก มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน²⁴

พฤติกรรมการบริโภคหวาน

การสูบบุหรี่ คนสูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่เกือบ 3 เท่า²⁵

ปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานที่ศึกษาโดยสมาคมโรคเบาหวานของสหรัฐอเมริกา พบว่า อายุมากกว่า 45 ปี ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน การขาดการออกกำลังกายเป็นประจำ ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ (IFG) หรือผู้ที่มีความทนต่อกลูโคสผิดปกติ (IGT) เป็นต้น สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษารisk factor ของโรคเบาหวานโดยวิชัย เอกพลากร และคณะ¹⁷

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเบาหวาน ได้แก่ **อายุ** (เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 35-39 ปี แล้ว อัตราเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานในกลุ่มอายุ 45-49 ปี เป็น 1.3 เท่า และกลุ่ม ≥ 50 ปี เป็น 1.8 เท่า) **ภาวะอ้วน** (กลุ่ม BMI 23-27.5 และ ≥ 27.5 มีอัตราเสี่ยงเป็น 2.0 และ 3.4 เท่าของกลุ่ม BMI < 23 ตามลำดับ) **อ้วนลงพุง** (ความยาวรอบเอว > 80 ซม. ในเพศหญิง และ > 90 ซม. ในเพศชาย มีอัตราเสี่ยง 1.7 เท่า) **ภาวะความดันเลือดสูง** (มีอัตราเสี่ยง 1.9 เท่า) และ **ประวัติการเป็นเบาหวานในพ่อแม่พี่น้องสายตรง** (มีอัตราเสี่ยง 2.9 เท่า ของผู้ไม่มีประวัติเบาหวานในครอบครัว)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในประเทศไทย

ภาวะอ้วน โดยเฉพาะอ้วนลงพุง พบว่าในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 15 ในเพศชายและร้อยละ 36 ในเพศหญิงที่มีเส้นรอบเอวเกินกว่ามาตรฐาน (มากกว่า 90 ซม. ในเพศชาย และ 80 ซม. ในเพศหญิง) ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันเลือดสูงและเบาหวานมากขึ้น

กิจกรรมทางกาย พบว่าประชากรที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ในเพศชายร้อยละ 21 และเพศหญิงร้อยละ 24 (เป็นที่ทราบกันดีว่าถ้าประชากรมีกิจกรรมทางกายความหนักขนาดปานกลางอย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์อย่างสม่ำเสมอ จะเป็นพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่างๆ ได้ โดยเฉพาะโรคความดันเลือดสูง เบาหวาน และโรคหลอดเลือดและหัวใจ)

ผู้ที่รับประทานผักหรือผลไม้รวมกันมากกว่า 5 หน่วยมาตรฐานต่อวัน ในประชากร 15-74 ปี มีประมาณร้อยละ 17.34 (การบริโภคอาหารสุขภาพจะช่วยป้องกันโรคต่างๆ ได้)

พบว่า**ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ** ในประชากรอายุ 15-74 ปี ร้อยละ 22.25 ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจเพิ่มมากขึ้น

ภาวะเครียด

ประวัติครอบครัว โดยเฉพาะญาติสายตรง เช่น พ่อแม่ พี่น้อง ถ้าเป็นโรคเบาหวานจะทำให้มีโอกาสเป็นโรคเบาหวานมากขึ้น ปัจจัยนี้อาจเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ประชากรกลุ่มนี้ควรได้รับการตรวจคัดกรองสม่ำเสมอ และควรได้รับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อเป็นการป้องกันโรคและหากเกิดโรคขึ้นควรได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเพื่อการรักษาที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Luscher TF, Creager MA, Beckman JA, Cosentino F. Diabetes and vascular disease: pathophysiology, clinical consequences, and medical therapy: part II. *Circulation* 2003;108(13):1655-61.
2. Aekplakorn W, Abbott-Klafter J, Premgamone A, Dhanamun B, Chaikittiporn C, Chongsuvivatwong V, et al. Prevalence and management of diabetes and associated risk factors by regions of Thailand: Third National Health Examination Survey 2004. *Diabetes Care* 2007;30(8):2007.
3. Aekplakorn W, Stolk RP, Neal B, Suriyawongpaisal P, Chongsuvivatwong V, Cheepudomwit S, et al. The prevalence and management of diabetes in Thai adults: the international collaborative study of cardiovascular disease in Asia. *Diabetes Care* 2003;26(10):2758-63.
4. รายงานสถานการณ์สุขภาพไทย. สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. ปีที่ 2 ฉบับวันที่ 17 ตุลาคม 2549 กระทรวงสาธารณสุข.
5. Solberg LI, Desai JR, O'Connor PJ, Bishop DB, Devlin HM. Diabetic patients who smoke: are they different? *Ann Fam Med* 2004;2(1):26-32.
6. วิฑูรย์ ไฉ่สุนทร, วิโรจน์ เขียมจรัสรังสี. ระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยง และการตรวจคัดกรองในประเทศไทย ปี พ.ศ.2550.
7. Chiewsilp P, Tuchinda C, Puavilai G, Sujirachato



ภาพรวมของ สถานการณ์เบาหวาน ในประเทศไทย

เบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่ตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอ หรือร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งหากเกิดเป็นระยะเวลานาน ในผู้ป่วยเบาหวาน จะส่งผลให้เกิดความเสียหายต่ออวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะระบบประสาทและหลอดเลือด ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น 2-4 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน¹

เท่าที่ผ่านมาได้มีคณะวิจัยหลายคณะทำการสำรวจ ศึกษา วิจัยสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยในด้านต่างๆ ในที่นี้จึงขอนำมาประมวลไว้เพื่อให้เห็นภาพรวมของสถานการณ์ของโรคนี้

ความชุกของผู้เป็นเบาหวาน

6-7 คนใน 100 คน

ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นเบาหวานร้อยละ 6.9 (ข้อมูลปี พ.ศ.2547)² หรือประมาณ 3.2 ล้านคน พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยในเพศหญิงพบร้อยละ 7.3 ในเพศชายพบร้อยละ 6.4

ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป เป็นเบาหวานร้อยละ 9.6 (ข้อมูลปี พ.ศ.2543)³ พบในเพศ

- K, Mongkolsuk T. HLA antigens in Thai insulin dependent diabetes mellitus. *J Med Assoc Thai* 1987;70 Suppl 2:123-5.
8. Sujirachato K, Chiewsilp P, Tsuji K, Panyim S, Inoko H, Tuchinda C, et al. HLA class II polymorphism in Thai insulin-dependent diabetes mellitus. *Tokai J Exp Clin Med* 1994;19(1-2):73-81.
 9. Nepom GT, Kwok WW. Molecular basis for HLA-DQ associations with IDDM. *Diabetes* 1998; 47(8):1177-84.
 10. Loria RM, Montgomery LB, Tuttle-Fuller N, Gregg HM, Chinchilli VM. Genetic predisposition to diabetes mellitus is associated with impaired humoral immunity to coxsackievirus B4. *Diabetes Res Clin Pract* 1986;2(2):91-6.
 11. Menser MA, Forrest JM, Bransby RD. Rubella infection and diabetes mellitus. *Lancet* 1978;1 (8055):57-60.
 12. Notkins AL. The causes of diabetes. *Sci Am* 1979; 241(5):62-73.
 13. Yoon JW, Ihm SH, Kim KW. Viruses as a triggering factor of type 1 diabetes and genetic markers related to the susceptibility to the virus-associated diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* 1989; 7 Suppl 1:S47-58.
 14. Hagglof B, Blom L, Dahlquist G, Lonnberg G, Sahlin B. The Swedish childhood diabetes study: indications of severe psychological stress as a risk factor for type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus in childhood. *Diabetologia* 1991;34(8):579-83.
 15. Sepa A, Wahlberg J, Vaarala O, Frodi A, Ludvigsson J. Psychological stress may induce diabetes-related autoimmunity in infancy. *Diabetes Care* 2005;28(2):290-5.
 16. Hyponen E, Virtanen SM, Kenward MG, Knip M, Akerblom HK. Obesity, increased linear growth, and risk of type 1 diabetes in children. *Diabetes Care* 2000;23(12):1755-60.
 17. Aekplakorn W, Bunnag P, Woodward M, Sritara P, Cheepudomwit S, Yamwong S, et al. A risk score for predicting incident diabetes in the Thai population. *Diabetes Care* 2006;29(8):1872-7.
 18. Ohnishi H, Saitoh S, Takagi S, Katoh N, Chiba Y, Akasaka H, et al. Incidence of type 2 diabetes in individuals with central obesity in a rural Japanese population: The Tanno and Sobetsu study. *Diabetes Care* 2006;29(5):1128-9.
 19. Pyke DA. Diabetes: the genetic connections. *Diabetologia* 1979;17(6):333-43.
 20. Lecube A, Hernandez C, Genesca J, Esteban JJ, Jordi R, Simo R. High prevalence of glucose abnormalities in patients with hepatitis C virus infection: a multivariate analysis considering the liver injury. *Diabetes Care* 2004;27(5):1171-5.
 21. Mehta SH, Brancati FL, Strathdee SA, Pankow JS, Netski D, Coresh J, et al. Hepatitis C virus infection and incident type 2 diabetes. *Hepatology* 2003;38(1):50-6.
 22. Sun Y, Pei W, Wu Y, Yang Y. An association of herpes simplex virus type 1 infection with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2005;28(2):435-6.
 23. Agardh EE, Ahlbom A, Andersson T, Efendic S, Grill V, Hallqvist J, et al. Work stress and low sense of coherence is associated with type 2 diabetes in middle-aged Swedish women. *Diabetes Care* 2003;26(3):719-24.
 24. Sullivan PW, Morrato EH, Ghushchyan V, Wyatt HR, Hill JO. Obesity, inactivity, and the prevalence of diabetes and diabetes-related cardiovascular comorbidities in the U.S., 2000-2002. *Diabetes Care* 2005;28(7):1599-603.
 25. Foy CG, Bell RA, Farmer DF, Goff DC Jr, Wagenknecht LE. Smoking and incidence of diabetes among U.S. adults: findings from the Insulin Resistance Atherosclerosis Study. *Diabetes Care* 2005;28(10):2501-7.

2

แนวคิดการพัฒนา ระบบการดูแลสุขภาพ

- กรอบแนวคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพ





รอบแนวคิด เกี่ยวกับระบบการดูแล ผู้ป่วยเบาหวาน

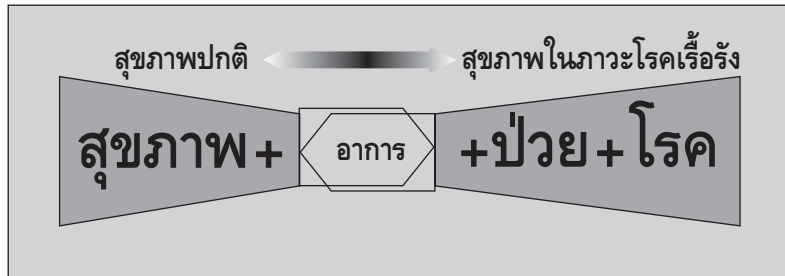
ความหมาย ของสุขภาพ

ความหมายของ “สุขภาพ” ในที่นี้หมายรวมทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ บางส่วนขยายความไปถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งมีความหมายกว้าง ครอบคลุมมากมายในการดำรงชีวิต นอกเหนือไปจากการดูแลสุขภาพเจ็บป่วย และโรค

สุขภาพนั้นเป็น spectrum ที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยงกันตั้งแต่ขณะที่ไม่เจ็บป่วย ไม่มีอาการ มีอาการ เจ็บป่วยเฉียบพลัน และเจ็บป่วยรุนแรง และในบางรายมีภาวะผิดปกติที่เรื้อรัง ไม่หายขาด (ภาพที่ 2.1)

กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บางภาวะก็จะมีอาการผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ บางภาวะก็จะมีอาการผิดปกติ ขึ้นๆ ลงๆ ขึ้นกับระยะเวลาการป่วยและการดูแลสุขภาพ แต่ผู้ที่มีโรคเรื้อรังมิได้แปลว่าเขาจะเป็นคนที่ป่วยตลอดเวลา หรือจะมีอาการผิดปกติตลอด เขาสามารถมีภาวะที่สุขภาพดีแม้ว่าบางส่วนของร่างกายจะมีพยาธิสภาพ

● ภาพที่ 2.1 ● Spectrum ของสุขภาพ



ที่มา: วิชัย โปษยะจินดา

ความหมาย

ของโรคเรื้อรัง

ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาของการเจ็บป่วยและการดูแลรักษายาวนาน ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด การเจ็บป่วยมักเป็นอย่างถาวร ค่อย ๆ ลุกกลามจนมีอาการรุนแรงมากขึ้น หากได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมต่อเนื่องจะทำให้อาการทุเลา มีคุณภาพชีวิตที่ดี หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เพียงพอ และไม่ดูแลตนเอง อาการก็จะรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังที่กว้างขึ้น คือ พยาธิสภาพที่รักษาไม่หายโดยวิธีการของแพทย์ แต่ต้องการกลวิธีในการควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลตามอาการเพื่อลดความรุนแรงของอาการแสดง ยับยั้งมิให้โรคลุกลามมากขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนให้เพิ่มขีดความสามารถในการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสม และรับผิดชอบในการดูแลตนเอง สร้างศักยภาพให้มีความสามารถดูแลจัดการตนเอง และดูแลผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นบุคคล ได้แก่ ความซึมเศร้า (depression) จากการเจ็บป่วย ภาวะที่ต้องพึ่งพา (dependency) ซึ่งผู้ป่วยต้องการ

ความช่วยเหลือจากผู้อื่น

ดังนั้นรูปแบบของการให้บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องแตกต่างจากระบบผู้ป่วยเฉียบพลันทั่วไปที่มีการเจ็บป่วยเป็นครั้ง ๆ และการบริการแบบเป็นครั้งคราว ผู้ป่วยเรื้อรังต้องการแนวทางการดูแลตนเอง แผนการดูแลรักษา การจัดการทางคลินิกที่เหมาะสม และระบบการติดตามดูแลที่ต่อเนื่อง

เป้าหมายของระบบ

การจัดการโรคเรื้อรัง

การที่ปัญหาโรคเรื้อรังนั้นมีสาเหตุปัจจัยเกี่ยวข้องที่ซับซ้อนหลายประการ รวมทั้งการดูแลเมื่อป่วยแล้วก็ต้องใช้ระยะเวลานานต่อเนื่อง ต้องสูญเสียทรัพยากรอย่างมาก ฉะนั้น การจัดการโรคเรื้อรังในแนวคิดใหม่ จึงมิได้เริ่มต้นเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว แต่ต้องดำเนินการตั้งแต่วินาทีแรกเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยง ลดความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคเรื้อรังให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ด้วย และเมื่อพบว่าป่วยแล้วก็ต้องพยายามจัดการลดความเสี่ยงที่จะทำให้มีพยาธิสภาพเพิ่มขึ้น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและความพิการต่างๆ รวมทั้งการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้มีปัญหาระยะนั้น มีศักยภาพในการดูแลตน

เองได้ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี แม้จะมีพยาธิสภาพทางด้านร่างกาย

ป้องกันความเสี่ยง ลดเสี่ยง เสริมศักยภาพการจัดการตนเอง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงเป็นเป้าหมายสำคัญของระบบการจัดการโรคเรื้อรัง

ประสบการณ์จากประเทศที่พัฒนาแล้วบ่งบอกว่า การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชนหนึ่ง ๆ จะประสบความสำเร็จก็ต่อเมื่อมีการดำเนินการที่เกี่ยวข้องอย่างหลากหลายและครอบคลุม อันประกอบด้วยมาตรการด้านนโยบายและสิ่งแวดล้อม มาตรการด้านการสร้างเสริมความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนเพื่อควบคุม ป้องกัน และลดขนาดปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน⁸ ขณะเดียวกันในส่วนของ การดูแลรักษาผู้ป่วยต้องมีมาตรการต่าง ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลรักษาอันประกอบด้วย การจัดรูปแบบการบริการสาธารณสุขแบบใหม่ให้สอดคล้องกับปัญหาของโรคเรื้อรัง การทำงานเป็นคณะของบุคลากรด้านการแพทย์หลายสาขา (ทีมสหวิชาชีพ) การสร้างเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย การมีระบบข้อมูลทางคลินิกและคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติที่เกื้อหนุนให้การดูแลรักษาเป็นไปตามมาตรฐาน และการประสานร่วมมือกับทรัพยากรในชุมชนในการดูแลผู้ป่วย⁹ รวมทั้งการมีระบบการตรวจคัดกรองโรคแต่แรกเริ่มที่เหมาะสม โดยพบว่าทั้งประสิทธิภาพของการควบคุมป้องกันและคุณภาพของการดูแลรักษาโรคมีความสัมพันธ์โดยตรงกับจำนวนและความหลากหลายของมาตรการที่ชุมชนหรือสถานบริการนำมาใช้¹⁰

ระดับของขอบเขตเป้าหมาย

ในสภาพปัจจุบันอาจจัดแบ่งระดับขอบเขตเป้าหมาย ได้ดังนี้

- เน้นการดูแลควบคุมทางคลินิก เพื่อให้ระดับน้ำตาล และความดันเลือดปกติ
- เน้นการควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทั้งในไต ตา หัวใจ เท้า (tertiary prevention)
- เน้นการควบคุมภาวะเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วย (secondary prevention)
- เน้นการควบคุมภาวะเสี่ยงในกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป (primary prevention)

ระบบที่พึงประสงค์ ย่อมมุ่งหวังให้มีการจัดการด้านต่าง ๆ ครอบคลุมเป้าหมายทั้ง 4 ด้านข้างต้น แต่ปัจจุบันระบบบริการในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังให้น้ำหนักการดูแลควบคุมทางคลินิกค่อนข้างมาก ซึ่งในระยะต่อไปจำเป็นต้องขยายและพัฒนาการทำงานให้ครอบคลุมเป้าหมายทั้ง 4 ด้านเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

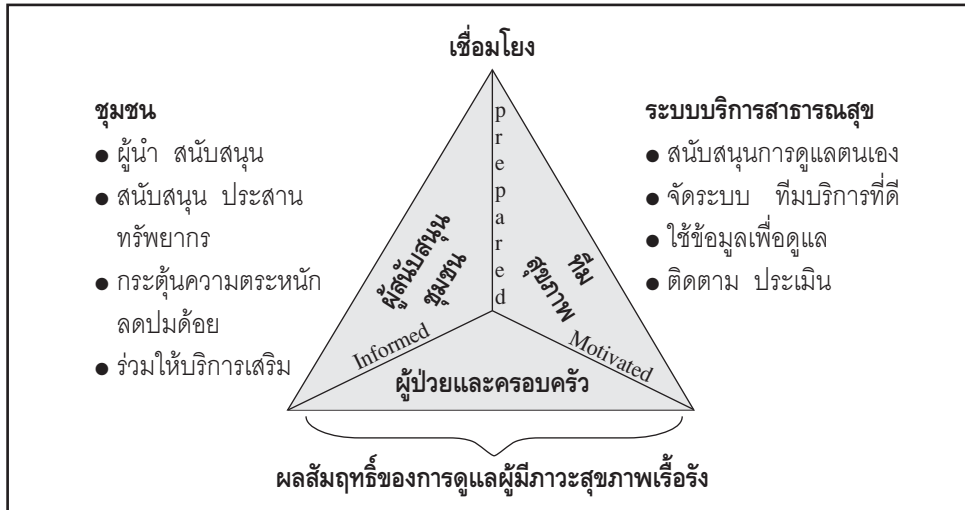
ระบบดูแลสุขภาพผู้ที่มีปัญหาเรื้อรัง

องค์การอนามัยโลกได้สรุปประสบการณ์และบทเรียนการพัฒนาระบบสุขภาพที่จะรองรับการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังได้ดี ประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ 3 ส่วน คือ ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งแต่ละหุนส่วนมีบทบาทและการตอบสนองต่อบทบาทที่แตกต่างกัน ภายใต้เป้าหมายเดียวกันคือ สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้ง 3 หุนส่วนจึงต้องมีการเชื่อมโยงและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ดังภาพที่ 2.2

แนวการพัฒนาเพื่อให้เกิดระบบดูแลสุขภาพสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่เหมาะสม (ภาพที่ 2.3)

แนวการพัฒนาที่ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญคือ

● ภาพที่ 2.2 ● หุ้นส่วนระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสาธารณสุข



ที่มา: ดัดแปลงจาก Innovative Care for Chronic Conditions: building blocks for action, World Health Organization, 2002.

1. ต้องมีการปรับกระบวนการใหม่เกี่ยวกับภาวะเรื้อรัง

ปรับกระบวนการใหม่ทั้งในด้านมุมมองเกี่ยวกับสุขภาพ และการจัดการระบบบริการที่ต่างไปจากระบบดูแลผู้ที่มีปัญหาแบบเฉียบพลัน หรือแบบที่เป็นการชั่วคราว ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้มิใช่เป็นปัญหาที่ตัดเป็นตอน ๆ หรือมองแบบแยกส่วน แต่เป็นลักษณะที่ผสมผสานเชื่อมโยงไปกับคุณภาพชีวิต และการมองบทบาทของผู้ป่วยเรื้อรังมิใช่เป็นลักษณะแบบตั้งรับ หรือแบบเฉื่อยชา แต่ผู้ป่วยเองเป็นผู้ที่มีบทบาทสร้างสุขภาพของตนเองด้วย

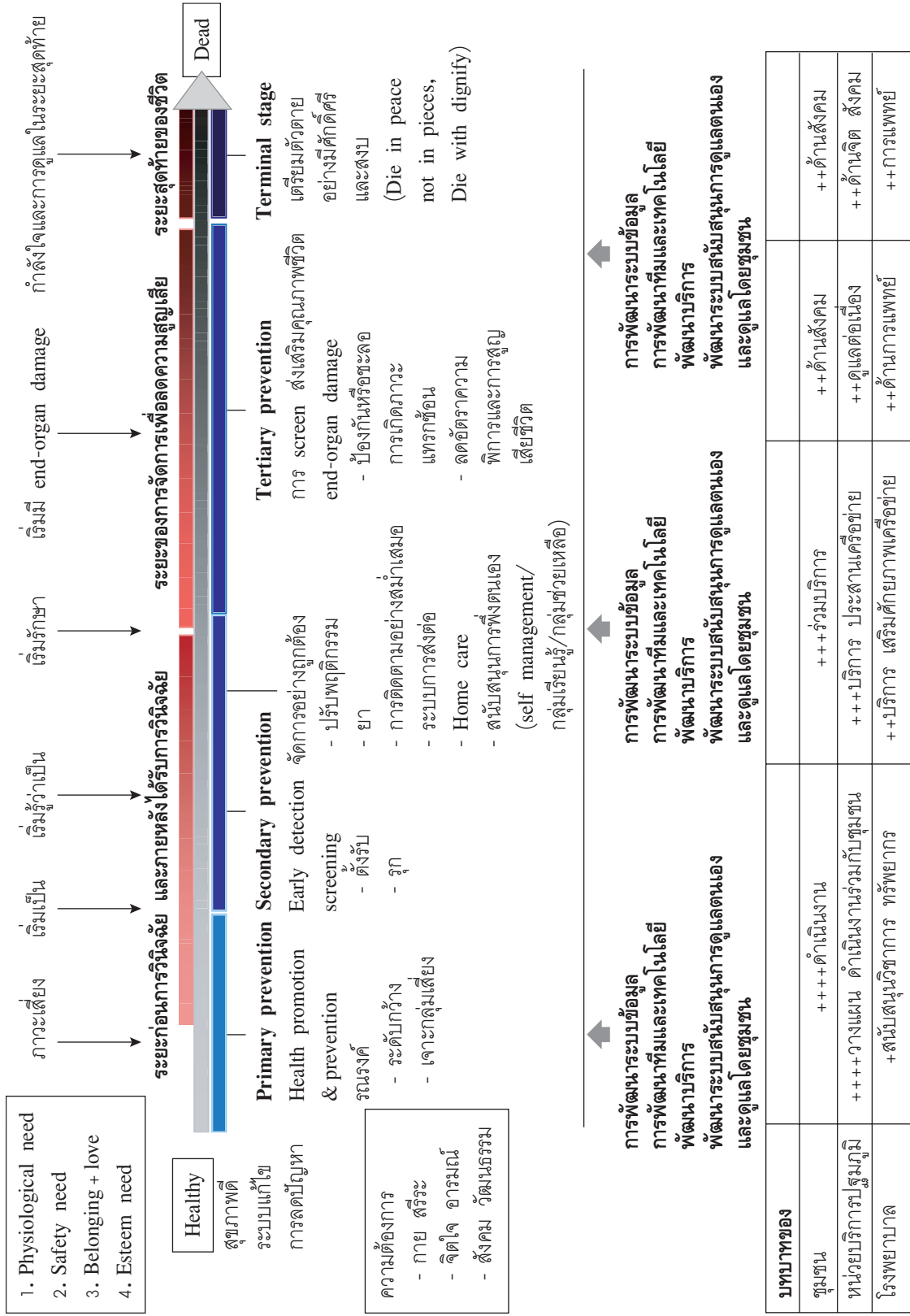
การจัดบริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังมิได้ขึ้นกับชนิดของโรค หรือสาเหตุของโรคเป็นสำคัญ แต่ขึ้นกับสภาพปัญหา และความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายกันไม่ว่าเป็นโรคอะไร ในการจัดระบบด้วยแนวคิดใหม่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

เป็นผลลัพธ์ที่สำคัญ ผู้ป่วยเองก็มีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

2. ปรับการจัดการของระบบบริการสุขภาพใหม่

เป็นการปรับเพื่อให้เกิดผลลัพธ์บริการที่เปลี่ยนไป ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยเรื้อรังมีความต้องการที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนที่กว้างขวางมากขึ้น ที่มีชี้นำเฉพาะทางด้านการแพทย์ แต่มีความต้องการทั้งทางด้านสังคมและจิตใจ ต้องการการดูแลที่มีลักษณะผสมผสานและมีการวางแผนมากขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างไปตามเวลา ระยะของโรค และบริบทของสภาพแวดล้อม ผู้ป่วยต้องการสนับสนุนให้มีความสามารถในการจัดการด้วยตนเองได้ ฉะนั้นระบบบริการสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีการจัดการที่เปลี่ยนไปจากระบบปกติทั่วไป มีความหลากหลายมากขึ้น และมีขอบเขตการดูแลกว้างขึ้น

● **ภาพที่ 2.3** การแบ่งระยะดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง



ความต้องการ
 - กาย สรีระ
 - จิตใจ อารมณ์
 - สังคม วัฒนธรรม

3. เชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วย บุคลากร และระบบบริการสุขภาพ

ระบบดูแลสุขภาพแบบใหม่ จำเป็นต้องเพิ่มบทบาทและขีดความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัว

ในการจัดการสุขภาพของตนเอง ภายใต้การสนับสนุนช่วยเหลือจากทีมบุคลากรสาธารณสุข และชุมชน ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ต้องเชื่อมโยง และบูรณาการกัน แต่ละส่วนต่างก็มีส่วนทำให้ผลลัพธ์สุขภาพดีขึ้น

3

บทบาทของสถานพยาบาลในระบบจัดการ เพื่อดูแลและป้องกันโรคเบาหวาน

- บทบาทหน้าที่สถานบริการระดับต่างๆ
และตัวอย่างประสบการณ์การออกแบบการพัฒนากระบวนการ
เพื่อการจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ
- การคัดกรองเบาหวาน
- การจัดบริการภายในคลินิก
- ความร่วมมือกับชุมชนท้องถิ่น:
ภาคีความร่วมมือการทำงานเบาหวานในชุมชน
- ระบบการจัดการข้อมูล
และการสนับสนุนเรื่องข้อมูล ความรู้ และการจัดการตนเอง



U

บทบาทหน้าที่สถานบริการ ระดับต่าง ๆ และตัวอย่างประสบการณ์ฯ

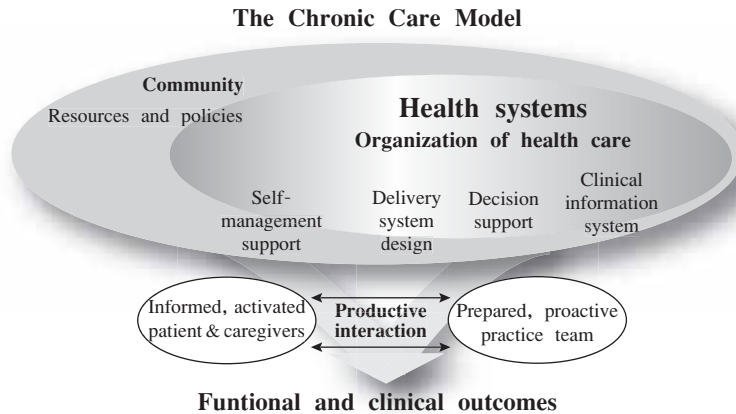
องค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพที่ควรพัฒนาเพื่อรองรับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย

1. การจัดระบบข้อมูล เพื่อการดูแลสุขภาพที่ดี
2. กระบวนการบริการและบริหารที่มีการตัดสินใจบนฐานการใช้ข้อมูล
3. การออกแบบกระบวนการบริการ
4. การจัดการเพื่อสนับสนุนการพึ่งตนเองของผู้ป่วย

บทบาทหน้าที่ สถานบริการระดับต่าง ๆ

เบาหวานเป็นโรคที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง สามารถใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Wagner's Chronic Care Model (CCM) และ WHO's Chronic Care Model (ภาพที่ 3.1) สร้างเครือข่ายความร่วมมือขั้นพื้นฐานในการดูแลอย่างรอบด้าน ทั้งการรักษาที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ การส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ การป้องกันการเกิดโรค การฟื้นฟูผู้ป่วย ทั้งนี้ บนพื้นฐานของความทัดเทียมในการเข้าถึงบริการซึ่งจัดโดยเครือข่ายบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบสหวิชาชีพ มุ่งเน้นให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้

● ภาพที่ 3.1 ● รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง



ที่มา: ดัดแปลงจาก The Chronic Care Model (Wagner et al. 1999)

**ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์
ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ**

ไม่ได้พิจารณาแต่ผลลัพธ์ทางคลินิกเท่านั้น แต่ต้องทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องมีศักยภาพในการจัดการปัญหาสุขภาพ และดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้ป่วยมีความสุขทั้งกายและใจ สามารถดำรงชีวิตบนพื้นฐานความพอเพียงอย่างมีเหตุผลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคม เพื่อบรรลุเป้าหมายนี้ สถานบริการระดับต่าง ๆ จำเป็นต้องมีบทบาทหน้าที่ชัดเจน สามารถจัดเครือข่ายได้เหมาะสมตามทรัพยากรของระดับสถานบริการ เพื่อพัฒนาไปสู่กระบวนการดูแลสุขภาพร่วมกัน (ตารางที่ 3.1)

**ตัวอย่างประสบการณ์การออกแบบ
การพัฒนาระบบบริการเพื่อการจัดการ
เบาหวานอย่างบูรณาการ**

1. สร้างระบบเชื่อมโยง (ภาพที่ 3.2)

ลัดช่องว่าง การทำงานระหว่างโรงพยาบาลและ

**เป้าประสงค์ของการจัดคลินิก
บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน**

มิใช่เพียงเพื่อการตรวจเลือด และจ่ายยาเท่านั้น แต่แก่นที่แท้จริงน่าจะเป็นโอกาสที่ผู้ให้บริการ ผู้ป่วย และครอบครัว ได้ประเมินความเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพร่วมกัน และเรียนรู้การจัดการโรคเบาหวานรวมทั้งปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้อง เสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสมและยั่งยืน

สถานบริการปฐมภูมิ โดยโรงพยาบาลเป็นที่เลี้ยงไม่ทำงานแบบสั่งการ แต่หมายถึง การลงไปร่วมคิดและร่วมทำงาน และเราจะได้ปัญหาอุปสรรคที่นำมาซึ่งการพัฒนาาร่วมกัน และก้าวเดินไปร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลที่เป็นพี่เลี้ยงและอนามัยที่เป็นน้องผู้ร่วมงาน

เนื่องจากเดิมที่สถานการณการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานมีผู้ป่วยแออัดที่โรงพยาบาลมาก ส่วนใหญ่ยังขาดระบบการดูแลเชื่อมโยงที่ดี มีการทำงานแยกส่วนระหว่างโรงพยาบาล สถานบริการปฐมภูมิและ

● ตารางที่ 3.1 ● บทบาทของสถานบริการระดับต่างๆ

ระดับบริการ	บทบาท	ประเภทบุคลากรหลัก
หน่วยบริการปฐมภูมิ	<ul style="list-style-type: none"> ป้องกันการเกิดโรค ให้บริการคัดกรองค้นหาผู้ป่วย และให้การรักษาเบื้องต้นตามมาตรฐานการรักษา (CPG) ดูแล บริบาลอย่างเป็นองค์รวม ผสมผสานแก่ผู้เป็นเบาหวาน ให้องค์ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน (อาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ งดบุหรี่ งดเหล้า หรือดื่มในปริมาณที่จำกัด) ให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวานและบุคคลในครอบครัว ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้สุขศึกษาและกระตุ้นให้ไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการจัดตั้งชมรมเพื่อสุขภาพในชุมชน มีระบบส่งต่อ/เชื่อมโยงผู้รับบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> แพทย์ (ถ้ามี) พยาบาลเวชปฏิบัติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
หน่วยบริการทุติยภูมิ	<ul style="list-style-type: none"> คัดกรอง ค้นหา วินิจฉัยโรคแทรกซ้อน และให้การรักษาที่ซับซ้อนกว่าระดับปฐมภูมิ ให้องค์ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน เน้นความรู้เพื่อการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวานและบุคคลในครอบครัว ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เน้นทักษะการดูแลตนเองและไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง ควรให้มีชมรมผู้ป่วยเบาหวาน โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม 	<ul style="list-style-type: none"> แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกำหนดอาหาร นักสุขศึกษา
หน่วยบริการตติยภูมิ	<ul style="list-style-type: none"> เช่นเดียวกับหน่วยบริการทุติยภูมิ แต่ให้การรักษาที่มีความซับซ้อนกว่าระดับทุติยภูมิ พัฒนาคุณภาพงานบริการผู้ป่วยเบาหวาน และการเยี่ยมบ้าน ตลอดจนการจัดเครือข่ายบริการที่มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เป็นที่ปรึกษา ช่วยเหลือ สนับสนุนการจัดตั้งและพัฒนาชมรมผู้ป่วยเบาหวานแก่โรงพยาบาลระดับต่ำกว่า 	<ul style="list-style-type: none"> แพทย์ระบบต่อมไร้ท่อหรือผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่น เช่น ศัลยแพทย์ จักษุแพทย์ แพทย์โรคไต เภสัชกร พยาบาล นักกำหนดอาหาร วิทยากรเบาหวาน
หน่วยบริการตติยภูมิระดับสูง	<p>เช่นเดียวกับหน่วยบริการตติยภูมิ แต่สามารถให้การรักษาโรคที่ซับซ้อนโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ครอบคลุมมากขึ้น</p>	<ul style="list-style-type: none"> แพทย์ระบบต่อมไร้ท่อหรือผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่น เช่น ศัลยแพทย์หลอดเลือด จักษุแพทย์ แพทย์โรคไต แพทย์โรคหัวใจ เภสัชกร พยาบาล นักกำหนดอาหาร วิทยากรเบาหวาน

● ภาพที่ 3.2 ● การสร้างระบบเชื่อมโยง



ชุมชน ดังนั้นจึงควรลดช่องว่างโดยการสนับสนุนและสร้างระบบเชื่อมโยงบริการ โดยการวางแผนการบริการ พัฒนาระบบการส่งต่อ เชื่อมโยง เพื่อลดช่องว่างการให้บริการ โดยดำเนินการการสนับสนุนและประสานเชื่อมโยงบริการ ดังนี้

- จัดตั้งศูนย์ประสานงานเชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลและสถานบริการปฐมภูมิ เครือข่ายในการรับส่งข้อมูลผู้ป่วย รับส่งเอกสาร ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยา เป็นต้น

- จัดทำแนวทางการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับสถานบริการปฐมภูมิ สามารถส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาต่อในโรงพยาบาล โดยจะผ่านมาที่จุดประสานงานการเชื่อมโยงการรับส่งต่อผู้ป่วยที่ศูนย์สุขภาพเมืองเพื่อทำการคัดกรองผู้ป่วย ส่งต่อที่คลินิกเฉพาะทางและมีการติดตามข้อมูลการรักษา เพื่อส่งกลับไปให้

สถานบริการปฐมภูมิทราบ และดูแลต่อเนื่อง

- รับ-ส่งข้อมูลผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อส่งต่อการดูแลให้กับสถานบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน
- รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลการส่งต่อในด้านต่างๆ เพื่อนำมาพัฒนาระบบบริการ

2. สร้างทีมร่วมดูแลสุขภาพประชาชน (ภาพที่ 3.3) โดยมีกระบวนการพัฒนาเพื่อนร่วมทาง

ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นจะต้องประกอบไปด้วยความรู้ความเข้าใจในโรคเบาหวานอย่างถ่องแท้ การรู้จักเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งรู้จักตรวจและประเมินผลของการรักษาด้วยตนเองได้ มีทัศนคติที่ดีต่อโรคที่ตนเป็นอยู่ เป็นต้น จึงต้องอาศัยทีมงานหลายฝ่ายร่วมกันใน

● ภาพที่ 3.3 ● การสร้างทีมร่วมดูแลสุขภาพประชาชนระดับปฐมภูมิ



การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย จุดเริ่มของการพัฒนาทีมงาน อาจเป็นทีมเล็กๆ เริ่มที่คนทำงานที่มีใจ 3-4 คน เช่น แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พยาบาล เกษัชกร ทีม patient care team (PCT) ในโรงพยาบาล ทีมนำ ต่างๆ สถานบริการปฐมภูมิเครือข่าย องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นและชุมชน โดยมีผู้จัดการโครงการ (project manager) เป็นผู้ประสาน และวางแผนกำหนด ทิศทางการทำงานของทีมร่วมดูแลสุขภาพประชาชน ดังนี้

- จัดระบบบริการที่สามารถดูแลประชาชนใน

ทุกมิติ

- มีระบบเชื่อมโยงโรงพยาบาลกับเครือข่าย และติดตามดูแลถึงบ้าน
- ทีมงานทำงานกลมกลืนเป็นเนื้อเดียวกัน กับชุมชน
- วางตัวเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพที่สามารถติดตามผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่อง เปรียบเหมือนสะพานเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน
- ทุก PCT มีระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เชื่อมลงสู่สถานบริการปฐมภูมิ

สร้างระบบบริการเบาหวานภายในโรงพยาบาลและสถานบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการจัดระบบบริการเป็นไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบผู้ป่วยนอก ครอบคลุมการค้นหาปัจจัยเสี่ยงร่วมของโรคอย่างเข้มงวด มีตัวชี้วัดที่ครอบคลุมทุกด้านในการสะท้อนถึงระบบบริการที่ดี เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาระบบบริการในคลินิกทุก 3 เดือน และมีการพัฒนางานบริการในคลินิกอย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับผู้ป่วยเบาหวานจากการคัดกรองในพื้นที่ และสถานบริการปฐมภูมิต้องเตรียมรองรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ดีกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่องที่สถานบริการใกล้บ้าน โดยการสร้างและพัฒนาระบบการทำงานรูปแบบใหม่ที่มีลักษณะผสมผสาน เน้นการทำงานเป็นทีม มีการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาล สถานบริการปฐมภูมิ และชุมชนที่มีประสิทธิภาพตามระดับการรักษา โดยมีการพัฒนาระบบงานที่ทำให้สามารถเฉลี่ยการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ไม่เพิ่มภาระงานแก่ที่ใดมากเกินไป แต่มีความพอดี ส่งผลดีทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เกิดประสิทธิผลของงานที่แสดงออกให้เห็นตามตัวชี้วัดของโครงการย่อย ส่งผลให้สามารถควบคุมสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานในด้านต่างๆ เช่น ควบคุมอัตราการเกิดโรค ควบคุมคุณภาพบริการในกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ทั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องมีการทบทวนระบบงาน และนำมาซึ่งการพัฒนา ทำให้เห็นผลเป็นรูปธรรมที่วัดผลได้

จากข้อมูลเชิงคุณภาพของคลินิกบริการเบาหวานแบบบูรณาการ พบว่าการออกแบบและจัดระบบบริการที่เหมาะสมโดยการมีส่วนร่วมของทุกระดับบริการ ส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแลที่ดี สามารถค้นพบภาวะแทรกซ้อนในระยะเริ่มต้น ให้การดูแลรักษา

ที่เหมาะสมและรวดเร็ว มีผลทำให้ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งอัตราการป่วย และอัตราการตาย

ตัวอย่างการพัฒนาระบบบริการ

สถานบริการปฐมภูมิ มีแนวทางปฏิบัติเรื่องต่างๆ เช่น พัฒนาระบบการคัดกรอง จัดกิจกรรมลดความเสี่ยง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พัฒนาคลินิกบริการ การจัดระบบข้อมูลต่างๆ การสร้างนวัตกรรมด้านต่างๆ ระบบประเมินผลหลังการจัดกิจกรรมโครงการต่างๆ การให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ป่วย เป็นต้น

โรงพยาบาล พัฒนาระบบบริการของคลินิกเบาหวาน พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่สถานบริการใกล้บ้าน พัฒนาระบบข้อมูล เป็นจุดเชื่อมการดูแลกับสหสาขาวิชาชีพต่างๆ มีระบบการให้คำปรึกษาการดูแลโดยแพทย์ประจำศูนย์ นำข้อมูลการให้บริการมาวิเคราะห์ร่วมกับทีมเป็นระยะๆ

3. สร้างการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน หน่วยต่างๆ

เพื่อเป็นแรงสนับสนุนให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองและเกิดการรวมกลุ่มทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ อย่างยั่งยืน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- ส่งเสริมการมีส่วนร่วม และการสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งในชุมชน
- ชี้แนะและสนับสนุนชุมชนในการสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อการดูแลสุขภาพ

● ภาพที่ 3.4 ● การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและสร้างพลังชุมชน



- ให้ความร่วมมือกับชุมชนในการส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ ในชุมชน
- ร่วมมือกับชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมและ

ทักษะส่วนบุคคล

- ส่งเสริมชุมชนให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ตัวอย่างการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ได้ดำเนินการผ่านชมรมสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ ที่มีอยู่ในเขตอำเภอเมือง ในแต่ละชมรมจะมีกรรมการและสมาชิกชมรมดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคต่างๆ อย่างต่อเนื่องโดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณและองค์ความรู้จากทั้งโรงพยาบาล องค์การภาครัฐและเอกชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรวมถึงการสนับสนุนโดยชุมชนเอง โดยได้มีการจัดตั้งชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน วัณโรค สุขตา สุขใจ) ทั้งหมด 11 ชมรม

- ส่งเสริมให้มีบริการช่วยเหลือทางสังคม
- มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนแนวคิด และข้อมูลระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและชุมชน

กิจกรรมคู่ขนาน การบริหารจัดการ

เครือข่ายบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็ง
มีคุณภาพรองรับระบบการส่งต่อ
จากโรงพยาบาล

- สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิและส่งเสริมสถานบริการปฐมภูมิให้เป็นที่ยอมรับและความ

มั่นใจของผู้รับบริการในพื้นที่รับผิดชอบ โดยสนับสนุนการพัฒนาสถานบริการปฐมภูมิให้ได้การยอมรับตามเกณฑ์มาตรฐาน (HCA) ของกระทรวงสาธารณสุขทั้งด้านบริหาร บริการ และวิชาการ

- ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการปฐมภูมิ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ในสถานบริการปฐมภูมิเครือข่าย ทั้งด้านความรู้และทักษะในการให้บริการ



การคัดกรอง เบาหวาน

แนวคิดในการ

คัดกรองเบาหวาน

ปัจจุบันกลุ่มอายุในการคัดกรองเบาหวานคืออายุ 35 ปีขึ้นไปถือว่าเป็นกลุ่มประชากรเสี่ยงแต่ยังไม่ป่วย เพราะการเป็นโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังจะใช้ระยะเวลาในการเกิดโรคหลายปี ประกอบกับวิถีชีวิตเปลี่ยนไปโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมากขึ้น ดังนั้นต้องค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มจะเป็นโรคตั้งแต่ระยะแรกเริ่มแต่ยังไม่มีอาการโดยการคัดกรองความเสี่ยงเพื่อทำนายโอกาสต่อการเกิดโรคเรื้อรัง การเกิดโรคเรื้อรังนอกจากพันธุกรรมแล้ว ยังเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งมีอยู่หลายปัจจัยด้วยกัน และโรคเรื้อรังไม่ได้เกิดจากปัจจัยเสี่ยงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดดๆ อาจเกิดจากหลาย ๆ ปัจจัย เช่น โรคเบาหวาน อาจเกิดจากบุคคลนั้นมีพฤติกรรมการกินอาหารหวาน มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ขาดกิจกรรมทางกายหรือมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอต่อการลดความเสี่ยง ถ้าสูบบุหรี่ด้วยยังมีโอกาสเสี่ยงสูง และถ้ามีภาวะความดันเลือดสูงด้วย โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจะมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นในการคัดกรองโรคเรื้อรังจึงต้องมองในภาพรวมของโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลายโรค การป้องกันโรคเรื้อรังต้องดำเนินงานแบบบูรณาการไปพร้อม ๆ กัน หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้ประชาชนนำข้อมูลไปตัดสินใจจัดการตนเองและลดความเสี่ยงก่อนการเกิดโรค หรือเมื่อ

เป็นโรคแล้วควรปฏิบัติตนเองอย่างไรไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติไม่เป็นภาระต่อครอบครัว ชุมชน

ในระบบการดูแลสุขภาพโดยรวมของประชาชน ประชาชนในชุมชนต้องร่วมคิดร่วมทำและหาแนวทางดำเนินงานป้องกันร่วมกัน เช่น จัดสภาพแวดล้อมของชุมชนให้เอื้อต่อการลดความเสี่ยง มีสนามกีฬาของชุมชน มีกฎ/ข้อบังคับของชุมชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยง เพราะถ้ามีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมาก ๆ แสดงว่าชุมชนนั้นป่วยด้วยเช่นกัน

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ที่มีผลต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่

1. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
2. ภาวะความดันเลือดสูง
3. สูบบุหรี่
4. ดื่มแอลกอฮอล์ที่เสี่ยงต่อร่างกาย
5. ภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน
6. บริโภคเกินไม่ได้สัดส่วน (หวาน ไขมัน เค็ม เพียงพอต่อการลดเสี่ยงบริโภคผักและผลไม้ น้อย)
7. ภาวะเครียดที่ไม่สามารถรับมือได้
8. ขาดกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายไม่เพียงพอต่อการลดความเสี่ยง

การคัดกรอง

(screening)

มีจุดมุ่งหมายสำคัญในการค้นหาบุคคลที่เป็นโรคระยะแรกเริ่ม ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ (pathological change) แล้วแต่ยังไม่มีอาการของโรคเกิดขึ้น (asymptomatic individuals) การค้นหาโรคในระยะแรกเริ่มและการวินิจฉัยโรคโดยรวดเร็วช่วย

ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาแต่เนิ่น ๆ ลดภาวะแทรกซ้อนและความพิการ

หลักการ

ตรวจคัดกรอง

การตรวจคัดกรองมีจุดมุ่งหมายสำคัญในการค้นหาบุคคลที่เป็นโรคระยะแรกเริ่มแต่ยังไม่มีอาการของโรคเกิดขึ้นเพื่อที่จะได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องและให้การรักษาต่อไป การตรวจคัดกรองที่เหมาะสมจะต้องพิจารณาถึงองค์ประกอบต่อไปนี้

1. โรคที่จะตรวจคัดกรองจะต้องเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ
2. มีความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรคที่จะตรวจคัดกรอง
3. มีระยะก่อนมีอาการของโรคยาวเพียงพอที่บุคคลที่เป็นโรคระยะแรกเริ่มแต่ยังไม่มีอาการของโรคเกิดขึ้นจะได้รับการตรวจวินิจฉัย
4. มีเครื่องมือการตรวจคัดกรองโรคซึ่งเป็นที่ยอมรับและน่าเชื่อถือ
5. การรักษาโรคที่ตรวจพบในระยะแรกเริ่มให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาที่ช้าออกไป
6. ค่าใช้จ่ายในการค้นหาผู้ป่วยและการรักษามีความเหมาะสม
7. การตรวจคัดกรองจะต้องเป็นระบบที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องไม่ใช่เน้นการตรวจครั้งเดียว

กรณีการคัดกรองเป็นกลุ่ม

หรือในช่วงรณรงค์

การเตรียมการก่อนการคัดกรอง

ก่อนการคัดกรองผู้จัดบริการต้องเตรียมการดังนี้

● ตารางที่ 3.2 ● แบบฟอร์มคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

ข้อบ่งชี้	มี	ไม่มี/ไม่ทราบ
1. ท่านมีอายุ 35 ปีขึ้นไป ใช่หรือไม่ 2. มีพ่อ แม่ พี่ หรือน้อง คนใดคนหนึ่งเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ 3. มีภาวะอ้วน โดยมีดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 25 หรือไม่ 4. มีภาวะความดันเลือดสูงหรือไม่ 5. มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ - ไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) มากกว่า 250 มก./ดล. - เอชดีแอล คอเลสเตอรอล (HDL cholesterol) น้อยกว่า 35 มก./ดล. หรือไม่ 6. มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือมีประวัติการคลอดบุตรที่น้ำหนักตัวแรกคลอดมากกว่า 4 กก. หรือไม่ 7. มีประวัติหรือเคยมีประวัติน้ำตาลในเลือดสูงจากการตรวจเลือด โดยการงดอาหาร (fasting plasma glucose) เท่ากับ 100-125 มก./ดล. หรือตรวจวัดน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมง หลังกินกลูโคส 75 กรัม พบระดับน้ำตาลเท่ากับหรือมากกว่า 140 มก./ดล. 8. มีโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease)		

1. ศึกษาสถานการณ์ป่วย ตาย และสำรวจข้อมูลประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในชุมชน

2. สำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนในพื้นที่ หรือถ้าไม่มีควรรนำผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนระดับประเทศมาวิเคราะห์ร่วมด้วย จะได้ว่าปัจจัยเสี่ยงสำคัญปัจจัยใดที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยรวม เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ภาพรวมของประชาชนในพื้นที่ และเผยแพร่ข้อมูลให้ทีมสุขภาพในหน่วยงาน ประชาชน ตลอดจนหน่วยงานอื่น (เช่น อบต.) ซึ่งมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการทำงานของสถานบริการปฐมภูมิทราบ จะได้ตระหนักถึงแนวโน้มของการเกิดโรคในพื้นที่ได้

3. ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางการดำเนินงาน

4. ประชุมชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงานกับอสม.

5. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ทราบ

เพราะการเตรียมชุมชนเพื่อแจ้งให้ประชาชนทราบว่า จะให้บริการอะไร ที่ไหน เวลาใด และประชาชนจะต้องเตรียมตัวอย่างไร และหลังจากให้บริการคัดกรองแล้วจะจัดบริการอะไรต่อเนื่อง เมื่อตรวจพบความเสี่ยงหรือป่วยแล้วจะทำอะไรต่อ การเตรียมตัวก่อนมารับบริการจะต้องทำอย่างไรเมื่อมารับบริการตามนัด เช่น อดอาหารหลัง 2 ทุ่มแต่ดื่มน้ำเปล่าได้ เป็นต้น

การจัดบริการคัดกรองเบาหวาน

มีขั้นตอนดังนี้

1. การตรวจร่างกายโดยการวัดสัญญาณชีพ คือ จับชีพจร วัดความดันเลือด ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว

2. ทำการคัดกรองด้วยวาจาตามแบบฟอร์มคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (ตารางที่ 3.2) จากแบบฟอร์มการคัดกรองด้วยวาจาเพื่อคัด

กรองผู้ที่เสี่ยงออกจากผู้ป่วย แล้วดำเนินการต่อไปดังนี้

- **ผู้ที่ไม่มีย้ำเสี่ยงใดๆ** ตามแบบฟอร์มคัดกรองปัจจัยเสี่ยง ให้แจ้งผลการคัดกรองและขอแนะนำในการปฏิบัติตัว นัดมาคัดกรองปีละ 1 ครั้ง

- **ผู้ที่มีความเสี่ยง** คือ ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงอีก 1 ข้อ ต้องเจาะเลือดปลายนิ้วหาระดับน้ำตาลในเลือดและแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- **กลุ่มเสี่ยง (fasting capillary blood glucose < 100 มก./ดล.)** ให้แจ้งผลการตรวจเลือด ชักถามประเมินปัจจัยเสี่ยงตามแบบฟอร์มคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือด แจ้งผลโอกาสเสี่ยงและแนวทางการปฏิบัติในการลดความเสี่ยง

- **กลุ่มเสี่ยงสูง (fasting capillary blood glucose 100–125 มก./ดล.)** และ

- **กลุ่มผู้สงสัยเป็นโรค (fasting capillary blood glucose เท่ากับหรือมากกว่า 126 มก./ดล.)**

ให้ส่งตรวจ fasting plasma glucose โดยแพทย์ยืนยันตามแผนภูมิการคัดกรองโรคเรื้อรัง (ภาพที่ 3.5) แล้วจึงไปชักถามประเมินปัจจัยเสี่ยงโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด แจ้งผลโอกาสเสี่ยงพร้อมแนวทางการปฏิบัติ

จากแผนภูมิภาพที่ 3.5 โรคเรื้อรังจะเห็นได้ว่าทุกกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มที่แพทย์ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานจะต้องแจ้งผลการคัดกรองและแนะนำการปฏิบัติตัวตามความเสี่ยง แล้วจึงดำเนินการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือด เพราะกลุ่มเสี่ยงและผู้เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

กรณีการคัดกรอง

ในสถานบริการปกติ

ถ้าประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปมาใช้บริการ

ให้บูรณาการไปพร้อมกับการให้บริการกับโรคอื่น ๆ ได้เลย กรณีถ้าต้องเจาะเลือดต้องมีการเตรียมตัวก่อนเจาะเลือดและทำตามแผนภูมิการคัดกรองโรคเรื้อรัง

การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กและวัยรุ่น

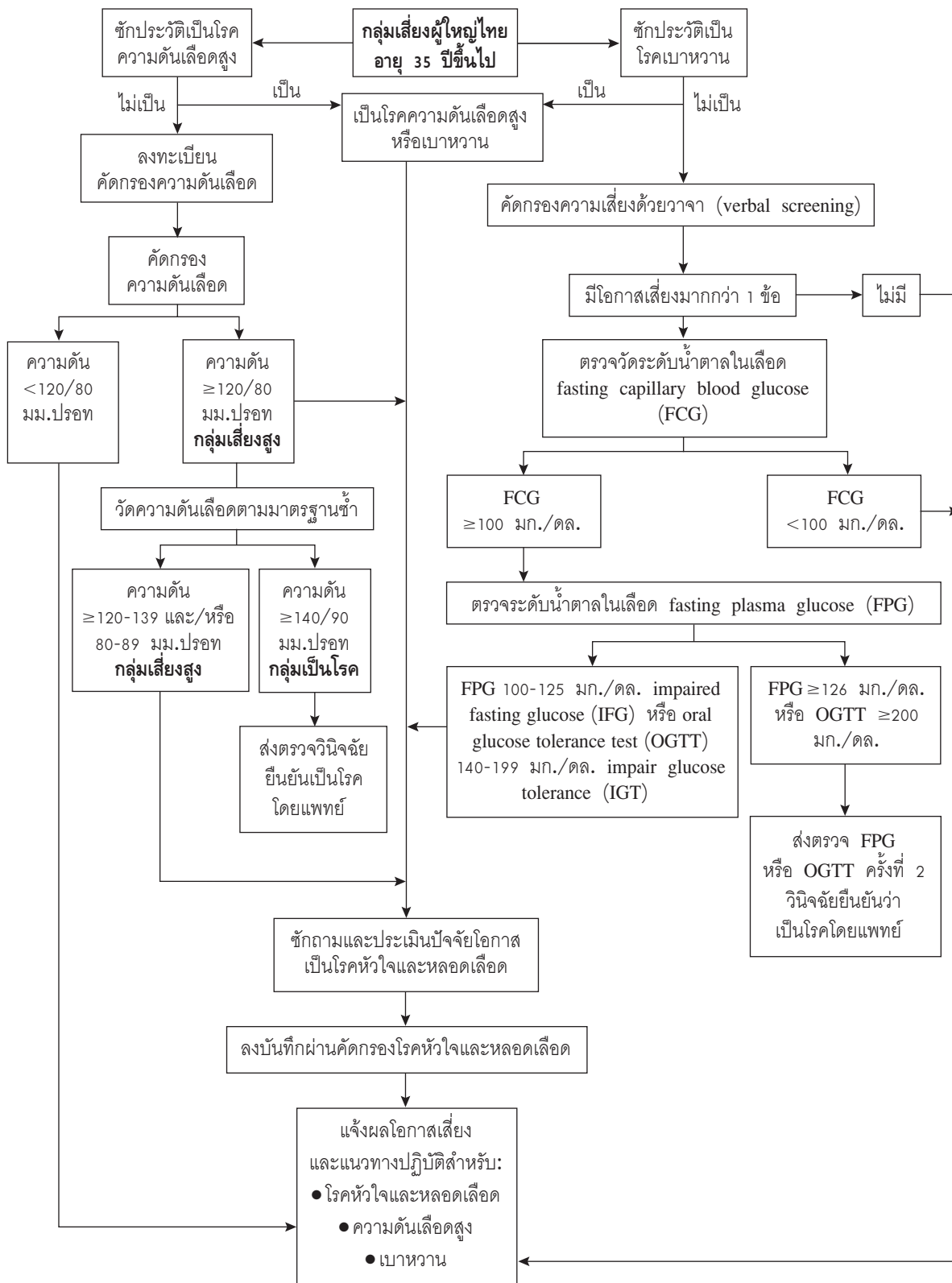
ประเทศไทย ในปี พ.ศ.2551 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำแนวทางการคัดกรองโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กและวัยรุ่น ดังแสดงในตารางที่ 3.3 โดยคัดกรองในเด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่อ้วน (น้ำหนักเมื่อเทียบกับน้ำหนักมาตรฐานมากกว่าร้อยละ 120) และมีปัจจัยเสี่ยง 2 จาก 3 ข้อ คือ

1. มีพ่อ แม่ พี่ หรือน้อง เป็นโรคเบาหวาน
2. มีความดันเลือดสูง $\geq 130/85$ มม.ปรอท
3. ตรวจร่างกายพบรอยปื้นดำ (acanthosis nigricans)

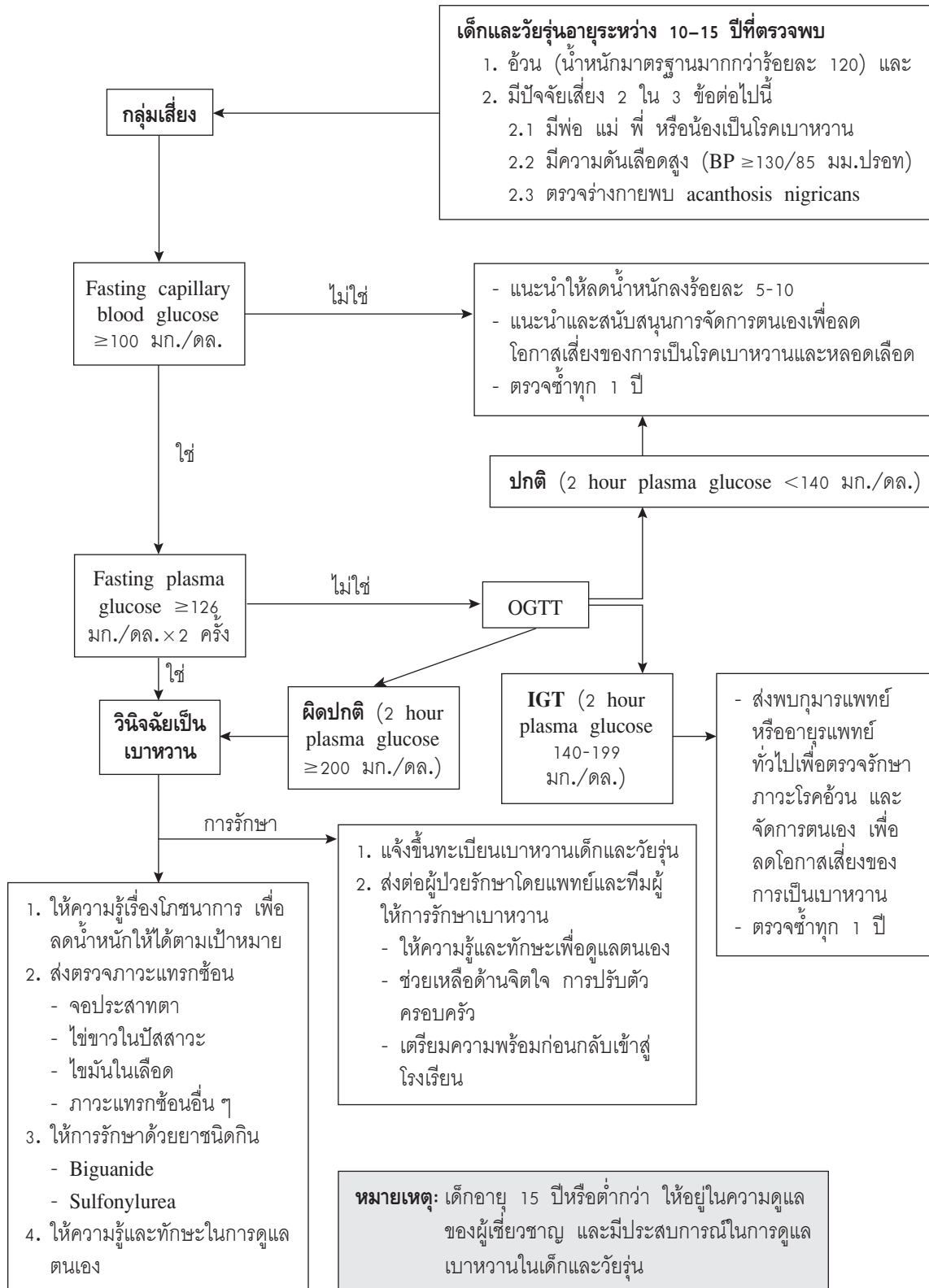
ความถี่ของการคัดกรองคือ ทุก 1 ปี วิธีการคัดกรองคือเจาะเลือด capillary blood glucose ≥ 100 มก./ดล. fasting plasma glucose ≥ 126 มก./ดล. $\times 2$ ครั้ง ให้การวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน แนวทางปฏิบัติการคัดกรองและการดำเนินงาน ดังแสดงในภาพที่ 3.6

ข้อมูลการลงทะเบียนโรคเบาหวานในเด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปีจากฐานข้อมูลสถานีนอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน ณ มีนาคม พ.ศ.2551 มีผู้ป่วยเบาหวาน 9,123 คน ค่าประมาณ 50.65 ต่อแสนคน เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 2,326 คน ค่าประมาณ 12.9 ต่อแสนคนหรือร้อยละ 25.5 ของผู้ป่วยเบาหวานในเด็กและวัยรุ่น พบว่าเป็นในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย ในอัตราส่วน 1.05:1 (ที่มา: สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข)

● ภาพที่ 3.5 ● การคัดกรองโรคเรื้อรัง



● ภาพที่ 3.6 ● แนวทางการคัดกรองโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กและวัยรุ่น (อายุ 10-15 ปี) ในประเทศไทย



เอกสาร

1. จุรีพร คงประเสริฐ. ระบาดวิทยาและการคัดกรองโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กและวัยรุ่น. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี; 2551.
2. วิฑูลย์ ไสสุนทร, วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี. การทบทวนวรรณกรรมเรื่องระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยง และการตรวจวัดคัดกรองในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: นนทบุรี; 2550.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดบริการคัดกรองและเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อในสถานบริการและในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท อิมชันอาร์ต จำกัด; พ.ศ.2552.
4. World Health Organization. Screening for type 2 diabetes. Report of World Health Organization and International Diabetes Federation Meeting, Geneva, 2003.

ก

การจัดบริการ ภายในคลินิก

เป้าประสงค์ของการจัดคลินิกบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

เป้าประสงค์ของการจัดคลินิกบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมิใช่เพียงเพื่อการตรวจเลือด และจ่ายยาเท่านั้น แต่แก่นที่แท้จริงน่าจะเป็นโอกาสที่ผู้ให้บริการ และผู้ป่วย ครอบครัว ได้ประเมินความเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพร่วมกัน และเรียนรู้การจัดการโรคเบาหวาน รวมทั้งปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้อง เสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม และยั่งยืน

การจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีลักษณะเป็นองค์รวมและผสมผสาน มีแนวทางดำเนินการดังภาพที่ 3.7 ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การเตรียม

ความพร้อม

แนวคิดสำคัญ

ในการเริ่มต้นการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนควรมีทะเบียน และข้อมูลที่เป็นในการวิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานในความดูแลทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ ทั้งผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่อื่น เพื่อใช้ในการวางแผนดูแลต่อเนื่อง

เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานแต่ละรายมีความรุนแรงและความซับซ้อนของโรคไม่เท่ากัน ดังนั้นแผนการให้การดูแลในผู้ป่วยแต่ละรายจะไม่เหมือนกันด้วย ดังนั้น ควรมีการนำข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละรายมาวิเคราะห์ จัดกลุ่มเพื่อจัดลำดับความสำคัญ จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีระบบระเบียบ และมีเป้าหมายชัดเจนขึ้น

ก. การจัดเตรียมข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน

สำรวจผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ (ทั้งโดยทบทวนจากแฟ้มครอบครัวและการใช้แบบสำรวจที่คลินิก และการลงสำรวจในชุมชน) และจัดทำทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อมูลในทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานควรประกอบด้วย

(1) **ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย** ได้แก่ ชื่อ นามสกุล เพศ อายุ วันเดือนปีเกิด ที่อยู่ ชุมชน เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน สถานที่รับยาประจำ ประวัติความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

(2) **ข้อมูลประวัติโรคเบาหวาน** ได้แก่ เดือนปีที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานครั้งแรก ยาที่ได้รับโรคอื่นๆ ที่พบร่วม

(3) ข้อมูลการควบคุมโรคเบาหวานย้อนหลัง

1 ปีนับจากวันที่สำรวจข้อมูล ได้แก่ ความสม่ำเสมอในการใช้ยา (adherence) ระดับน้ำตาลที่ควบคุมได้ พฤติกรรมสุขภาพ (การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร ภาวะเครียด) ภาวะเสี่ยงที่พบร่วม (ไขมันในเลือดสูง ความดันเลือดสูง ความอ้วน) พฤติกรรมเสี่ยง (การดื่มเหล้า สูบบุหรี่) ภาวะแทรกซ้อน (ทางตา ทางไต หัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท)

ข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวถึงควรได้ทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลก่อนคลินิกบริการ ทั้งนี้เพื่อ

วิเคราะห์และจัดแยกกลุ่มผู้ป่วย เพื่อวางแผนการดูแลในลักษณะต่างๆ เช่น กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กลุ่มมีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง เป็นต้น

ทบทวนการให้บริการ ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยรายใดยังไม่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนตามมาตรฐาน

ประเมินภาวะเสี่ยง เพื่อให้การดูแลเบื้องต้น

ใช้วางแผนจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ กลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม

ทบทวนเพื่อค้นหากลุ่มที่อาจต้องมีการส่งต่อ หรือกลุ่มที่รับส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น

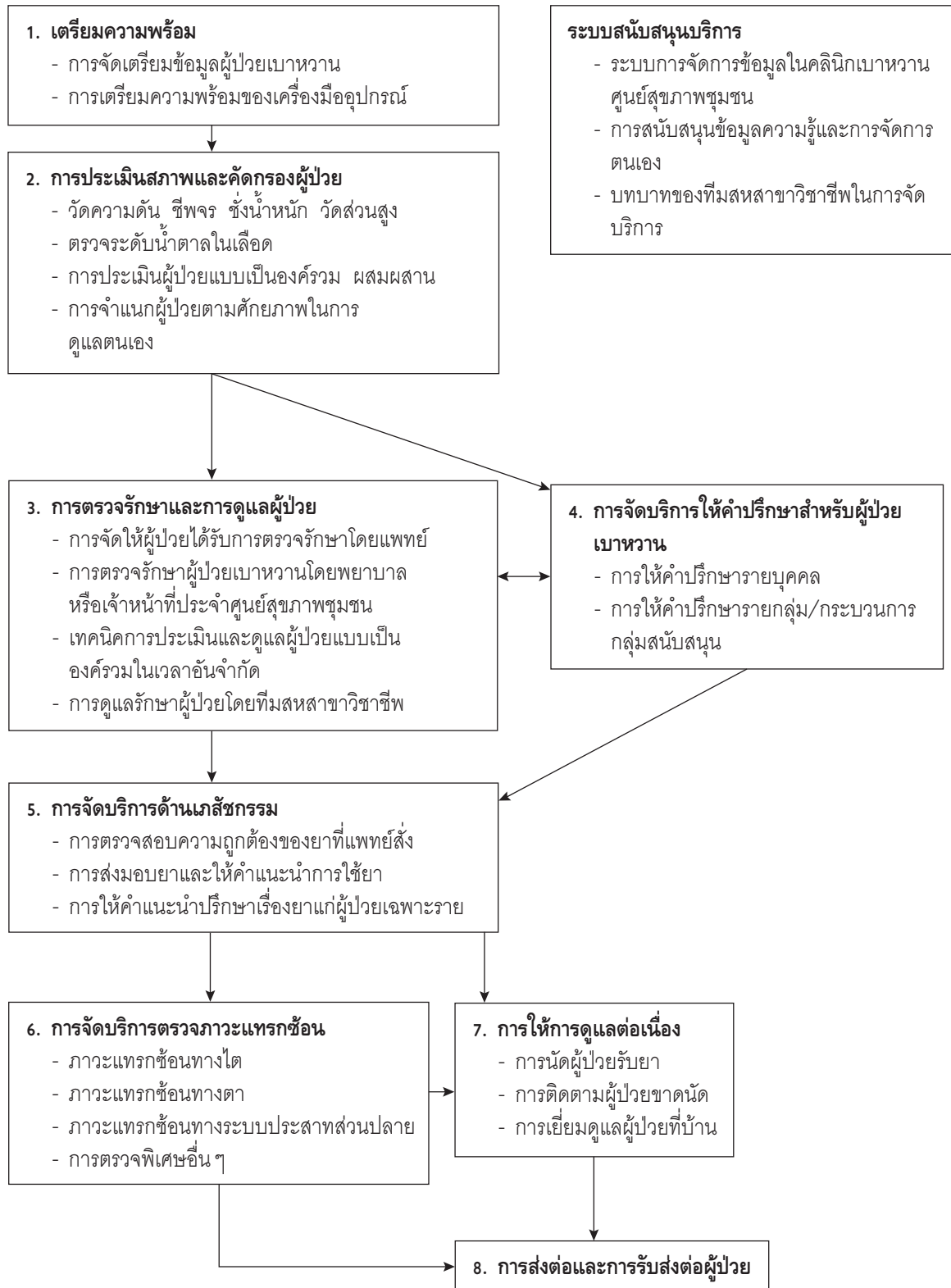
สำรวจข้อมูลของผู้ป่วยเพิ่มเติม ในส่วนที่ยังขาดอยู่

ข. เตรียมความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์

- สอบเทียบเครื่องมือให้มีความถูกต้องเที่ยงตรงอยู่เสมอ มีแนวปฏิบัติในการบำรุงรักษาเครื่อง เฉพาะเครื่อง glucometer

- เครื่องมือที่จำเป็นอื่นๆ ได้แก่ เครื่องวัดความดันเลือด เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดรอบเอว เป็นต้น

● ภาพที่ 3.7 ● แนวทางการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบเป็นองค์รวม ผสมผสานในศูนย์สุขภาพชุมชน



2. การประเมินสภาพ

และคัดกรองผู้ป่วย

แนวคิดสำคัญ

หลักสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน คือ การประเมินผู้ป่วยอย่างรอบด้าน และแยกกลุ่มผู้ป่วย เพื่อจัดการให้บริการได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยและบริบทของสถานพยาบาล

ในการตรวจรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ไม่ควรดูแต่ระดับน้ำตาล และปรับเปลี่ยนยาเท่านั้น ต้องคำนึงถึงการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเอง และการปรับตัวกับโรคเรื้อรังของผู้ป่วย เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานอย่างสม่ำเสมอ และการใช้ยาอย่างเหมาะสมเพียงพอกับสภาพความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย

ในการที่ผู้ป่วยมาตรวจรักษาแต่ละครั้ง ควรประเมินดูว่า ครั้งนี้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพใด ต้องการการดูแลแบบใด เช่น ควบคุมระดับน้ำตาลหรือภาวะแทรกซ้อนได้ดีหรือไม่ หรือมีปัญหาเฉพาะที่ต้องมีการค้นหา ประเมิน เพื่อวางแผนการดูแลจำเพาะ ต้องการการดูแลโดยแพทย์หรือทีมสหวิชาชีพอื่นหรือไม่อย่างไร และต้องส่งต่อหรือไม่ (ตารางที่ 3.3)

ก. การประเมินผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวม พลสมพลาน

ประเด็นการประเมิน ประกอบด้วย

- สภาวะทางด้านคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันเลือด ไขมันในเลือด และภาวะแทรกซ้อน
- สภาวะด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม ได้แก่ การ

ประเมินภาวะเครียดและซึมเศร้าเบื้องต้น

- พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การกินอาหาร การออกกำลังกาย
- ปัจจัยเสี่ยงที่พบร่วม ได้แก่ ความดันเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง อ้วน การสูบบุหรี่
- การใช้ยา
- ความร่วมมือในการรักษา
- อาการของน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง ในช่วงเวลาก่อนมารับการตรวจ

ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินครบทุกด้านในทุกครั้งที่มารับการตรวจรักษา สำหรับข้อมูลบางอย่างที่ไม่ได้ทำการตรวจผู้ป่วยในทุกครั้งที่ผู้ป่วยมา (เช่น การตรวจภาวะไขมันในเลือด การตรวจตา คลื่นหัวใจ) ที่ต้องอาศัยการตรวจพิเศษ จึงอาจจะประเมินได้ปีละ 1-2 ครั้ง และสามารถให้ข้อมูลครั้งล่าสุดในการประเมินการมาตรวจครั้งปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยควรจะต้องได้รับการประเมินอย่างครบถ้วนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และในการสรุปข้อมูลผู้ป่วยประจำปีควรมีข้อมูลการประเมินเหล่านี้ของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน

ข. การจำแนกผู้ป่วยตามศักยภาพในการดูแลตนเอง

แม้ผู้ป่วยจะเป็นโรคเบาหวานเหมือนกัน แต่ระดับความรุนแรงของโรคไม่เหมือนกัน รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีหรือไม่ มากน้อยแตกต่างกันมาก ตัวอย่างเช่น

- ผู้ป่วยบางรายแม้ไม่ได้เข้มงวดในการควบคุมอาหารและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากรวมถึงใช้ยาขนาดต่ำ ยังคงสามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี
- ผู้ป่วยบางรายมีความตั้งใจ และมีปัจจัยเกี่ยว

● ตารางที่ 3.3 ● แนวทางการประเมินและการลงผลการประเมินแต่ละหัวข้อ

หัวข้อประเมินและนิยาม	รหัสการประเมิน
1. การควบคุมระดับน้ำตาล FBS ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องระดับน้ำตาลของผู้ป่วย	ดีมาก DTX ≤140 มก./ดล. ดี DTX 141-160 มก./ดล. ดีปานกลาง DTX 161-200 มก./ดล. ไม่ดี DTX >200 มก./ดล.
2. พฤติกรรมสุขภาพ การออกกำลังกาย คือ ออกกำลังกายที่หนักปานกลาง นานอย่างน้อย 30-45 นาที อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ หรือ มีกิจวัตรประจำวันที่ใช้กำลังกายเป็นส่วนมากใน 1 วัน)	✓ = ออกกำลังกายประจำ O = ออกกำลังกายบ้างหรือไม่ออกกำลังกาย
การควบคุมอาหาร คือ กินอาหารพอเหมาะกับพลังงานที่ต้องการในแต่ละวัน คาร์โบไฮเดรต 50-55% โปรตีน 20-25% ไขมัน 30-35% ลดหรืองดอาหารที่หวานจัด เค็มจัด หรือมันจัด เน้นอาหารโปรตีนจากเนื้อปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน	✓ = ควบคุมอาหารประจำ สม่ำเสมอ มากกว่า 5 วันใน 1 สัปดาห์ O = ควบคุมอาหารบางครั้งหรือไม่ได้ควบคุมอาหาร
ปัญหาทางจิตสังคม ความเครียด (มีความวิตกกังวลจากปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ ปัญหาในครอบครัว) และ อาการซึมเศร้า (มีความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หหมดหวังในชีวิต) ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการดูแลสุขภาพของตนเอง	✓ = ไม่มีเรื่องเครียดและซึมเศร้า O = มีเรื่องเครียดหรือซึมเศร้า
3. ภาวะแทรกซ้อน ประสาทส่วนปลาย/เท้า มีอาการมือเท้าชา หรือรู้สึกเหมือนเข็มแทง หรือ ผลการตรวจ diabetic foot screening เป็น moderate หรือ high risk หรือ มีแผลเรื้อรังที่เท้า (รักษานานกว่า 3 สัปดาห์ หรือถูกตัดนิ้วเท้า) และระบุในช่องด้วย	✓ = มี O = ไม่มี
จอประสาทตา ตรวจจอประสาทตาโดยแพทย์พบความผิดปกติเป็นเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (diabetic retinopathy)	✓ = มี O = ไม่มี
ภาวะแทรกซ้อนทางไต ตรวจ urine protein ≥ 1+ หรือค่า creatinine ผิดปกติ (>2.0)	✓ = มี O = ไม่มี
ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด (เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และ/หรือหัวใจ หรือเคยตรวจคลื่นหัวใจพบความผิดปกติ)	✓ = มี O = ไม่มี
4. ภาวะเสี่ยงที่พบร่วมได้บ่อย โรคความดันเลือดสูง (ความดันเลือด ≥ 130/80 มม.ปรอท) ทำเครื่องหมายที่ช่อง BP ≥ 130/80 หรือ BP < 130/80 มม.ปรอท	✓ = มี O = ไม่มี
ภาวะไขมันในเลือดสูง (ตรวจไขมันในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ Chol >200, TG >150, HDL-C <40, LDL-C >100)	✓ = มี O = ไม่มี

● ตารางที่ 3.3 ● แนวทางการประเมินและการลงผลการประเมินแต่ละหัวข้อ (ต่อ)

หัวข้อประเมินและนิยาม	รหัสการประเมิน
โรคอ้วน (มีน้ำหนักเกิน BMI >25 ขึ้นไป)	✓ = มี O = ไม่มี
การสูบบุหรี่ (การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน)	✓ = สูบ O = ไม่สูบ
การดื่มแอลกอฮอล์ (ปริมาณการดื่มที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ คือ ดื่มสุราเกิน 60 มล. หรือ 1/4 แก้ว เบียร์เกิน 720 มล. หรือ 1 ขวด ไวน์เกิน 240 มล. หรือ 1 แก้ว)	✓ = ดื่มเกินมาตรฐาน O = ดื่มไม่เกินมาตรฐาน

หมายเหตุ ถ้าไม่มีข้อมูลหรือไม่ทราบให้เว้นว่างไว้ ไม่ต้องลงรหัส

สรุปคะแนนการประเมินและกลุ่มผู้ป่วย

- การควบคุมเบาหวาน** (ดีมาก = 3 คะแนน ดี = 2 คะแนน ดีปานกลาง = 1 คะแนน ไม่ดี = 0 คะแนน)
- พฤติกรรมสุขภาพ** (การออกกำลังกาย ควบคุมอาหาร สุขภาพจิต) (มีพฤติกรรมดีข้อละ 1 คะแนน)
- มีภาวะแทรกซ้อน** (ไม่มี = 2 คะแนน มี 1 อย่าง = 1 คะแนน มี 2 อย่างขึ้นไป = 0 คะแนน)
- มีภาวะเสี่ยง** (ไม่มี = 2 คะแนน มี 1 อย่าง = 1 คะแนน มี 2 อย่างขึ้นไป = 0 คะแนน)
 - 7-10 คะแนน จัดเป็นกลุ่มที่ 1 กลุ่มไม่เร่งด่วน = ไม่มีความจำเป็นเร่งด่วน ดูแลตามปกติตามปัญหาที่มี
 - 4-6 คะแนน จัดเป็นกลุ่มที่ 2 กลุ่มเร่งด่วนปานกลาง = ควรติดตามดูแลปัญหาอย่างเป็นองค์รวมเมื่อมีโอกาส
 - 0-3 คะแนน จัดเป็นกลุ่มที่ 3 กลุ่มเร่งด่วน = ควรติดตามดูแลปัญหาอย่างเป็นองค์รวมอย่างเร่งด่วน

ตัวอย่าง แนวทางการประเมินการใช้ยาเบื้องต้นในผู้ป่วยเบาหวาน

การประเมินการกินยา	
<p>ตรวจสอบการกินยาของผู้ป่วยว่ามีปัญหาดังนี้หรือไม่</p> <p>(1) ผู้ป่วยไม่ทราบหรือเข้าใจผิดเกี่ยวกับชนิดยา จำนวนที่กินจำนวนครั้งที่กิน วิธีการกินยา (ก่อนหรือหลังอาหาร)</p> <p>(2) การลืมกินยามากกว่า 7 วันใน 1 เดือน</p> <p>(3) การขาดยา หรือไม่มาตามนัดนานกว่า 7 วัน</p> <p>(4) อื่น ๆ ระบุ</p> <p>(0) กินยาได้ถูกต้อง</p>	<p>ลงรหัสการประเมินโดยระบุข้อปัญหา 1, 2, 3 หรือ 4 ถ้าไม่มีปัญหาให้ระบุ O</p>

ตัวอย่าง เกณฑ์ประเมินศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างง่าย

ประเมินจำแนกศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างง่ายโดยใช้ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยที่มาตรวจครั้งล่าสุด ถ้าระดับน้ำตาล FBS เท่ากับหรือมากกว่า 200 มก.% หรือไม่มาตามนัดเกินกว่า 7 วัน จะจัดอยู่ในกลุ่ม “ผู้ป่วยเร่งด่วน” และต้องติดตามเยี่ยมบ้านและให้การดูแลเป็นองค์รวมอย่างครบถ้วนโดยเร็วที่สุด

กับครอบครัวและสังคมสนับสนุนหรือมีปัจจัยเอื้อในการปฏิบัติตนและดูแลรักษาโรคของตนเองได้เป็นอย่างดี

- ผู้ป่วยบางรายมีระดับความรุนแรงของโรคมาก ต้องใช้ยาปริมาณมาก และต้องเข้มงวดในการควบคุมอาหารและปรับพฤติกรรมมากกว่าปกติ

- ผู้ป่วยบางรายมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง เช่น สูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดสมองแล้ว จึงจำเป็นต้องได้รับยาหรือการดูแลด้านอื่น ๆ มากกว่าผู้ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน

- ผู้ป่วยบางรายมีบริบททางเศรษฐกิจสังคมและครอบครัวที่มีผลต่อศักยภาพในการดูแลและปรับพฤติกรรมของตนเอง เป็นต้น

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายย่อมมีข้อแตกต่าง ต้องให้ความสนใจในเชิงลึกมากขึ้นแตกต่างกัน รวมถึงความเร่งด่วนในการที่ต้องเข้าไปประเมินและ

ดูแลปัญหาในทุก ๆ ด้านที่มีผลต่อการรักษาโรค เพื่อให้ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติ และให้ความช่วยเหลือในการปรับตัวต่อโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

การประเมินและจำแนกผู้ป่วยตามศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยดังกล่าว จะมีประโยชน์ในกรณีที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลมาก มีภาระงานอื่น ๆ มาก หรือมีกำลังคนน้อย ทำให้สามารถวางแผนมุ่งเน้นที่จะให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหา มาก่อน จะทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การวางแผนการประเมินผู้ให้บริการควรกำหนดเกณฑ์การประเมินให้สามารถประเมินผู้ป่วยได้รอบด้าน และสามารถจำแนกผู้ป่วยเป็นกลุ่ม ๆ อย่างคร่าว ๆ เพื่อวางแผนดูแลที่เหมาะสมสำหรับแต่ละกลุ่ม แต่อย่างไรก็ตามก็ควรประเมินและแก้ไขปัญหาในเชิงลึกสำหรับแต่ละบุคคล โดยการใช้อัตราการประเมินนี้เป็นข้อมูลเบื้องต้น

ตัวอย่าง แนวทางการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ตัวอย่างที่ 1 ใช้ข้อมูลจากประเมินผู้ป่วยในวันที่มาตรวจรักษา ในทุกด้าน ทั้งระดับน้ำตาล พฤติกรรม สุขภาพ ภาวะเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยทั้งหมด โดยใช้เกณฑ์การประเมินข้างท้าย สามารถแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มไม่เร่งด่วน กลุ่มเร่งด่วนปานกลาง และกลุ่มเร่งด่วน จากนั้นวางแผนการดูแลรักษาในแต่ละกลุ่มดังนี้

กลุ่มไม่เร่งด่วน (กลุ่ม 1) ควรให้การดูแลตามปกติตามปัญหาที่มี ได้แก่ นัดรับติดตามรับยาต่อเนื่อง ประเมินดูแลผู้ป่วยในวันที่ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา

กลุ่มเร่งด่วนปานกลาง (กลุ่ม 2) นอกจากการดูแลรับยาต่อเนื่องตามปกติในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ควรเน้นการแก้ปัญหาอย่างเป็นองค์รวมและเยี่ยมบ้านเมื่อมีโอกาสอำนวย

กลุ่มเร่งด่วน (กลุ่ม 3) ควรติดตามดูแลปัญหาอย่างเป็นองค์รวมโดยเร่งด่วน โดยวางแผนเยี่ยมบ้านและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถควบคุมระดับน้ำตาล

3. การตรวจรักษา

และการดูแลผู้ป่วย

ก. การจัดให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์

แนวคิดสำคัญ

ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายต้องได้รับการประเมิน การปรับเปลี่ยนการรักษา รวมถึงได้รับการแนะนำปรึกษาโดยเฉพาะจากแพทย์ ไม่ว่าจะแพทย์ทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์เฉพาะทางอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น

ในศูนย์สุขภาพชุมชนบางแห่งที่ไม่มีแพทย์ประจำ หรือมีแพทย์ออกตรวจเป็นบางวัน จึงจำเป็นต้องมีการจัดบริการที่คำนึงถึงการกระจาย และจัดลำดับความจำเป็นให้ผู้ป่วยได้เข้าตรวจกับแพทย์ เพื่อให้แพทย์ได้มีเวลาประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียดและให้การรักษาที่เหมาะสมเฉพาะกับผู้ป่วยได้ จำนวนผู้ป่วยในแต่ละวันควรจะมีที่เหมาะสมกับระยะเวลาที่แพทย์ออกตรวจ ดังนั้นอาจมีแนวทางหลายๆ อย่างที่จะทำให้วันตรวจเบาหวานมีปริมาณผู้ป่วยที่เหมาะสม

ข. การตรวจรักษาผู้ป่วยเบาหวานโดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชน

แนวคิดสำคัญ

แต่ละหน่วยบริการควรทบทวนแนวปฏิบัติ การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน และปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือแพทย์ที่มีหน้าที่รับผิดชอบ

หน่วยบริการ ให้ความสำคัญร่วมกันหาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับหน่วยบริการเอง และทำความเข้าใจเพื่อใช้แนวปฏิบัติที่จัดทำขึ้นร่วมกัน (ภาพที่ 3.8)

ค. เทคนิคการประเมินและดูแลผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวมในเวลาอันจำกัด

แนวคิดสำคัญ

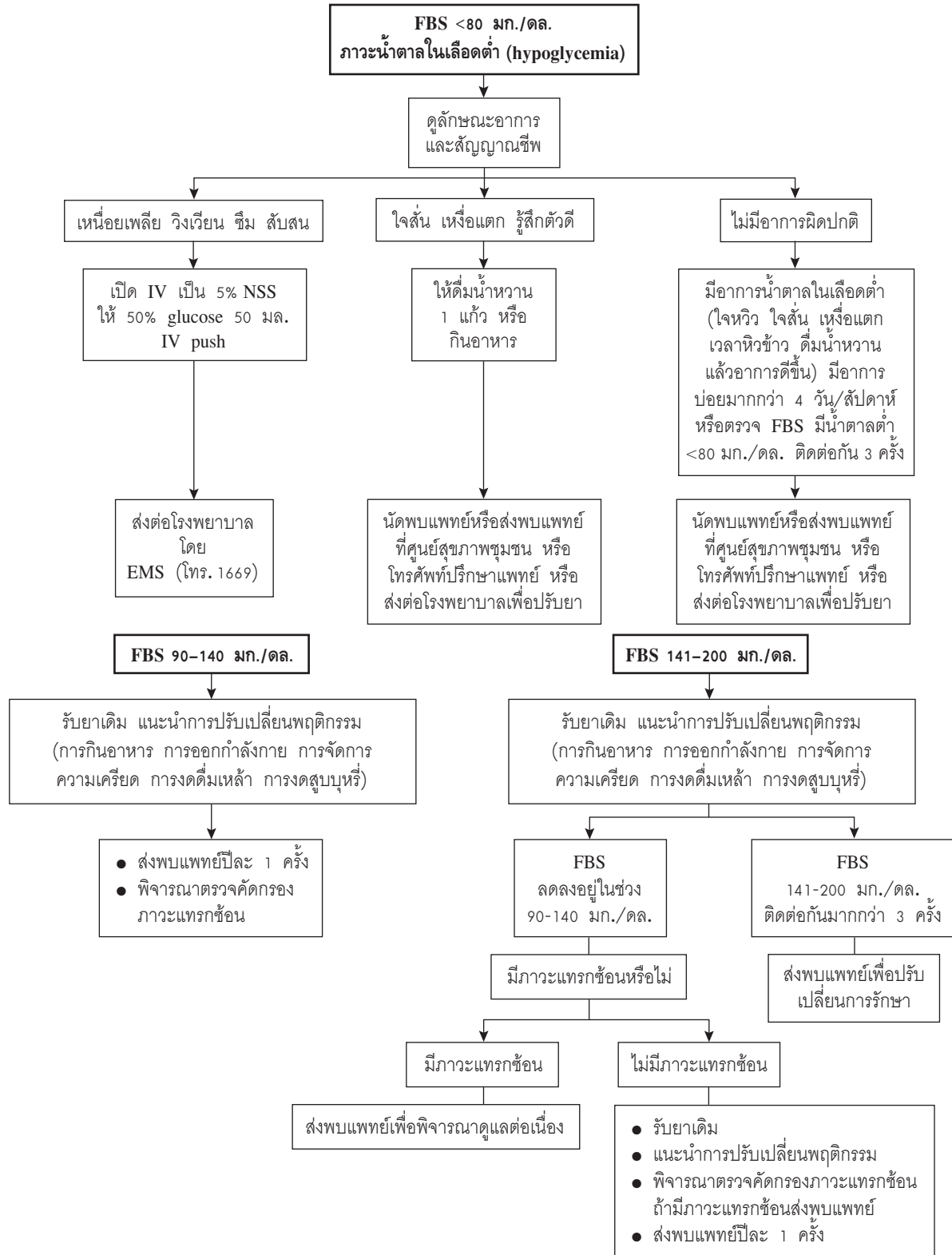
ในปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกในแต่ละวันมีจำนวนมาก ดังนั้น การให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานแต่ละรายจึงจำกัดด้วยเวลา แต่ยังคงต้องให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพ โดยผู้ป่วยควรจะได้รับ การประเมินให้ครบถ้วนรอบด้าน รวมถึงได้รับการที่ผสมผสานทั้งการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ

หลักการที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบถ้วนเป็นองค์รวมได้แก่

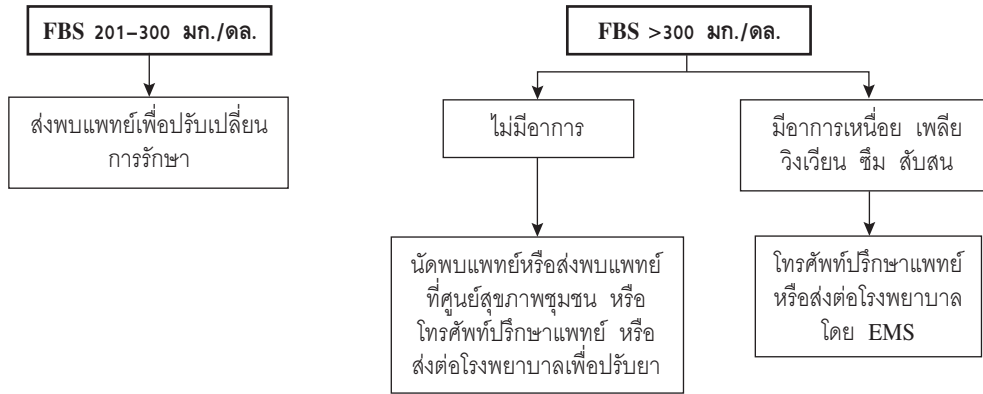
เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบสั้น หรือ BATHE technique

หลักการ คือ การเน้นใช้ “คำถามปลายเปิด” เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้พูดในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะสื่อสารกับผู้ให้บริการ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการได้รับรู้ข้อมูลต่างๆ ที่แสดงให้เห็นถึงความรู้ความเข้าใจ ทศนคติ และบริบท (ที่แสดงถึงวิถีชีวิต) ของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ในการนี้ผู้ให้บริการจำเป็นต้องฝึก “ทักษะในการฟัง” อย่างมาก เพื่อสามารถที่จะเก็บรวบรวมข้อเท็จจริง ทศนคติที่ซ่อนอยู่ รวมถึงสัมผัสถึงอารมณ์

● ภาพที่ 3.8 ● ตัวอย่างแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานตามระดับน้ำตาล



● ภาพที่ 3.8 ● ตัวอย่างแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานตามระดับน้ำตาล (ต่อ)



ความรู้สึกของผู้ป่วย เพื่อนำมาให้ข้อมูลสะท้อนกลับ และแทรกเสริมการให้ความรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตัวผู้ป่วย “เทคนิค BATHE” สามารถทำได้โดยใช้คำถามเพื่อสำรวจข้อมูลตามลำดับดังตารางที่ 3.4

เทคนิคการให้คำปรึกษาอย่างสั้นนี้ จะทำให้ประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยให้ความสนใจได้รวดเร็ว ไม่ทำให้ผู้ให้บริการมัวไปพูดคุยถึงปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะแก้ไข หรือเห็นว่าไม่จำเป็นที่จะต้องทำในตอนี้ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการสามารถให้คำแนะนำปรึกษาที่จำเพาะกับบริบทของตัวผู้ป่วยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แก้ไขหรือปรับตัวกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในเวลาที่ไม่เนิ่นนานเกินไป และไม่เสียเวลากับคำแนะนำที่ไม่จำเป็น หรือไม่เข้ากับบริบทของตัวผู้ป่วย ซึ่งผู้ที่จะนำเทคนิคนี้ไปใช้จำเป็นต้องมีทักษะในการฟังที่ดี และมีทัศนคติที่เปิดกว้างที่จะรับฟังข้อมูลต่างๆ จากตัวผู้ป่วยโดยไม่ตัดสินด้วยความคิดความเข้าใจของผู้รับบริการเอง

จ. การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมสหวิชาชีพ

(1) ประเภททีมสหสาขาวิชาชีพ

ทีมหลัก (core team) เป็นทีมหลักที่ต้อง

ให้บริการผู้ป่วยทุกขั้นตอน โดยประกอบด้วย แพทย์ประจำศูนย์แพทย์ชุมชน หรือศูนย์สุขภาพชุมชน พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เภสัชกร เจ้าหน้าที่ธุรการ ซึ่งต้องทำงานสอดคล้องกันเพื่อให้บริการทั้งในและนอกหน่วยบริการ โดยแต่ละวิชาชีพอาจต้องทำงานทดแทนกันได้ในบางอย่าง เช่น แพทย์ควรสามารถให้คำปรึกษาหรือให้สุขศึกษารายการกลุ่มได้ พยาบาลควรตรวจรักษาผู้ป่วยที่ไม่ซับซ้อนแทนแพทย์ได้ สามารถจ่ายยาหรือช่วยเภสัชกรในการจ่ายยาได้ นักวิชาการควรมีทักษะในการให้คำปรึกษาโรคเบาหวาน และอาจประเมินสุขภาพเบื้องต้นให้ผู้ป่วยเบาหวานหรือให้บริการจ่ายยาได้ เป็นต้น เพื่อให้การบริการดำเนินไปตามมาตรฐานในกรณีที่บุคลากรไม่เพียงพอ

ทีมใหญ่ (greater team) ได้แก่ ทีมหลักร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอื่นที่ไม่ได้ประจำอยู่ในหน่วยบริการ เช่น โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เป็นต้น โดยมีการประสานงานเพื่อให้มาร่วมให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้บริการอย่างบูรณาการสมบูรณ์มากขึ้น

ทีมเฉพาะกิจ (ad hoc team) ได้แก่ ทีมวิชาชีพเฉพาะทาง เช่น แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม

● ตารางที่ 3.4 ● เทคนิค BATHE

BATHE	ตัวอย่างคำถาม/คำพูดที่ใช้	ประเด็นสำคัญ
B = background ภูมิหลัง บริบท	“วันนี้น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติมาก ไม่ทราบว่ามีสาเหตุอะไรหรือเปล่าคะ” “ในช่วงเดือนที่ผ่านมาการควบคุมอาหารเป็นอย่างไรบ้าง” “มีปัญหาในเรื่องการออกกำลังกายหรือไม่” “ตอนนี้ชีวิตเป็นอย่างไรบ้าง มีปัญหาอะไรหรือไม่ อย่างไร” “ช่วงนี้มีอาการผิดปกติอื่น ๆ หรือไม่ อย่างไร”	เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการเข้าใจสภาพจริงของผู้ป่วย ซึ่งจะสะท้อนทัศนคติมุมมอง หรือสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวโรคของผู้ป่วย
A = affect ความรู้สึกขณะนั้น	“รู้สึกอย่างไรกับการที่น้ำตาลในเลือดสูง” “รู้สึกอย่างไรที่ต้องควบคุมอาหารมากกว่าปกติ” “ปัญหาครอบครัวในขณะนี้ ทำให้เครียดมากน้อยเพียงใด” “รู้สึกอยากจะออกกำลังกายหรือไม่” “ในช่วงชีวิตตอนนีู้สึกอย่างไรบ้าง”	ทำให้ผู้ให้บริการรับรู้ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจและเข้าใจในตัวผู้ป่วยในเชิงลึก
T = trouble ปัญหาที่สำคัญที่สุด	“ในช่วงนี้ ปัญหาอะไรที่คิดว่าสำคัญที่สุด” “คิดว่าอะไรเป็นอุปสรรคที่ทำให้ควบคุมน้ำตาลไม่ได้มากที่สุด” “ตอนนี้อยากจะทำปัญหาอะไรก่อน”	เป็นคำถามลัดที่ทำให้ทราบถึงความตระหนักที่สำคัญ (concern) ในมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานก็ได้ ปัญหาที่สำคัญที่สุดจะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะแก้ไขมากที่สุด จะทำให้ผู้ให้บริการสามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยในระยะเวลาอันสั้น
H = handling การจัดการกับปัญหา	“ตอนนี้จัดการอย่างไรกับปัญหาที่กังวลนั้น” “ตอนนี้ได้ทำอะไรแล้วบ้างที่เป็นการปรับพฤติกรรมของตนเองเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือด” “ตอนนี้เริ่มออกกำลังกายอะไรบ้างหรือยัง”	โดยปกติทั่วไป ผู้ป่วยจะได้จัดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองมาส่วนหนึ่งแล้ว ไม่ว่าจะแก้ไขได้หรือไม่ก็ตาม คำถามนี้จะเป็นการทำให้ผู้ให้บริการเห็นประเด็นที่ควรส่งเสริมเพิ่มเติมศักยภาพของผู้ป่วยอย่างเจาะจงอย่างรวดเร็วโดยไม่ซ้ำซ้อนกับสิ่งที่ผู้ป่วยได้จัดการแก้ไขไปแล้ว ทำให้แก้ไขปัญหาดตรงจุดมากขึ้น ไม่เสียเวลา

● ตารางที่ 3.4 ● เทคนิค BATHE (ต่อ)

BATHE	ตัวอย่างคำถาม/คำพูดที่ใช้	ประเด็นสำคัญ
E = empathy แสดงความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจ ช่วยหาทางเลือก	“ปัญหาที่คุณกังวลนี้คงทำให้คุณไม่สบายใจสักช่วงระยะ หนึ่ง ต่อไปน่าจะคลี่คลาย” “ปัญหา/พฤติกรรมดังกล่าวส่งผลทำให้น้ำตาลยังไม่ลดลง ในระดับปกติ ซึ่งเป็นสิ่งที่แพทย์กังวล และอยากให้คุณลอง ปฏิบัติตัว...” “แม้จะมีความยากลำบากในการปรับพฤติกรรม แต่อย่างไรก็ตาม ลอง...”	สุดท้ายการพูดคุยอย่างสั้น ๆ ใน ครั้งนี้อาจจะยังไม่ได้ช่วยแก้ไข ปัญหาหรือประเมินแล้วว่าผู้ป่วย ยังไม่ตระหนักที่จะแก้ไขในสิ่งที่ ผู้ให้บริการต้องการ สิ่งให้ผู้ให้บริ- การทำได้เพื่อรักษาความสัม- พันธ์ที่ดีกับตัวผู้ป่วยคือ การ แสดงความเห็นอกเห็นใจและ เข้าใจในสภาพปัญหาหรือความ กังวลของผู้ป่วย และในตอน ท้ายผู้ให้บริการสามารถเสนอ ทางเลือกในการแก้ไขปัญหาหรือ แนวปฏิบัติกว้าง ๆ ให้ผู้ป่วยนำ ไปพิจารณาค้นคิดด้วยตนเอง ได้ ก่อนจะสิ้นสุดการพูดคุยใน ครั้งนี้

ผู้เชี่ยวชาญเรื่องโรคของเท้า จักษุแพทย์ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา โดยจะเข้ามาร่วมให้บริการเป็นการเฉพาะ เช่น โครงการพิเศษ หรือการตรวจสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานประจำปี

(2) บทบาทของสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

แพทย์ มีบทบาทในการตรวจรักษา ให้คำปรึกษาเชิงลึกทั้งในเรื่องโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค เป็นที่ปรึกษาหรือเป็นผู้นำทีมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นหนึ่งในทีมเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านของศูนย์สุขภาพชุมชน และยังคงต้องเป็นที่ปรึกษาด้านองค์ความรู้ของการรักษาโรคเบาหวานด้วย

พยาบาลวิชาชีพ ถือเป็นบุคลากรหลักใน

การจัดบริการคลินิกเบาหวาน มีบทบาทในการจัดระบบบริการ การให้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ให้คำปรึกษาส่งเสริมสุขภาพและศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นผู้ดำเนินการจัดการทีมเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และยังคงต้องประสานการดูแลผู้ป่วยกับสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ด้วย

นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เป็นบุคลากรหลักในการพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและศักยภาพในการดูแลของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ร่วมประสานกับชุมชนในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของชุมชนและกลุ่มผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว

เภสัชกร มีบทบาทหลักในบริการเภสัชกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน ในหน่วยบริการที่ยังไม่มี

เภสัชกรประจำอาจต้องได้รับการนิเทศติดตามจากเภสัชกรในโรงพยาบาลเพื่อให้บริการเภสัชกรรมได้ตามมาตรฐาน นอกจากนี้เภสัชกรควรมีโอกาสได้เยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในเชิงลึกด้วย

โภชนาการ/นักกำหนดอาหาร จะมีบทบาทช่วยได้อย่างดีในเรื่องการให้ความรู้ ปรับพฤติกรรมกลุ่มในด้านารกินอาหาร และให้คำปรึกษาเฉพาะรายที่มีปัญหาการควบคุมอาหาร รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินสภาพการกินและการปรุงอาหาร ซึ่งจะเน้นในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน

นักกายภาพบำบัด มีบทบาทหลักในการจัดกิจกรรมการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การให้คำปรึกษาเพื่อออกแบบการเคลื่อนไหวสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่น้ำหนักเกินหรืออ้วน และมีปัญหาข้อเข่าเสื่อมช่วยในด้านการดูแลเท้า แผลที่เท้า การฝึกเดินในกรณีผู้ป่วยที่ตัดเท้า ดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

นักสุขศึกษา มีบทบาทเป็นทีมในการให้ความรู้ และจัดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง ติดตาม เยี่ยมในชุมชน ร่วมกระตุ้นการจัดตั้งชมรมส่งเสริมสุขภาพ

ทันตแพทย์/ทันตาริบาล มีบทบาทในการคัดกรองและดูแลสุขภาพช่องปาก

นักจิตวิทยา มีบทบาทช่วยในการจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาเชิงลึก

นักสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในด้านเศรษฐกิจ (อาชีพ รายได้) สังคม (การส่งเสริมและสนับสนุนทางสังคม การระดมทรัพยากร)

แพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ มีบทบาทในการแก้ไขปัญหาเฉพาะด้านต่าง ๆ เช่น จักษุแพทย์ อายุรแพทย์ (ดูแลด้านไต หัวใจ ต่อมไร้ท่อ) ศัลยแพทย์ (ดูแลบาดแผล การผ่าตัดต่าง ๆ)

4. การจัดบริการให้คำปรึกษา สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

แนวคิดสำคัญ

การรักษาที่สำคัญที่สุดของโรคเบาหวาน คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยคงระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ และลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ

การให้การปรึกษา หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอาศัยการสื่อสารแบบ 2 ทางระหว่างบุคคลหนึ่งในฐานะผู้ให้การปรึกษาซึ่งทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้อีกฝ่ายหนึ่งซึ่งเป็นผู้รับการปรึกษาได้สำรวจและทำความเข้าใจถึงสิ่งที่เบ็นปัญหา และแสวงหาหนทางแก้ไขปัญหานั้นด้วยตนเอง (จีน แบร์รี, 2537)

ก. การให้คำปรึกษารายบุคคล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา

- (1) ได้พูดระบายความรู้สึกคับข้องใจ ทำให้ลดความเครียดและความวิตกกังวล
- (2) ได้เข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ เข้าใจสาเหตุของความไม่สบายใจ และวิธีแก้ไขปัญหานั้นที่ประสบอยู่

(3) สามารถพัฒนาตนเอง และดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม

ประโยชน์ของการให้การปรึกษา

- (1) ลดภาวะเครียดและความวิตกกังวลต่างๆ
- (2) เข้าใจสาเหตุของการเกิดปัญหา
- (3) ทราบแนวทางในการแก้ไขปัญหา
- (4) ปรับเปลี่ยนท่าทีและพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่เหมาะสม
- (5) พบแนวทางในการพัฒนาตนเองและศักยภาพของตนเอง

ขั้นตอนของการให้คำปรึกษารายบุคคล

- ขั้นตอนที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา
- ขั้นตอนที่ 2** การสำรวจปัญหา
- ขั้นตอนที่ 3** การทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้รับการปรึกษา
- ขั้นตอนที่ 4** การวางแผนแก้ปัญหา
- ขั้นตอนที่ 5** การยุติการให้บริการ

ข. การให้คำปรึกษารายกลุ่ม หรือกระบวนการกลุ่มสนับสนุน (support group)

ขั้นตอนการดำเนินการ 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเริ่มต้น

- สร้างสัมพันธภาพ ทักทาย small talk
- ตกลงบริการ แจ้งวัตถุประสงค์ กติกา เวลา และบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม สมาชิกกลุ่ม

● แนะนำตัว ผู้นำกลุ่ม สมาชิก ผู้สังเกตการณ์

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการ

- สมาชิกแต่ละคนพูดถึงประเด็นปัญหา
- สรุปปัญหาสมาชิกเป็นปัญหากลุ่ม
- สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็น หาแนว

ทางแก้ไขปัญหา

- สนับสนุนด้านจิตใจ
- สรุปแนวทางแก้ไขปัญหาเป็นระยะ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสรุป

- ให้สมาชิกแต่ละคนสรุปประเด็นปัญหาแนวทางแก้ไขของตนเอง
- ซักถามประเด็นปัญหาเพิ่มเติม
- กล่าวขอบคุณ ยุติการดำเนินการกลุ่ม

เทคนิคที่ใช้ในการดำเนินการกระบวนการกลุ่ม

ก. เทคนิคพื้นฐานของ basic counselling

- การสร้างสัมพันธภาพ
- การใช้คำถามปลายเปิด-ปลายปิด
- การฟัง
- การสะท้อนความรู้สึก
- การสรุป

ข. เทคนิคกระบวนการกลุ่ม

- เทคนิคกระตุ้น
- เทคนิคเชื่อมโยง
- เทคนิคการหยุด

5. การจัดบริการ

ด้านเภสัชกรรม

แนวคิดสำคัญ

ในการตรวจรักษาโรคเรื้อรัง การให้บริการด้านเภสัชกรรมเป็นสิ่งสำคัญ เพราะผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะใช้ยาหลายชนิด และได้รับยาจำนวนมากๆ เพื่อให้เพียงพอในการใช้ทุกวัน การจัดบริการด้านเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชนจำเป็นต้องเรียนรู้เรื่อง

เกี่ยวกับยาแต่ละชนิดที่ใช้บ่อย และอยู่ในบัญชียาของศูนย์สุขภาพชุมชน การบริหารคลังยา การตรวจสอบความถูกต้องในการจ่ายยา เป็นต้น โดยต้องอาศัยการติดตามนิเทศ และร่วมปฏิบัติงานกับเภสัชกร

แนวทางการจัดบริการด้านเภสัชกรรม เพื่อเป็นการประกันคุณภาพการบริการ ตามหลักพื้นฐาน คือ ถูกคน ถูกยา ถูกโรค ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกวิธี และปริมาณยาเพียงพอจนถึงวันนัด รวมถึงเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของยาที่จัด และการติดตามผล และให้ความรู้คำปรึกษาด้านการใช้ยาแก่ผู้ป่วยได้

ในสถานบริการปฐมภูมิที่มีเภสัชกรประจำ เภสัชกรจะมีส่วนสำคัญอย่างมากในการควบคุมคุณภาพบริการเภสัชกรรม และทำให้มีการทบทวนความถูกต้องของการใช้ยาอย่างชัดเจน

สำหรับในสถานบริการปฐมภูมิที่ไม่มีเภสัชกรประจำ เจ้าหน้าที่ควรมีความเข้าใจในหลักการของการควบคุมคุณภาพบริการเภสัชกรรม เน้นการจ่ายยาให้ถูกต้องตามแพทย์สั่ง สามารถท้วงติงแพทย์ในกรณีเกิดความผิดพลาดในการสั่งยาของแพทย์ และสามารถให้ความรู้เบื้องต้นในการใช้ยาที่ใช้บ่อยๆ แก่ผู้ป่วยได้

บทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ประจำจุดจ่ายยา

ก. การตรวจสอบความถูกต้องของยาที่แพทย์สั่ง

(1) ทบทวนการสั่งใช้ยาของแพทย์จากใบสั่งยาเทียบกับประวัติเก่าใน family folder ของผู้ป่วยและตรวจสอบถึงชนิดยา ขนาดยา ประวัติการแพ้ยา และปริมาณยาที่จ่าย เมื่อพบข้อสงสัยในการสั่งยา เช่น ข้อมูลในใบสั่งยา และ family folder

ไม่ตรงกันหรือไม่ถูกต้อง จะต้องนำทั้งใบสั่งยา และ family folder ไปปรึกษาแพทย์ เพื่อยืนยันการสั่งใช้หรือแก้ไขให้ถูกต้องต่อไป

(2) ป้อนข้อมูลเพื่อพิมพ์ฉลากยา หรือในบางครั้งอาจจะเป็นเภสัชกรเป็นผู้คีย์ข้อมูลยาในคอมพิวเตอร์เพื่อพิมพ์ฉลากยา

(3) จัดยาให้ตรงกับซองยาหรือฉลากยา และจัดใส่ตะกร้ายา ควรมีเจ้าหน้าที่อีกคนตรวจสอบยาก่อนที่จะจ่ายยาแก่ผู้ป่วย

(4) ตรวจสอบยาที่จัดแล้วกับใบสั่งยา โดยตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย ชื่อยา ขนาดความแรง จำนวน วิธีใช้ยา คำแนะนำพิเศษบนซองยาให้ครบถ้วนเทียบกับใบสั่งยาอีกครั้งก่อนส่งมอบยา

ข. การส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยา

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับมอบยา และได้รับข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นเกี่ยวกับยาที่ได้รับ ป้องกันการแพ้ยาซ้ำ กรณีที่เคยแพ้ยาแล้ว

(1) เรียกชื่อผู้ป่วยเพื่อรับยา ทั้งชื่อและนามสกุล และถามผู้ป่วยอีกครั้งว่าชื่อนี้หรือไม่ ตรวจสอบชื่อผู้ป่วยเทียบกับชื่อในใบสั่งยา หรือกรณีที่ยาตีมา รับแทน ควรถามถึงความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

(2) สอบถามประวัติการแพ้ยา

(3) ส่งมอบยาพร้อมคำแนะนำ

ถ้าเป็นผู้ป่วยรับยาต่อเนื่อง ควรซักถามวิธีการกินยาชนิดเดิมหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดได้ นำยาที่ผู้ป่วยได้รับขึ้นมาให้ผู้ป่วยทวนการใช้ยา

ถ้าเป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยานั้นเลย ให้แนะนำชื่อยา ข้อบ่งใช้ วิธีการกินยา อาการไม่พึงประสงค์ และเน้นว่าเป็นยาที่แพทย์ปรับเปลี่ยนให้ใหม่ พร้อมกับให้คำแนะนำเกี่ยวข้องเพิ่มเติม

ค. การให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้ป่วย

เฉพาะราย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการรักษา และสามารถให้ยาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม มีความร่วมมือในการใช้ยา และตระหนักถึงปัญหาและมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง หากพบว่าผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา ใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือมีผลข้างเคียงจากการใช้ยา ควรส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ หรือเภสัชกร

ข้อเสนอแนะในการให้บริการเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน

1. การให้คำแนะนำปรึกษาการใช้ยามีความสำคัญมาก เนื่องจากมีจำนวนมาก ลักษณะและสีของยาแตกต่างกัน แม้จะมีการแนะนำระหว่างจ่ายยา และมีข้อความบนซองยาที่ให้รายละเอียดครบถ้วนเรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องก็ตาม ผู้ป่วยบางรายแม้จะให้ความสนใจระหว่างให้คำแนะนำ ยังจำเป็นต้องรู้จักชื่อยา สังเกต จุดจำ และศึกษารายละเอียดที่อยู่บนซองยา หรือเจ้าหน้าที่อาจต้องหารูปแบบ วิธีใส่ยา ให้ง่ายและสะดวกต่อการกินยาของผู้ป่วย หรือให้ญาติร่วมรับฟังและช่วยเหลือได้ต่อไป

2. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค บางครั้งผู้ป่วยยังมีความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ซึ่งต้องมีการให้คำแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น รวมถึงการปฏิบัติตนร่วมกับความรู้เรื่องการใช้ยาด้วย

3. ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นปกติมาตลอดนั้น อาจจะต้องมีการให้คำแนะนำ ปรึกษา และติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่องด้วยเช่นกัน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาจากการใช้ยา (โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำ) รวมทั้งกำชับถึงความจำเป็นของการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ให้สูงจากเดิมอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาในระยะยาว

4. ควรมีการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทุกราย และทุกด้านในการป้องกันและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิด มีการติดตามผลและความสามารถในการใช้ยาและการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เพื่อการรักษาที่ได้ผลต่อไป

ตัวอย่าง การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องที่พบบ่อยในศูนย์สุขภาพชุมชน

- **การมีการใช้ยาคลาดเคลื่อนไปจากที่แพทย์สั่ง** คือมีทั้งใช้ขนาดที่สูงกว่าที่แพทย์สั่ง และขนาดต่ำกว่าที่แพทย์สั่ง และการกินยาไม่สม่ำเสมอ/ไม่ต่อเนื่อง กินยาผิดเวลา หยุดยาเอง เกิดความเบื่อหน่าย จึงหยุดยาและขาดการกินยา และไม่มาพบแพทย์เพื่อมารับยาไปใช้อย่างต่อเนื่องในวันทีนัด เป็นที่น่าสังเกตว่าเป็นปัญหามากที่สุดคือการใช้ยาผิดเวลา จึงต้องมีการหาวิธีและกระบวนการที่จะให้ผู้ป่วยไม่ลืม โดยการแนะนำให้กินยาที่กินมาไว้ใกล้กับโต๊ะอาหารหรือสำหรับกับข้าว เพื่อว่าเมื่อจะกินข้าวหรือกินข้าวเสร็จเรียบร้อยแล้วอาจจะช่วยเตือนผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมองเห็นยาที่นำมาไว้ จะได้ไม่ลืมกินยา บางครั้งในการกินยาผู้ป่วยบางรายมีการใช้ยาผิดเวลา คือ เมื่อได้รับยาก็นำยาใหม่ที่ได้ไปเทรวมในซอง

เดิมโดยที่ไม่ใส่ใจว่า ยาใหม่ที่ได้รับนั้นแพทย์ปรับวิธีการใช้และขนาดยาใหม่ในช่องที่ได้รับไป และมีบางรายที่เมื่อลืมหินยาในมือนั้น ก็ไปกินในมือต่อไป

● **ปัญหาของการใช้ยาอินซูลินแบบฉีด** ยาที่ใช้มี 2 ชนิด คือ Insulatard Penfill และ Mixtard Penfill ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดจะไม่สามารถฉีดยาเองได้ จะให้ญาติและผู้ดูแลใกล้ชิดเป็นผู้ฉีดให้ บางครั้งผู้ดูแลไม่ได้มาด้วย ทำให้ เมื่อแพทย์ปรับขนาดยาใหม่แล้ว ยังมีการฉีดเท่าเดิม จึงทำให้มีการได้รับยาในขนาดสูงกว่าที่แพทย์สั่ง ซึ่งในรายที่ได้รับขนาดสูงกว่าต้องติดตามอย่างใกล้ชิด ในขั้นตอนของการจ่ายยาและแนะนำการใช้ยา เกสซ์ชกรจึงต้องตรวจสอบทุกครั้งจากใบสั่งยาและเทียบกับประวัติการใช้ยาใน family folder ในขนาดยาที่แพทย์ปรับเปลี่ยนการใช้เพื่อใช้แนะนำและย้ำเตือนผู้ป่วยอีกครั้ง ตามคำสั่งแพทย์ รวมถึงการเน้นเตือนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของฉลากยาซึ่งมีรายละเอียดการใช้ยาอย่างชัดเจนด้วย และในการที่ผู้ป่วยไม่สามารถฉีดยาได้เองนั้นยังส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นตามมา คือ การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ และผิดเวลาด้วยเช่นกัน

6. การจัดบริการ

ตรวจภาวะแทรกซ้อน

แนวคิดสำคัญ

ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการตรวจประเมินภาวะแทรกซ้อนประจำปี เพื่อป้องกันการลุกลามจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงเป็นจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความเข้มงวดในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง หากไม่สามารถทำการตรวจในผู้ป่วยได้ทุกราย ผู้ที่มีความเสี่ยงมากที่สุดควรได้รับการตรวจก่อน

ศูนย์สุขภาพชุมชนควรจัดทำแนวปฏิบัติ และวางแผนการให้บริการตรวจภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจ หรือเข้าถึงการตรวจภาวะแทรกซ้อนได้ทุกราย หรือเรียงลำดับความสำคัญกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการตรวจคัดกรอง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน

ที่เป็นมานาน หรือไม่เคยตรวจ หรือมีปัจจัยเสี่ยงสูง ควรได้รับการตรวจอย่างเร่งด่วน

ในบริบทที่ขาดทรัพยากรสนับสนุน เช่น ไม่มีงบประมาณ ไม่มีจักษุแพทย์ ไม่มีผู้เชี่ยวชาญในการรักษาความผิดปกติของเท้า ควรมีการประสานงานหาการสนับสนุนจากหน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆ ภายนอกเครือข่าย เช่น การจัดหาจักษุแพทย์เข้ามาตรวจตาผู้ป่วย หรือการจัดหาเครื่องถ่ายภาพประสาทตาเพื่อใช้ตรวจเบื้องต้นแทนจักษุแพทย์ หรือหากตรวจเท้าผู้ป่วยพบเป็น high risk ควรมีระบบปรึกษาและส่งพบแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

ควรมีระบบการเตือนผู้ให้บริการ หรือจัดให้มีการตรวจภาวะแทรกซ้อนเป็นงานประจำต่อเนื่องตลอดปี เพื่อให้ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด ให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งตามมาตรฐาน

ตัวอย่าง แนวทางการจัดการตรวจภาวะแทรกซ้อนในศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจทุกคนไม่ตกหล่น

- เมื่อถึงเดือนเกิดของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการเจาะเลือด ตรวจปัสสาวะ ตรวจเท้า
- มีระบบบันทึก หรือระบบข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ แสดงหรือสามารถแจ้งเตือนให้ผู้รับบริการทราบว่าในปีนี้ผู้ป่วยได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนแล้วหรือไม่ เช่น แบบบันทึกการตรวจเลือด การตรวจเท้าประจำปี
- เมื่อผู้ป่วยมาตรวจแต่ละครั้งมีแนวปฏิบัติในการทบทวนข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี ว่าผู้ป่วยถึงเวลาที่จะได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนแล้วหรือไม่ และสามารถส่งการตรวจได้โดยเจ้าหน้าที่หรือพยาบาลไม่ต้องรอแพทย์
- การตรวจตาประจำปี มีการประสานงาน หรือจัดทำโครงการในภาพรวมหลายๆหน่วยบริการข้างเคียงเพื่อตรวจตาแก่ผู้ป่วยพร้อมๆกันทั้งหมด โดยใช้เครื่องถ่ายภาพประสาทตา (fundus camera) และส่งภาพถ่ายให้จักษุแพทย์อ่านผล

ควรมีการทบทวนข้อมูลในแฟ้มผู้ป่วยปีละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนประจำปีอย่างครบถ้วนเหมาะสม

ตัวอย่าง แนวปฏิบัติการตรวจภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมืองขอนแก่น

ก. ภาวะแทรกซ้อนทางไต (diabetic nephropathy)

ให้ตรวจหา urine protein โดยการทำ urine dip strip แก่ผู้ป่วยทุกราย ปีละ 1 ครั้ง ถ้า urine protein > 1+ ควรทำการตรวจ serum creatinine และ lipid profiles และส่งพบแพทย์

ข. ภาวะแทรกซ้อนทางตา (diabetic retinopathy)

- ตรวจ visual acuity (VA) แก่ผู้ป่วยทุกราย ปีละ 1 ครั้ง
หากพบ VA < 6/60 ส่งพบแพทย์
- ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการมีภาวะแทรกซ้อนทางตา โดยพิจารณาจาก
 - 1) ระยะเวลาในการเป็นเบาหวานตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป
 - 2) เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (uncontrolled DM) หมายถึง ผู้ป่วยที่ผล FBS มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. ร้อยละ 80 หรือมากกว่าของการมารับการรักษาในรอบ 1 ปี หรือกรณีผู้ป่วยรักษาโดยการฉีด insulin
 - 3) การทำงานของไตผิดปกติจากค่า serum BUN, Cr และ urine albumin
 - 4) ความดันเลือดสูง

5) เป็นเบาหวานชนิดพึ่ง insulin

6) ค่า cholesterol สูงกว่าปกติ (>200 มก./ดล.)

7) ดัชนีมวลกาย <20 หรือ >30 กก./ม.²

- ถ้าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่ง ควรส่งพบจักษุแพทย์ปีละ 1 ครั้ง และควรทำการตรวจ serum creatinine และ lipid profiles ปีละ 1 ครั้งเช่นกัน

- ถ้าไม่มีปัจจัยเสี่ยงใดเลย ส่งพบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อทำการตรวจ direct ophthalmoscope ปีละ 1 ครั้ง

- ในพื้นที่ที่มีความพร้อมควรจัดให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจตาโดยใช้เครื่องถ่ายภาพจอประสาทตา หรือตรวจตาโดยจักษุแพทย์ปีละ 1 ครั้ง ตั้งแต่เริ่มเป็นเบาหวาน

ค. ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนปลาย (diabetic neuropathy)

- ทำการตรวจเท้าโดยใช้ monofilament แก่ผู้ป่วยทุกราย ปีละ 1 ครั้ง

ถ้าตรวจพบเป็น high risk ให้ส่งพบแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

- ถ้าผู้ป่วยมีแผลเรื้อรัง เคยถูกตัดนิ้ว เท้า ขา หรือมีผลตรวจ monofilament เป็น high risk ควรทำการตรวจ serum creatinine และ lipid profiles ทุกปี

ง. การตรวจพิเศษอื่น ๆ

- ควรตรวจ HbA1C ปีละ 1-2 ครั้ง หรือตามแพทย์สั่ง

- ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ: ส่งตรวจทุก 1-3 ปีหรือเมื่อมีอาการสงสัยโรคหัวใจ

7. การให้

การดูแลต่อเนื่อง

แนวคิดสำคัญ

การให้บริการต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มเป็นโรคจนตลอดการดำเนินของโรค หรืออาจกล่าวได้ว่าจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต การดูแลต่อเนื่องเริ่มต้นด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย ทำให้เกิดความเชื่อมั่น ศรัทธาระหว่างกัน ผู้ให้บริการมีความใส่ใจ ติดตามดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม

สามารถปรับตัวกับโรค เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม และเฝ้าระวังให้การรักษาอยู่ในเป้าหมายที่เหมาะสมอยู่ตลอดเวลา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือความทุพพลภาพจากตัวโรคในระยะยาว

การให้การดูแลต่อเนื่อง ศูนย์สุขภาพชุมชนจะเปรียบเสมือน “แพทย์เจ้าของคนไข้” ที่ต้องติดตามดูแลคนไข้ของตนเองอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ จนสิ้นสุดการดำเนินของโรค

รูปธรรมของการให้บริการต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่

ก. การนัดผู้ป่วยรับยา

ผู้ป่วยเบาหวานส่วนมากจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยใช้ยา และต้องกินยาอย่างสม่ำเสมอทุกวัน การนัดผู้ป่วยรับยาจึงเป็นการให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง และติดตามปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสม ดังนั้น ระยะเวลาในการนัดรับยาในผู้ป่วยแต่ละรายอาจจะไม่เท่ากัน ขึ้นกับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาล

ศูนย์สุขภาพชุมชนควรมีระบบนัดที่เหมาะสมสามารถตรวจสอบได้ว่า แต่ละวันได้นัดผู้ป่วยคนไหนบ้าง มีการกระจายนัดผู้ป่วยให้มีจำนวนที่เหมาะสมสำหรับการตรวจรักษาในแต่ละวัน และสามารถจะระบุผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดได้ อาจจะเป็นระบบใช้เอกสาร ระบบคอมพิวเตอร์ หรือเทคนิคอื่น ๆ เช่น การใช้กล่องบัตรนัด

นอกจากนี้การนัดผู้ป่วยมารับยาหากคำนึงถึงความสะดวกของผู้ป่วยเป็นหลักจะทำให้เพิ่มอัตราการมารับยาตามนัดของผู้ป่วยด้วย ตัวอย่างเช่น

- ในบางพื้นที่หากมีการนัดผู้ป่วยจากหมู่บ้านเดียวกันมาในวันเดียวกัน ผู้ป่วยจะมีความสะดวกมากขึ้นในการมาตรวจด้วยกัน พร้อม ๆ กัน ผู้ป่วยสามารถมารถคันเดียวกัน และกลับด้วยกัน และไม่ลืมนัดด้วย
- ในบางพื้นที่ที่มีการนัดผู้ป่วยมาตรวจน้ำตาลในเลือดไว้ในตอนเช้า แล้วผู้ป่วยสามารถมารับยาหรือพบแพทย์ในตอนเย็นได้ เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องหยุดงานในวันนั้น

ข. การติดตามผู้ป่วยขาดนัด

ผู้ป่วยขาดนัดเป็นสัญญาณแรก ๆ ของการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมี

ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การไม่ตระหนักในอันตรายของตัวโรค ขาดความรู้ มีปัญหาด้านครอบครัว จิตสังคม เศรษฐกิจ เป็นต้น

ดังนั้น การติดตามผู้ป่วยขาดนัดจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยหันกลับมาให้ความร่วมมือในการรักษา และเป็นโอกาสที่จะได้ประเมินปัญหาที่แท้จริง และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วยขาดนัดอาจจะใช้ระบบการติดตามด้วยโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน หรือการติดตามโดยอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน หรือผู้นำชุมชน

ค. การเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การเยี่ยมบ้าน เป็นการดูแลต่อเนื้อที่มีประสิทธิภาพ เพราะทำให้ผู้ให้บริการเห็นสภาพที่แท้จริง วิถีชีวิต และปัญหาซึ่งเป็นบริบทของผู้ป่วย และยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีอีกด้วย

จุดประสงค์ในการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน

- ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและให้การดูแลเป็นองค์รวม เป็นการประเมินในเชิงลึก สามารถจะได้ข้อเท็จจริงที่ชัดเจนมากกว่าการพูดคุยที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งนอกจากจะได้ข้อมูลจากการพูดคุยสอบถามทั้งตัวผู้ป่วย ญาติ และเพื่อนบ้านใกล้ชิดแล้ว ยังสามารถสังเกตความเป็นอยู่ที่แท้จริงของผู้ป่วย และผู้ให้บริการสามารถสอดแทรกความรู้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโดยเฉพาะ
- ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการการแพทย์ เช่น ทำแผล กายภาพบำบัด ในผู้ป่วยที่มีความต้องการในการรับบริการ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุมาก ๆ ผู้ป่วยพิการ

ตัวอย่าง เกณฑ์การติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเบาหวาน กรณีศึกษา ศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้คือมีระดับน้ำตาลมากกว่า 180 มก./ดล. และมีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ทุกเดือนอยู่แล้ว จึงมีการกำหนดว่าจะมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อยทุก 3 เดือนเพื่อประเมินปัญหาที่บ้านและหาสาเหตุที่ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและร่วมกับครอบครัวเพื่อควบคุมเบาหวาน
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 140 มก./ดล. แต่น้อยกว่า 180 มก./ดล. กำหนดให้ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อยทุก 6 เดือน
3. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับหรือน้อยกว่า 140 มก./ดล. และไม่มีภาวะแทรกซ้อน กำหนดให้ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
4. ผู้ป่วยเบาหวานไปรับบริการที่สถานบริการอื่น เช่น โรงพยาบาลคลินิกโรงพยาบาลเอกชนติดตามเยี่ยมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
5. ผู้ป่วยเบาหวานขาดนัดการมารับบริการจำนวน 2 ครั้งติดต่อกันให้ติดตามเยี่ยมโดยครั้งแรกเจ้าหน้าที่ได้สอบถามข้อมูลเบื้องต้นจากอาสาสมัครสาธารณสุข และให้อาสาสมัครสาธารณสุขออกติดตามเยี่ยมเพื่อแนะนำให้ผู้ป่วยมารับบริการภายใน 1 สัปดาห์ หากผู้ป่วยไม่มารับบริการภายใน 1 สัปดาห์ให้เจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อเป็นการประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีปัญหาที่ซับซ้อนได้และจะได้เน้นให้เห็นอันตรายของการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง

ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) เป็นต้น

- ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามให้รับการรักษาต่อเนื่อง **ในกรณีผู้ป่วยขาดนัด** เป็นการให้บริการเชิงรุก เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการดูแลรักษาตนเองอย่างต่อเนื่อง

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานต้องมีการจัดทำเกณฑ์เพื่อกำหนดแผนการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากความถี่หรือความจำเป็นในการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยแต่ละรายไม่เหมือนกัน และยังขึ้นกับภาระงานของเจ้าหน้าที่อีกด้วย

8. การส่งต่อและ

การรับส่งต่อผู้ป่วย

แนวคิดสำคัญ

ในกรณีที่สภาวะของผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่นอกเหนือความสามารถของศูนย์สุขภาพชุมชน ต้องมีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน รวดเร็ว และเชื่อมโยงข้อมูลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับศูนย์สุขภาพชุมชน

ตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการคลินิกเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชน

ในแต่ละหน่วยบริการสามารถจะกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินมาตรฐานการบริการของตนเองตามแต่นโยบาย ยุทธศาสตร์ หรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง ตัวชี้วัดมีประเภทใหญ่ 3 ประเภท คือ

ก. ตัวชี้วัดเชิงปัจจัยนำเข้า (input indicator) มีจุดประสงค์เพื่อประเมินความพร้อมในการให้บริการ เช่น

- จำนวนบุคลากรเหมาะสมกับจำนวนประชากร
- มีการจัดสถานที่เหมาะสมสำหรับการให้บริการ
- มีแผนงานโครงการจัดบริการที่ชัดเจน
- มีแนวปฏิบัติการให้คำแนะนำปรึกษา
- มีอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นในการจัดบริการครบถ้วน
- ผู้ให้บริการผ่านการอบรมทักษะการให้คำปรึกษา/การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ข. ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ (process indicator) เพื่อใช้เป็นการควบคุมคุณภาพการให้บริการ และคาดหวังว่าการมีกระบวนการที่ดีจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี เช่น

- การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการตรวจรักษาผู้ป่วยเบาหวาน
- ร้อยละการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน
- ร้อยละของผู้ป่วยขาดนัด
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนตามเกณฑ์
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้ยา

ค. ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ (output indicator) เพื่อใช้เป็นการประเมินผลลัพธ์การให้บริการ ซึ่งมี 3 ประเภท คือ

1) **ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ระยะสั้น (intermediate outcome indicator)** ซึ่งสามารถวัดผล โดยใช้ช่วงเวลาที่ไม่ยาวนานนัก เช่น 1 เดือน 3 เดือน 1 ปี

- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยน้อยกว่า 140 มก./ดล.
- ร้อยละของผู้ป่วยที่มี HbA1C, 7%
- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีออกกำลังกายประจำ
- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

2) **ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ระยะยาว (long-term outcome indicator)** ซึ่งต้องใช้เวลาติดตามผู้ป่วยอย่างยาวนานเพื่อได้ผลลัพธ์ที่แสดงถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผลหรือความคุ้มค่าคุ้มทุนของการให้บริการ เช่น 5 ปี 10 ปี ซึ่งผลลัพธ์ระยะยาวเป็นตัวชี้วัดที่มีน้ำหนักที่สุดในการประเมินผลโครงการป้องกันส่งเสริมสุขภาพของโรคเรื้อรังอย่างโรคเบาหวาน

- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน
- อัตราตายของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน
- อุบัติการณ์ของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่

ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่นอกเหนือความสามารถของศูนย์สุขภาพชุมชน เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การนอนรักษาในโรงพยาบาล การตรวจตาโดยจักษุแพทย์ เป็นต้น จะต้องมีการส่งต่อผู้ป่วย โดยควรจะมีเอกสารนำส่งข้อมูลของผู้ป่วยระบุเหตุผลในการส่งต่อที่ชัดเจน มีการติดตามว่าผู้ป่วยได้ไปรับการตรวจหรือไม่ หรือกำลังอยู่ในขั้นตอนใดของการรักษา หน่วยที่รับส่งต่อ หากให้การดูแลผู้ป่วยเสร็จสิ้น และพิจารณาว่าสามารถกลับมารักษาต่อที่ศูนย์สุขภาพชุมชนได้ก็ควรมีการส่งเอกสารข้อมูลที่ระบุแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องกลับมายังศูนย์สุขภาพชุมชนด้วย การมีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน รวดเร็ว และเชื่อมโยงต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาล และศูนย์สุขภาพชุมชนมีเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับตัวผู้ป่วยและศูนย์สุขภาพชุมชนที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ซึ่งระบบข้อมูลข่าวสารซึ่งจัดการโดยระบบคอมพิวเตอร์ และระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตมีความสำคัญอย่างมาก

กรณี

ตัวอย่าง

ตัวอย่างปัญหาและการพัฒนาการจั้ดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามบริบทของศูนย์สุขภาพชุมชน: กรณีศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสี จังหวัดขอนแก่น

บริบทพื้นที่

- จำนวนประชากร 10,328 คน
- จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 293 ราย
- บุคลากรประจำจำนวน 6 คน (พยาบาลวิชาชีพ

ชีพ 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขบริหาร 1 คน และเจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข 1 คน)

การจัดบริการคลินิกเบาหวาน

การให้บริการคลินิกเบาหวาน 1 ครั้ง/สัปดาห์ แพทย์ออกตรวจ 2 ครั้ง/เดือน

จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 70-80 ราย/วัน

ขั้นตอนการบริการ (ภาพที่ 3.9)

ประเด็นปัญหาและแนวทางการพัฒนาการจั้ดบริการ (ตารางที่ 3.5)

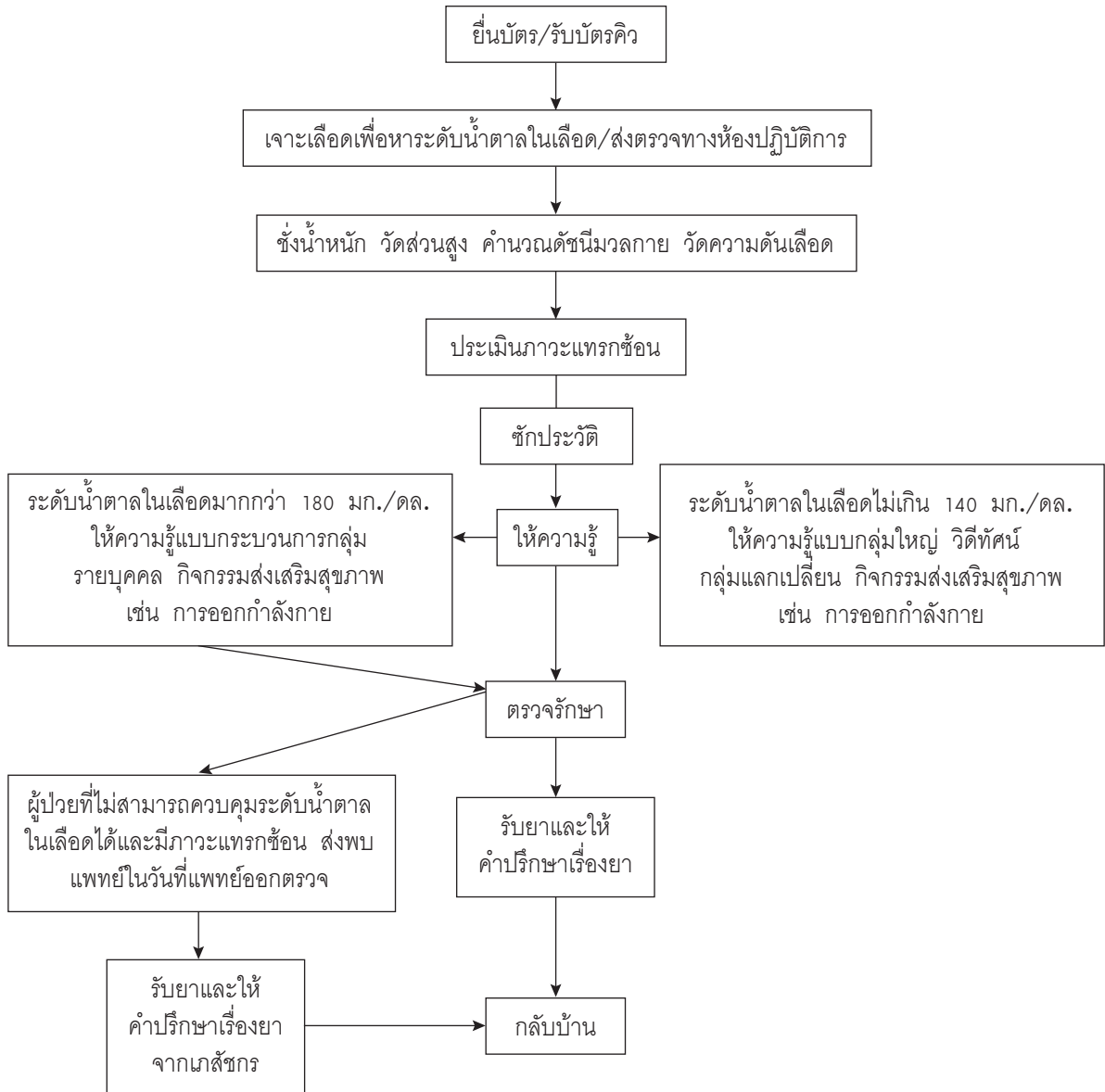
สรุปแนวคิดสำคัญในการพัฒนา

การบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน กรณีศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสี จังหวัดขอนแก่น

- มุ่งเน้นการจั้ดบริการผู้ป่วยเบาหวานให้ได้มาตรฐานของการบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชน ทำการพัฒนาการจั้ดบริการโดยมุ่งเน้นมาตรฐาน ผลักดันให้เกิดระบบบริการที่ผู้ป่วยเบาหวานเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว มีความพึงพอใจในการจั้ดบริการสอดคล้องกับมาตรฐานการจั้ดบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดบริการ

- ผลของการพัฒนาให้มีระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง จากที่ศูนย์สุขภาพชุมชนได้จั้ดบริการการดูแลผู้ป่วยในคลินิกเบาหวาน โดยมีการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานพบแพทย์ หรือส่งต่อโรงพยาบาลตามเกณฑ์การส่งต่อพบแพทย์และมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านและชุมชนโดยการนำเอาอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยมร่วมกับเจ้าหน้าที่ผลการจั้ดบริการต่อ

● ภาพที่ 3.9 ● ขั้นตอนการบริการในคลินิกเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชนโคกสี หลังการพัฒนา



เนื่อง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจที่ได้รับ การบริการที่สะดวก รวดเร็วในสถานบริการใกล้บ้าน

● **การจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญ้อัตรากำลังบุคลากรไม่เหมาะสม** การมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการทั้งเจ้าหน้าที่ของ ศูนย์สุขภาพชุมชนและผู้ให้บริการจากโรงพยาบาล

และอาสาสมัครสาธารณสุข ในการร่วมกันคิดวิ-เคราะห์และสะท้อนปัญหาพร้อมกันทุกขั้นตอนตั้งแต่ การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการ การวางแผน และตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาเหมาะสมกับ บริบท มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากร ส่ง ผลให้บุคลากรผู้ให้บริการเกิดความตระหนักในหน้าที่

● ตารางที่ 3.5 ● สรุปประเด็นปัญหาและแนวทางการพัฒนาการจัดบริการคลินิกเบาหวาน

ประเด็นปัญหา	แนวทางการพัฒนาตามบริบทและผลการพัฒนา
<p>อัตรากำลังไม่เหมาะสม</p> <p>อัตรากำลังในการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีจำนวนมาก ส่งผลให้การจัดกิจกรรมบริการในแต่ละขั้นตอนไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะกิจกรรมการให้ความรู้ ไม่มีเจ้าหน้าที่มาให้ความรู้ ขั้นตอนการบริการรอรับบริการ ขาดการมารับบริการตามนัด</p>	<p>พัฒนาการบริหารจัดการอัตรากำลังให้เหมาะสม ได้กำหนดการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยให้เจ้าหน้าที่พักบ้านพักและแม่บ้านขึ้นปฏิบัติงานก่อนในเวลา 07.00 น. เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการในเวลาเช้ามากเพื่อผู้ป่วยได้เจาะเลือดเร็วขึ้นจะไม่รู้สึกว่ารอนานและหิวจัดเกินไป เจ้าหน้าที่คนอื่นขึ้นปฏิบัติงานเวลา 07.30 น. มีเจ้าหน้าที่ตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไปแยกต่างหากและเมื่อตรวจเสร็จจึงมาช่วยบริการผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนั้นยังได้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนมาร่วมทีมในการจัดบริการโดยหมุนเวียนแต่ละหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 3 คน</p>
<p>ขั้นตอนการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน</p> <p>ขั้นตอนการจัดบริการคลินิกเบาหวาน เจ้าหน้าที่ไม่ได้ร่วมกันจัดทำแนวทางปฏิบัติแต่ละขั้นตอนให้ชัดเจน ประกอบกับไม่มีป้ายแสดงทิศทางขั้นตอนชัดเจนเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยปฏิบัติตามกันมาด้วยความเคยชิน ส่งผลให้การบริการไม่สะดวก ลำบาก ผู้ป่วยรอนานและสับสนการบริการ</p>	<p>การจัดทำแนวทางปฏิบัติแต่ละขั้นตอนการจัดบริการสุขภาพให้ชัดเจน เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีแนวทางในการปฏิบัติงานและจัดทำป้ายแสดงทิศทางติดไว้ให้ชัดเจนโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว มีป้ายแสดงทิศทางชัดเจน ผู้ป่วยไม่สับสน</p>
<p>ขั้นตอนการให้ความรู้</p> <p>เจ้าหน้าที่ไม่มีแนวทางการให้ความรู้แต่ละกลุ่มชัดเจน ส่วนใหญ่จะให้คำแนะนำขณะให้บริการ มีบางครั้งให้ความรู้แบบกลุ่มใหญ่ขณะรอตรวจแต่ไม่ได้ดำเนินการต่อเนื่อง</p>	<p>การให้ความรู้ได้จัดทำแนวทางการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานแต่ละกลุ่มชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและนำไปปรับใช้ในการดูแลตนเองได้ เจ้าหน้าที่มีแนวทางปฏิบัติแต่ละขั้นตอนทำให้การบริการผู้ป่วยได้สะดวก นอกจากนั้นเจ้าหน้าที่ยังได้พัฒนาศักยภาพของตนเองในการให้ความรู้ทำให้มีความมั่นใจในการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น</p>
<p>เกณฑ์การส่งผู้ป่วยพบแพทย์</p> <p>การจัดบริการให้ผู้ป่วยเบาหวานพบแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อเนื่องในวันที่แพทย์ออกตรวจ พบว่ายังไม่มีเกณฑ์ที่ชัดเจนการไม่เป็นแนวทางเดียวกันโดยพบว่าเจ้าหน้าที่บางคนไม่ทราบเกณฑ์การส่งพบแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์</p>	<p>เจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนและแพทย์ เกสัชกรได้ร่วมกันระดมสมองเพื่อกำหนดเกณฑ์การส่งผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษาเพื่อให้เป็นแนวปฏิบัติเดียวกันโดยได้ยึดแนวปฏิบัติในการจัดการให้บริการคลินิกเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชนของหน่วยสนับสนุนบริการหน่วยปฐมภูมิ ปี 2549 และแนวทางการปฏิบัติที่ได้มีการกำหนดไว้ตามเกณฑ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นปี 2540</p>

● ตารางที่ 3.5 ● สรุปประเด็นปัญหาและแนวทางการพัฒนาการจัดบริการคลินิกเบาหวาน (ต่อ)

ประเด็นปัญหา	แนวทางการพัฒนาตามบริบทและผลการพัฒนา
	<p>ผลการกำหนดเกณฑ์การผู้ป่วยเบาหวานพบแพทย์ พบว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนได้ดำเนินการส่งผู้ป่วยเบาหวานเพื่อตรวจรักษาจากแพทย์ตามแนวทางที่กำหนด ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการส่งพบแพทย์ตามเกณฑ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพปัญหาผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในเกณฑ์เร่งด่วนได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลได้เหมาะสม ก่อนการส่งต่อผู้ป่วยมีการเขียนใบส่งตัวและประสานงานกับโรงพยาบาลเกี่ยวกับข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อผู้ป่วยเบาหวานได้รับความสะดวก รวดเร็วขึ้น</p>
<p>การติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ไม่มีแนวทางและเกณฑ์ในการติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนชัดเจน เจ้าหน้าที่ไม่ได้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานครอบคลุม ส่วนใหญ่การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจะไปเยี่ยมเมื่อเข้าไปในหมู่บ้านร่วมกับกิจกรรมงานอื่นตามนโยบาย ไม่มีการวางแผนหรือแนวทางดูแลชัดเจน ผู้ป่วยเบาหวานบางรายไม่เคยได้รับการติดตามเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่</p>	<p>จัดบริการการติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของศูนย์สุขภาพชุมชน มีการกำหนดเกณฑ์และแนวทางการเยี่ยมบ้านของศูนย์สุขภาพชุมชน โคนสีให้ชัดเจนโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มติดตามเยี่ยมโดยเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและกลุ่มที่ต้องได้รับการติดตามเยี่ยมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยม ได้จัดทำกล่องเพื่อใส่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องได้รับการเยี่ยมเพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความสะดวกในการติดตามเยี่ยม ก่อนการเยี่ยมบ้านได้ร่วมกันวางแผนเพื่อปัญหาผู้ป่วยและกำหนดเป้าหมายการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยแต่ละรายหลังจากการเยี่ยมบ้านได้สรุปประเมินผลและกำหนดเป้าหมายการดูแลระยะสั้นและระยะยาว เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว พร้อมทั้งกำหนดการเยี่ยมครั้งต่อไปตามปัญหาและตามเป้าหมาย</p>
<p>สถานที่ไม่เป็นสัดส่วน สถานที่ในการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวานคับแคบ ไม่เป็นสัดส่วน ผู้ป่วยเบาหวานต้องนั่งรอกับผู้ป่วยทั่วไป ทำให้วุ่นวายพูดคุยเสียงดัง ผู้ป่วยไม่ได้ยินเจ้าหน้าที่เรียกชื่อและทำให้ที่นั่งรอตรวจไม่เพียงพอ ไม่ได้จัดแยกโต๊ะบริการแต่ละขั้นตอนทำให้แออัด ผู้ป่วยไม่กล้าซักถามปัญหาเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ขณะตรวจรักษาเนื่องจากสถานที่ไม่เป็นสัดส่วนกลัวคนอื่นได้ยินและเกรงใจผู้ป่วยอื่นที่นั่งรอบริเวณเดียวกัน</p>	<p>จัดห้องตรวจรักษาเป็นสัดส่วนโดยใช้ห้องตรวจทันตกรรมเดิมและมุมจัดมุมจ่ายยาเพื่ออำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่ที่จะจัดเตรียมยาได้ง่ายและสะดวก รวดเร็วขึ้นเพราะใกล้กับบริเวณตู้ยาเวชภัณฑ์ ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องรอรับยานานและจัดซื้อเก้าอี้ให้เพียงพอ จัดแยกโต๊ะบริการชัดเจน ผลการจัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วนและมีการจัดแยกโต๊ะบริการชัดเจนพบว่าผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวกไม่แออัด เก้าอี้ที่นั่งรอตรวจเพียงพอสำหรับห้องตรวจรักษาและมุมจ่ายยาที่เป็นสัดส่วนผู้ป่วยเบาหวานได้มีการพูดคุยซักถามปัญหาเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่มากขึ้น เจ้าหน้าที่ได้ให้คำปรึกษาผู้ป่วยกับญาติ ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาเรื่องยาและได้รับยาเร็วขึ้นจากการสอบถามผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจและให้ข้อคิดเห็นว่าห้องตรวจเป็นสัดส่วน สะอาด กว้างขวาง ไม่มีเสียงรบกวน</p>

รับผิดชอบและบทบาทการให้บริการต่อผู้ป่วยร่วมกันซึ่งจะช่วยให้การปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมาย สามารถแก้ไขปัญหาการจัดอัตราค่าล้างที่ไม่เหมาะสม

ได้เป็นอย่างดี ทำให้การจัดบริการในขั้นตอนต่างๆ สะดวก รวดเร็วขึ้นและผู้ป่วยได้รับการบริการครอบคลุมทุกกิจกรรม

ค

ความร่วมมือกับชุมชนท้องถิ่น: ภาคีความร่วมมือ การทำงานเบาหวานในชุมชน

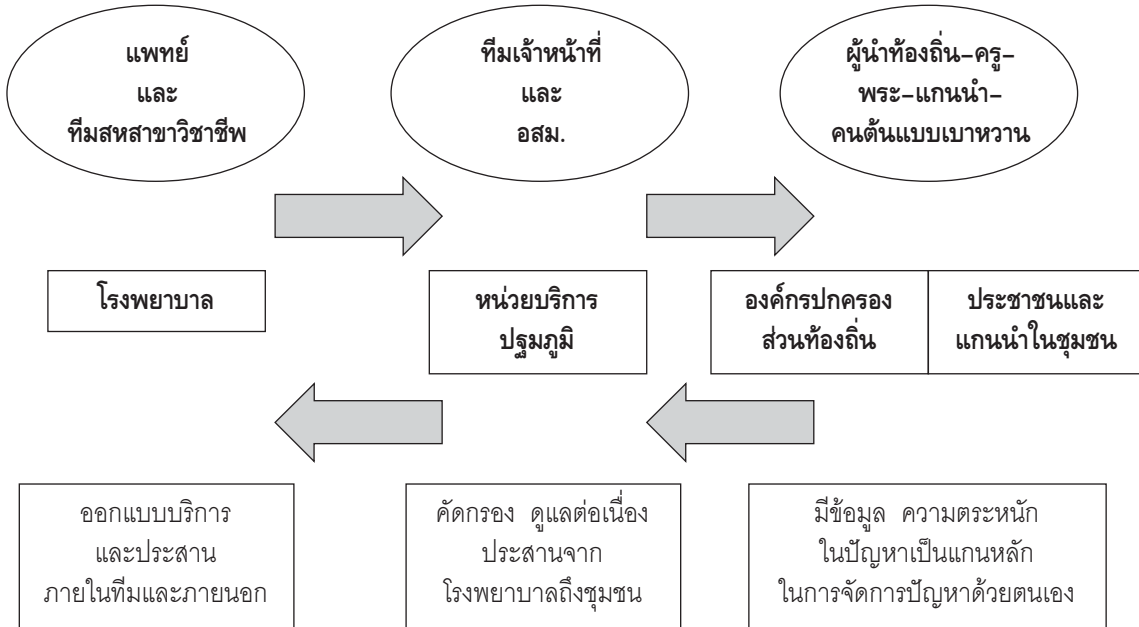
แนวคิด สำคัญ

ปัจจัยความสำเร็จของการจัดการปัญหาและดูแลโรคเบาหวาน ไม่ได้เกิดจากปัจจัยภายในของผู้ให้บริการเป็นหลัก แต่เกิดจากการมีส่วนร่วมสำคัญของคน และองค์กรในชุมชนที่ถูกปลูกให้ลุกขึ้นมาดำเนินการ จัดการตนเองและคนในชุมชนอย่างแข็งขัน ที่เรียกว่า **“ตัวต่ออันทรงพลัง”** โดยคนทำงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานต้องค้นหาเองให้ได้ ตัวต่ออันทรงพลัง คือ พลังผลักดันทุ่มเทรับผิดชอบอันยิ่งใหญ่ เป็นเหมือนตัวจักรสำคัญที่ทำให้ฟันเฟืองของระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสามารถขับเคลื่อนไปได้ ภาพจิ๊กซอว์ของการทำงานจะต้องถูกดึงมาประกอบกันได้อย่างถูกต้องทุกเวลา ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานต้องเข้าใจความสำเร็จส่วนหนึ่งเกิดจากพลังของเพื่อนร่วมงานกลุ่มนี้

องค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลและป้องกันเบาหวานในชุมชน ได้แก่ ชุดข้อมูลสำคัญในเชิงสถานการณ์ ภาวะปัญหา ศักยภาพความพร้อมของแต่ละภาคส่วน การวางแผน และวิธีพัฒนาความร่วมมือผ่านแผนงาน โครงการและกิจกรรมรวมทั้งแผนเพื่อการติดตามและประเมินผล

การทำงานเบาหวานในชุมชนนั้นนอกจากที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องมีความรู้ทั้งทางชีวการแพทย์และสังคมศาสตร์การแพทย์ ระบบบริการและการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถจัดการดูแลสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว

● ภาพที่ 3.10 ● กรอบคิดของคนสำคัญในการทำงานเบาหวานในชุมชน



กลยุทธ์การทำงานร่วมของภาคีชุมชนท้องถิ่น

- สร้างนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม
- กระตุ้นประชาชนให้เกิดความตระหนัก
- สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเบาหวานที่ถูกต้อง
- สนับสนุนให้เกิดการรวมตัวของกลุ่มเป้าหมาย (ปกติ-กลุ่มเสี่ยง-กลุ่มป่วย) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี
- ระดมและนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์
- จัดบริการเสริม การดูแลปกติให้กลุ่มเป้าหมาย

กิจกรรมหลัก

- การค้นหาตัวต่ออันทรงพลัง ประเมินศักยภาพ พัฒนาส่วนขาด (ความรู้ ทักษะ เครื่องมือ)
- แบ่งบทบาทหน้าที่ให้ดำเนินการ ติดตาม และร่วมพัฒนา
- จัดประสบการณ์การเรียนรู้ สรุปบทเรียน และขยายผลไปสู่ผู้อื่น

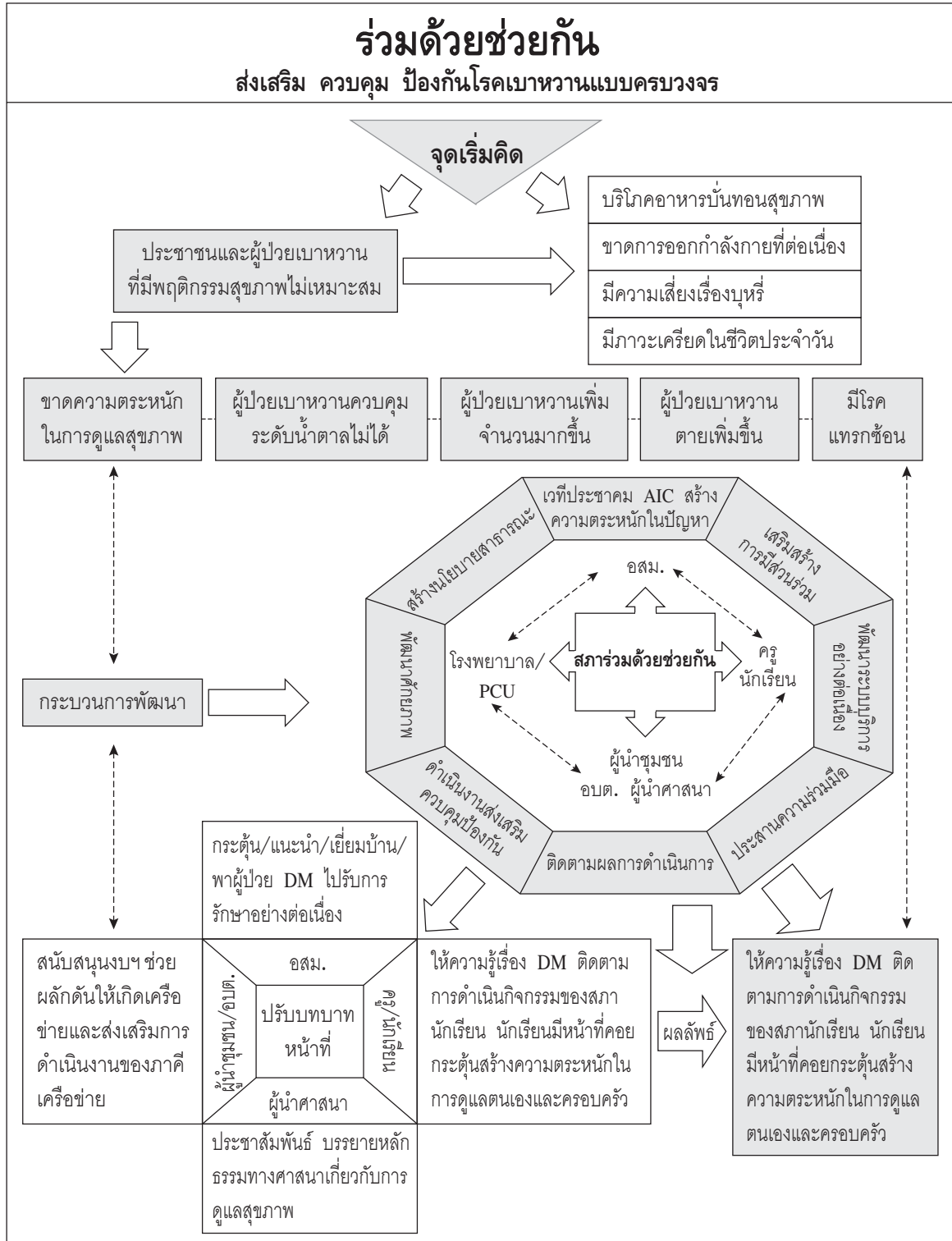
สิ่งสำคัญคือ การทำงานชุมชนนั้นต้องอยู่ภายใต้หลักคิดการดำเนินงานแบบความร่วมมือไตรภาคี โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำเป็นต้องเรียนรู้และสามารถ

เข้าใจศักยภาพความพร้อม บทบาทของแต่ละองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอย่างน้อยประกอบด้วยหน่วยบริการสาธารณสุข (โรงพยาบาลและเครือข่ายหน่วย

● ตารางที่ 3.6 ● กระบวนการสำคัญ: บทบาทและตัวอย่างกิจกรรมของแต่ละภาคี

ภาคีสำคัญ	บทบาท	ตัวอย่างกิจกรรมดำเนินการ
<p>คนในชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ผู้นำชุมชน ● ครู ● พระ ● แกนนำ/อสม. ● คนต้นแบบ 	<p>ค้นหาปัญหา วางแผนดำเนินการ ระดมทรัพยากร ติดตามผล</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จัดตั้งกลไกคณะทำงาน เช่น กรรมการสุขภาพชุมชน - เวทีประชาคมสะท้อนปัญหาชุมชน - การจัดทำแผนสุขภาพชุมชน - เวทีติดตามสถานการณ์ปัญหา - กิจกรรมตามบทบาท เช่น พระเทศน์เนื้อหาเพื่อส่งเสริมการบริโภคที่เหมาะสม ลดสิ่งเสพติด คุกกี้ผลไม้ ผลิตภัณฑ์สุขภาพสำหรับเด็กและผู้ปกครอง คนต้นแบบเป็นแบบอย่างในการสร้างพฤติกรรมชีวิตใหม่อยู่กับเบาหวานได้อย่างปกติสุข และพร้อมสนับสนุนคนต้นแบบเหล่านี้ให้ดึงดูคนในหมู่บ้านผู้ป่วยคนอื่นๆ ให้ปฏิบัติตามได้อย่างเป็นรูปธรรม
<p>องค์กรปกครองท้องถิ่น</p> <ul style="list-style-type: none"> ● อบต. ● เทศบาล ● อบจ. 	<p>สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ สนับสนุนงบประมาณ จัดบริการเสริม</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การสร้างนโยบายสนับสนุนโครงการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การออกกำลังกาย (สร้างลานกีฬา สวนสาธารณะ) อาหารสุขภาพในชุมชน (ลดอาหารหวาน-มัน-เค็ม การกินผักผลไม้ปลอดสารพิษมากขึ้น) กิจกรรมคลายเครียด ดนตรี สันทนาการ) - จัดแผนงบประมาณ 3 ปีด้านสุขภาพ - บริการเสริม เช่น รถรับส่งผู้เป็นเบาหวานเป็นกลุ่มตามพื้นที่ จัดซื้อเครื่องเจาะน้ำตาลในชุมชนเพื่อคัดกรองและติดตามการรักษา เป็นต้น - เพิ่มช่องทางสื่อสารประชาสัมพันธ์ เช่น จัดสื่อสิ่งพิมพ์เฉพาะ รณรงค์กิจกรรมเพื่อป้องกันโรคและภาวะเสี่ยง วิถีชุมชน เป็นต้น
<p>เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่</p>	<p>สนับสนุนวิชาการ พัฒนาศักยภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สะท้อนข้อมูลสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงในชุมชน - พัฒนาศักยภาพคนในชุมชน ให้ความรู้ ฝึกทักษะ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน - เปลี่ยนบทบาทจากเดิมที่เป็น “ผู้ให้” มาเป็น “ผู้สนับสนุน” ให้ชุมชนได้เรียนรู้ตนเอง หรือในฐานะพี่เลี้ยงและอยู่เบื้องหลังให้คำปรึกษาชุมชน - เชื่อมบทบาทประสานองค์กรภายนอกชุมชนเพื่อบูรณาการงาน - ร่วมดำเนินการ และติดตาม ร่วมประเมินผลทางการและไม่เป็นทางการ

● ภาพที่ 3.11 ● ตัวอย่างการทำงานเบาหวานแบบบูรณาการในชุมชนตำบลเกาะจัน อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี



ที่มา: พณพัตณ์ ใตเจริญวานิช. การจัดการบริการปฐมภูมิเรื่องการดูแลโรคเบาหวานในพื้นที่พิเศษจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส.) ภาคใต้; 2551. หน้า 53.

บริการปฐมภูมิ) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชน (ประชาชน แกนนำชุมชน) ทั้งนี้ การกำหนดเป้าหมายยุทธศาสตร์และกระบวนการพัฒนาร่วมกันเป็นความสำคัญ ซึ่งการดำเนินงานจะต้องสอดคล้องกับบทบาทและศักยภาพ การดำเนินงานของแต่ละภาคีอยู่ภายใต้การจัดการข้อมูลเพื่อการรับรู้ สะท้อนสถานการณ์ วางแผน ดำเนินการ ร่วมติดตามตรวจสอบกับผู้เกี่ยวข้องได้ (ภาพที่ 3.10)

ยุทธศาสตร์สำคัญการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชนประกอบด้วย การสร้างความร่วมมือใช้ประโยชน์จากแหล่งทรัพยากรในชุมชน การสร้างให้ชุมชนเป็นเจ้าของ โดยให้ตระหนักปัญหาและสามารถจัดการปัญหาตนเองได้ ทั้งนี้ต้องสามารถบูรณาการอยู่ในนโยบายสาธารณะ มาตรการและระบบงบประมาณที่มี รวมทั้งจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพ ทรัพยากรบุคคลในชุมชน

การทำงานเบาหวานในชุมชนมีหลักสำคัญ การทำงานมีหลายมิติ ขึ้นกับสภาพบริบทพื้นที่ ทั้งเรื่อง

ของสถานการณ์ปัญหาในชุมชน สภาพสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมในชุมชน ลักษณะของความเป็นชุมชน แนวคิด มุมมอง และองค์ความรู้ของทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในองค์กรต่างๆในพื้นที่ ตลอดจนศักยภาพความพร้อมของหน่วยบริการสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ทั้งวิถีคิด วิถีทำงาน ทักษะการทำงานในชุมชนของเจ้าหน้าที่ ตลอดจนทรัพยากรและการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องในเชิงบทบาทและกิจกรรมดำเนินการจึงมีความหลากหลาย (ตารางที่ 3.6)

รูปแบบการทำงานเบาหวานที่ทำให้เห็นความคิดแรกเริ่ม กระบวนการหลัก วิธีการที่สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้เกี่ยวข้องสามารถทำได้หลากหลายรูปแบบ กรณีศึกษาของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเกาะจัน (ภาพที่ 3.11) เป็นตัวอย่างหนึ่งที่เป็นนวัตกรรมการบริหารสุขภาพปฐมภูมิของการทำงานเบาหวานแบบบูรณาการในชุมชน

เพื่อนร่วมงานคนสำคัญในการทำงานเบาหวานในชุมชน

หลายปีก่อนอาจารย์ผู้ใหญ่ท่านหนึ่งสอนผมว่า ถ้าอยากจะทำหรือจัดการโครงการใด ๆ ให้ประสบความสำเร็จ ผู้บริหารนั้นต้องรู้ตัวอยู่เสมอว่าลำพังเฉพาะตนคนเดียวไม่สามารถจะทำงานนั้นให้สำเร็จ ล่วงไปได้อย่างรวดเร็ว เพราะคนเราจะมีความรู้ความชำนาญเพียงบางด้านเท่านั้น อีกหลาย ๆ ด้านต้องอาศัยความรู้จากประสบการณ์ ความชำนาญจากคนอื่น ๆ ซึ่งอาจจะจะเป็นเพื่อนร่วมงาน ลูกน้อง หรือผู้เชี่ยวชาญด้านอื่น ๆ นำมาประกอบกันเปรียบเหมือนภาพจิ๊กซอว์ ที่ตัวต่อแต่ละชิ้นต่างมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน งานนั้น ๆ จึงจะไปสู่จุดมุ่งหมายที่ต้องการได้

ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานก็เหมือนภาพจิ๊กซอว์ (ภาพที่ 3.10) ผมสร้างภาพนี้ไว้ในใจอย่างสดใสสวยงาม ภาพนั้นแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและมีคุณภาพ จากทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ในโรงพยาบาล มองเห็นภาพหมออนามัยทำงานร่วมกับ อสม. ช่วยกันคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวาน มีการคัดกรองโรคแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยอย่างครบถ้วน เมื่อแพทย์ควบคุมระดับน้ำตาลได้หมออนามัยสามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานของตนได้อย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล ผู้ป่วยเบาหวานคนใดมีความลำบากยากแค้นขาดคนดูแล ก็มีทีมหมออนามัยและอาสาสมัครติดตามดูแลเยี่ยมเยียนเฝ้าระวังและให้กำลังใจ มองไปอีกมุมหนึ่งของภาพก็เห็นประชาชนในตำบลรวมกลุ่มกันสร้างพฤติกรรมชีวิตใหม่ เลิกละเหล้าบุหรี่ ร่วมกันออกกำลังกายกันอย่างครึกครื้นสนุกสนาน หวนกลับไปมีวิถีชีวิตการกินอยู่เหมือนสมัยปู่ ย่า ตา ยาย มีน้ำพริก ผักพื้นบ้านเป็นอาหารหลัก ปลา ไข่ มีบ้างแต่ไม่บ่อยนัก ภาพแบบนี้แหละครับเป็นภาพวิสัยทัศน์หรือจินตนาการของคนที่คุณดูแลผู้ป่วยเบาหวานทุกคนอยากให้เห็น ถ้าแบ่งภาพนี้เป็นส่วน ๆ จะเห็นว่าประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญดังนี้

1. โรงพยาบาล
2. หน่วยบริการปฐมภูมิ
3. ประชาชนในชุมชน

ภาพจิ๊กซอว์ในส่วนของโรงพยาบาลประกอบด้วยตัวต่อสำคัญหลายตัว เช่น แพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม จักษุแพทย์ เป็นต้น) พยาบาลทั้งพยาบาลชุมชน พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลวอร์ดต่าง ๆ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร และอื่น ๆ อีกมากมายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง คนจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต้องสามารถผนึกกำลังของตัวต่อสำคัญเหล่านี้ให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างเข้าขาและสอดคล้องกัน

ภาพในส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือสถานีอนามัย ตัวต่อตัวนี้เปรียบเสมือนสะพานเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน ถ้าสะพานนี้มั่นคงแข็งแรงการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ พร้อม

ทั้งบริการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จากชุมชนสู่โรงพยาบาลก็จะเป็นไปด้วยความราบรื่นไม่ติดขัด ความสำคัญอีกประการหนึ่งของตัวต่อตัวนี้คือ ความที่เป็นสถานบริการทางสาธารณสุขที่ใกล้ชิดประชาชนที่สุด คือเรียกได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนย่อมมีศักยภาพที่จะโน้มน้าวเหนี่ยวนำให้กลุ่มคนในชุมชนตระหนักว่าการดูแลสุขภาพให้ได้ดีต้องร่วมมือกัน ไม่สามารถจะใช้วิธีฝากผีฝากไข้ได้เหมือนเมื่อก่อน ประเด็นสำคัญก็คือ การสร้างพฤติกรรมชีวิตใหม่หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุน

ภาพกิจกรรมส่วนที่สำคัญที่สุดที่ผมเรียกว่า **“เพื่อนร่วมงานคนสำคัญ”** ตัวต่อกลุ่มนี้มีส่วนกำหนดความสำเร็จหรือล้มเหลวของระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นอย่างมาก **“เพื่อนร่วมงานคนสำคัญ”** กลุ่มนี้คือประชาชนในชุมชนที่ร่วมดูแลสุขภาพกับเราอยู่นั้นแหละครับ ในกลุ่มของตัวต่อกลุ่มนี้ประกอบด้วยบุคคลหลากหลายที่มีบทบาทหรือสถานะในชุมชนแตกต่างกัน (ตารางที่ 3.6 และภาพที่ 3.11) แต่ในบทบาทที่ไม่เหมือนกันนั้นต่างก็เป็นกำลังสำคัญที่จะเกื้อหนุนให้ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างราบรื่น ยกตัวอย่างเช่น **พระภิกษุ**หลายรูปอันเป็นที่เคารพนับถือของคนในชุมชน ท่านสามารถใช้บทบาทความเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ เทศนาสั่งสอนโน้มน้าวคนในชุมชนหันหน้ามาสู่พฤติกรรมชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการหลีกเลี่ยงอบายมุขและสิ่งเสพติด บางวัดถึงกับมีกฎเหล็กไม่ว่าจะมีงานบุญงานศพใด ๆ ก็ห้ามสิ่งเหล่านี้เข้ามาข้องแวะในวัดอย่างเด็ดขาด วัดบางแห่งชักชวนคนเข้ามาใช้สถานที่ของวัดเพื่อการออกกำลังกายเป็นกลุ่มเป็นก้อน นอกจากได้สุขภาพดีแล้ว ยังได้สนุกสนานเฮฮา เกิดความสัมพันธอันดีของคนในชุมชนเป็นผลพลอยได้ มีพระภิกษุจำนวนไม่น้อยที่เป็นห่วงสุขภาพของคนในตำบล ช่วยแนะนำชาวบ้านเรื่องวิถีชีวิตการกินการอยู่ที่เหมาะสม (ไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม) เพื่อป้องกันโรคภัยเช่นเบาหวาน จะเห็นได้ว่าตัวต่อกลุ่มนี้มีความสำคัญไม่น้อย ถ้าคนที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสามารถเข้าถึงถึงมาเป็นแนวร่วมได้ จะได้แรงผลักดันอันยิ่งใหญ่ ทำให้เกิดการสร้างพฤติกรรมชีวิตเพื่อสุขภาพดีสำหรับคนในชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ผู้นำท้องถิ่น เช่น นายก อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ก็มีส่วนสำคัญมิใช่น้อย บางท่านเป็นบุคคลที่ชาวบ้านเคารพนับถืออยู่แล้ว บางท่านก็มีความมุ่งมั่นสร้างผลงานเพื่อประชาชนในฐานะที่ชั้นอาสาเข้ามาทำงาน ตัวต่อกลุ่มนี้มีศักยภาพในบทบาทผู้นำตามตำแหน่งครับ ถ้าเห็นด้วยกับระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน แรงสนับสนุนอย่างเป็นทางการโดยเฉพาะงบประมาณของท้องถิ่นจะได้รับความสะดวกเป็นอย่างยิ่ง

ตัวต่อที่สำคัญอีกกลุ่มหนึ่งคือ **ครู** ในหลายชุมชนครูมีบทบาทสำคัญในการนำทิศทางของคนในชุมชนนั้น ๆ เพราะตามสถานะที่ครูมีหน้าที่อบรมสั่งสอนบุตรหลานของคนในชุมชน ความนับหน้าถือตาจะเกิดขึ้นตามธรรมชาติ บวกกับแรงสำคัญอีกแรงหนึ่งคือเด็กนักเรียน ถ้ามีการถ่ายทอดเรื่องราวความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อการป้องกันโรคเบาหวานให้แก่เด็กนักเรียน เราจะได้ประโยชน์ 2 อย่าง

- เด็กจะเกิดการเรียนรู้ตั้งแต่เล็ก ๆ เพื่อกล่อมเกล่าให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกับตัวเอง เช่น รู้จักเลือกกินอาหารที่เหมาะสม ดูแลตัวเองไม่ให้อ้วน เล่นกีฬาออกกำลังกายเป็นกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น
- เด็กจะส่งผ่านสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปสู่พ่อ แม่ ญาติผู้ใหญ่ ด้วยความรักที่มีในครอบครัวอาจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างเป็นรูปธรรม

กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน กลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่ทุ่มเทแรงกายแรงใจให้อย่างมาก ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสามารถเข้าถึง เข้าใจ ติดตามความรู้เรื่องสุขภาพให้แก่สม. และเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันกับตัวต่อกลุ่มนี้ได้ เราจะมีแนวร่วมที่มีศักยภาพสูงแทรกซึมเข้าถึงทุกบ้าน ทุกคุ้ม ทุกหมู่ในชุมชน เกิดเป็นขุมกำลังอันสำคัญที่จะเข้าถึงทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยได้แบบตัวต่อตัว

ถ้าในชุมชนใดมีกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานอยู่แล้ว เป็นหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องพยายามค้นหาผู้ป่วยที่เป็นบุคคลต้นแบบ (good model) หรืออาจจะเรียกว่าผู้ป่วยชั้นดีที่สามารถเป็นแบบอย่างในการสร้างพฤติกรรมชีวิตใหม่อยู่กับเบาหวานได้อย่างปกติสุข และพร้อมสนับสนุนคนต้นแบบเหล่านี้ให้ดึงดูดใจมนำผู้ป่วยคนอื่น ๆ ให้ปฏิบัติตามได้อย่างเป็นรูปธรรม คนต้นแบบเป็นตัวต่อตัวที่สำคัญในชุมชน เพราะสามารถถ่ายทอดแนวทางปฏิบัติตัวในฐานะที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานเหมือนกัน อยู่ในสิ่งแวดล้อมสังคมเดียวกัน และสามารถจะถ่ายทอดได้ทั้งความรู้และความรู้สึกครับ

เพื่อนร่วมงานคนสำคัญที่สุดในชุมชนสำหรับผม ในที่นี้จะเรียกว่า “ตัวต่ออันทรงพลัง” คนทำงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานต้องค้นหาเองในชุมชนครับ บางชุมชนตัวต่ออันทรงพลังคนนี้อาจจะเป็นกำนัน พระคนต้นแบบ หรือใครต่อใครที่กล่าวถึงมาแล้วข้างต้น คุณสมบัติสำคัญของตัวต่อตัวนี้คือพลังผลักดันทุ่มเทรับผิดชอบอันยิ่งใหญ่ เป็นเหมือนตัวจักรสำคัญที่ทำให้ฟันเฟืองของระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสามารถขับเคลื่อนไปได้ ถ้าใครค้นพบ “ตัวต่ออันทรงพลัง” นี้ถือว่าระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนประสบความสำเร็จไปแล้วกว่าครึ่ง

ภาพจิ๊กซอว์ของเพื่อนร่วมงานคนสำคัญจะสมบูรณ์ชัดเจนไม่ใช่เป็นเพียงภาพฝัน เกิดจากการที่เราดึงตัวต่อสำคัญ ๆ เหล่านี้มาประกอบกันได้อย่างถูกที่ถูกเวลา บางตัวต่อเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ บางตัวต่อต้องพยายามค้นหาให้พบ ปัจจัยสำคัญอยู่ที่ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานเข้าใจหรือไม่ว่าความสำเร็จส่วนหนึ่งเกิดจากพลังของเพื่อนร่วมงานกลุ่มนี้

โดย นพ.นิพัทธ์ กิตติมานนท์

S

ระบบการจัดการข้อมูล และการสนับสนุนเรื่องข้อมูล ความรู้ และการจัดการตนเอง

ระบบการจัดการข้อมูลสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน สามารถแบ่งเป็น 2 ด้านใหญ่ ได้แก่

1. ระบบข้อมูลข่าวสารในสถานพยาบาลเพื่อการจัดการโรคเบาหวาน
2. การสนับสนุนเรื่องข้อมูล ความรู้ และการจัดการตนเอง

1. ระบบข้อมูลข่าวสารในสถานพยาบาล

เพื่อการจัดการโรคเบาหวาน (ภาพที่ 3.12)

ก. ระบบข้อมูล

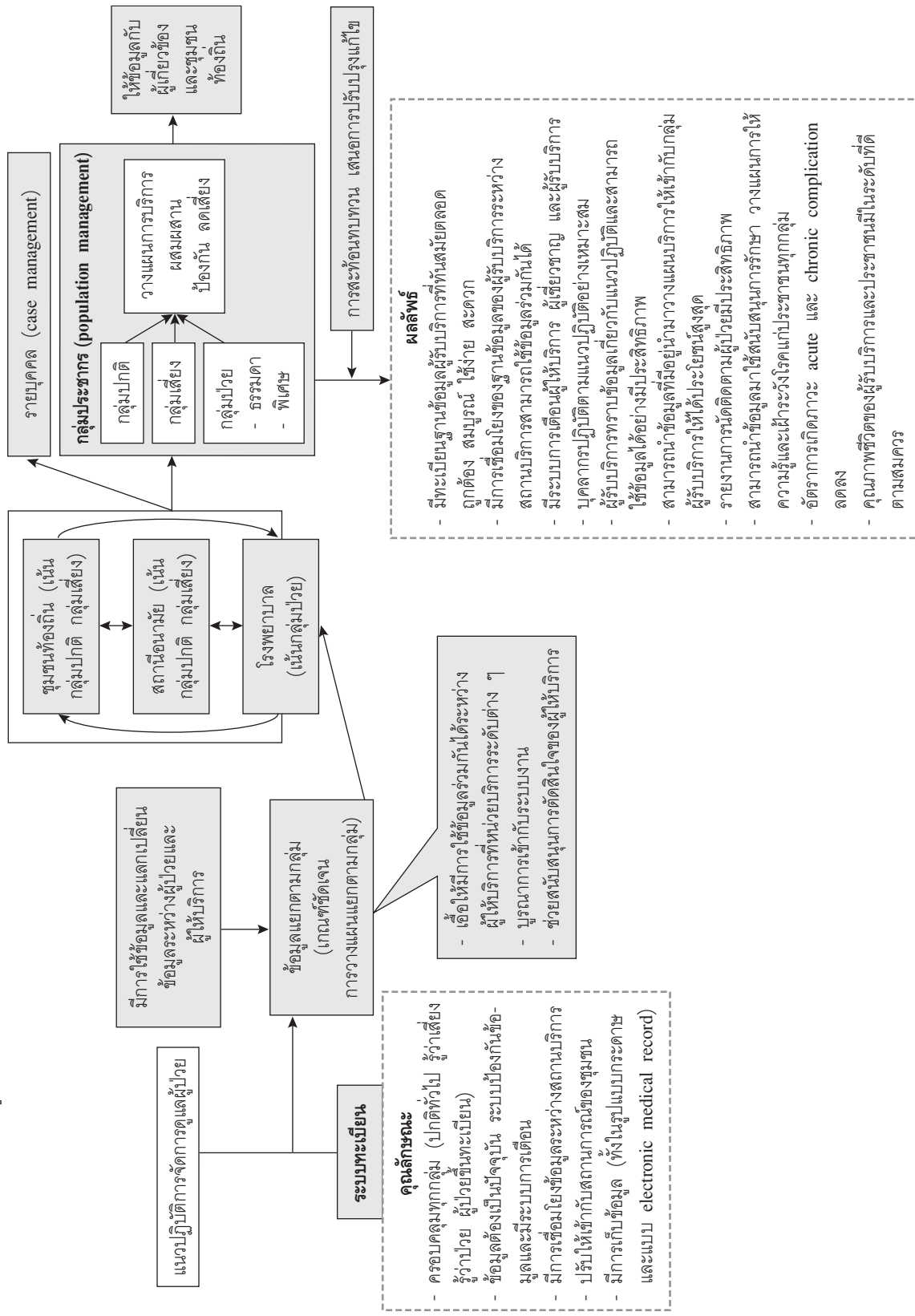
ระบบข้อมูลที่ควรจัดเก็บ ประกอบด้วย

(1) ทะเบียนประชากรในชุมชนที่รับผิดชอบ ที่แยกเป็นกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติ เพื่อวางแผนการจัดกิจกรรมดูแล ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ

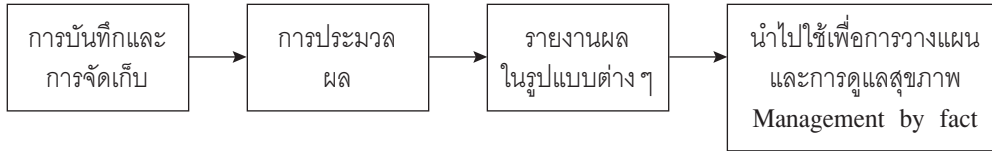
(2) ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการที่สถานพยาบาล เพื่อการติดตาม ดูแลต่อเนื่องได้อย่างครอบคลุม

ในกรณีที่เป็นโรงพยาบาลควรมีข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดที่มาใช้บริการ แยกเป็นผู้ป่วย

● ภาพที่ 3.12 ● ระบบข้อมูลข่าวสารในสถานพยาบาลเพื่อการจัดการโรคเบาหวาน



● **ภาพที่ 3.13** ● ขั้นตอนในการจัดการระบบข้อมูลข่าวสาร



ในเขต นอกเขต รวมทั้งผู้ป่วยที่ส่งต่อไปยังสถานบริการปฐมภูมิ

(3) **ข้อมูลรายบุคคลของผู้รับบริการ** เป็นรูปแบบแฟ้มเอกสาร หรืออยู่ในฐานคอมพิวเตอร์ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย การป้องกันและรักษาโรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน

(4) **ข้อมูลชุมชน** ได้แก่ ลักษณะบริบททางกายภาพ สภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิต และพฤติกรรมที่เป็นภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน คนต้นแบบที่ควบคุมเบาหวานได้ดี ต้นทุนศักยภาพของชุมชน ที่เป็นส่วนการป้องกันโรค และลดภาวะเสี่ยงรวมทั้งศักยภาพในการจัดการตนเองของชุมชน เพื่อใช้ประกอบการวางแผนการดำเนินงาน

(5) **ข้อมูลที่รวบรวมวิเคราะห์เป็นรายงานที่แสดงถึง**

สถานการณ์ชุมชน

● สถานการณ์ความเสี่ยงของประชากรในชุมชน

- อุบัติการณ์ผู้ป่วยใหม่
- ความชุกของผู้ป่วย

ประเมินผลสถานพยาบาล

● สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้

● ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการที่สถานพยาบาล

● อัตราการตายด้วยภาวะที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน

ผลลัพธ์สุขภาพระดับบุคคล

● ระดับผลการรักษา แนวโน้มของโรค การจัดการระบบข้อมูลข่าวสาร ในคลินิกเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชน ควรมีการวางแผนอย่างเป็นระบบ โดยเน้นถึงการนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ต่อการวางแผน และประเมิน การทำงานทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและการดำเนินการจัดบริการสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน

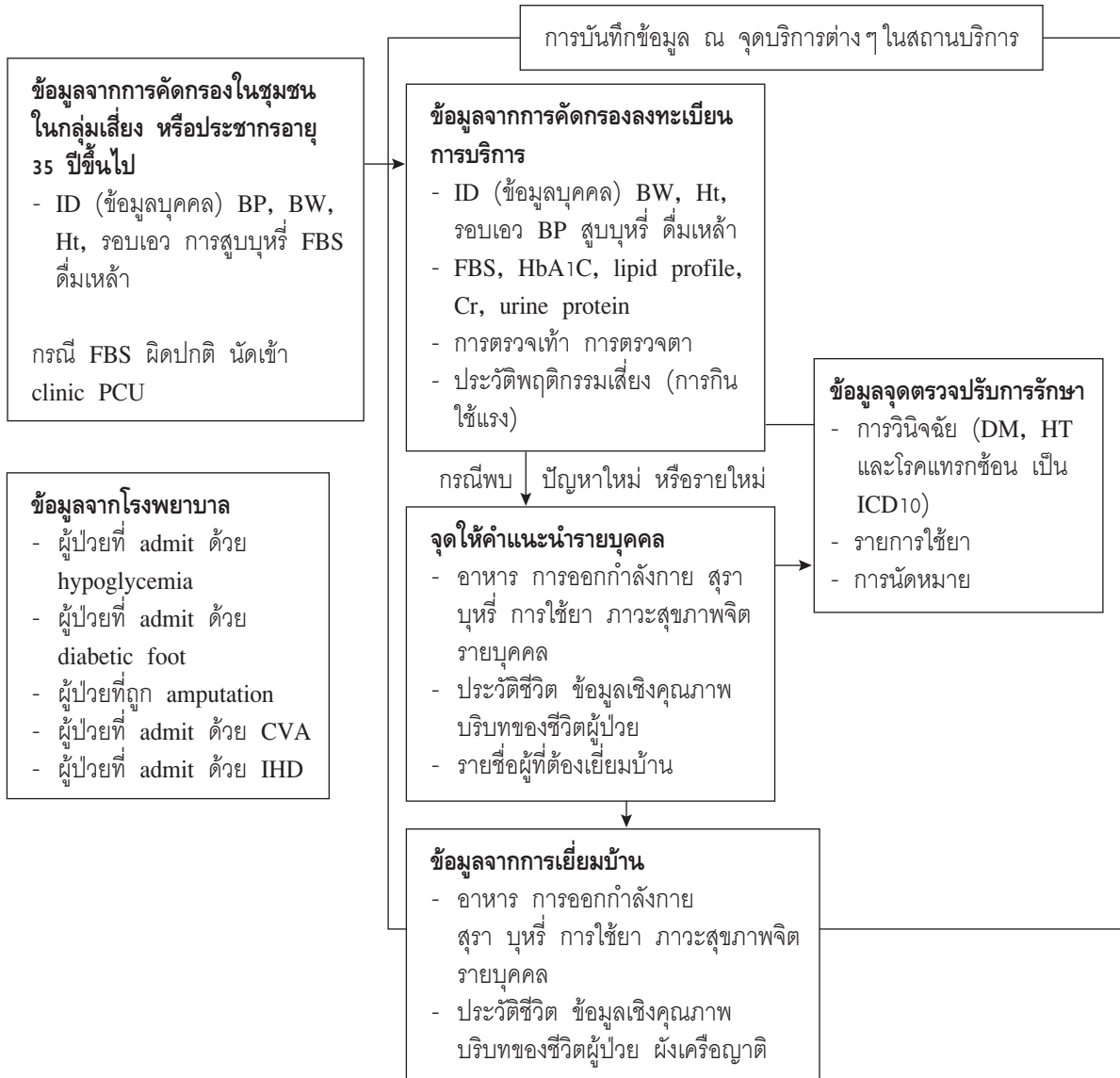
ในกระบวนการพัฒนาระบบข้อมูล ควรมีการวางระบบ โดยเริ่มต้นที่การทำงานว่าต้องการรายงานหรือข้อมูลอะไร เพื่อช่วยการตัดสินใจ แล้วออกแบบการเก็บข้อมูล การประมวลผล และการจัดทำรายงานที่เหมาะสมเพื่อให้รายงานที่ต้องการเนื่องจากบริบทของระบบข้อมูล (ภาพที่ 3.13) ในแต่ละแห่งในปัจจุบันมีการจัดเก็บ และการประมวลผล การจัดทำรายงานหลายรูปแบบ จึงจะเสนอแนวคิดตัวอย่างโครงสร้างระบบรายงานและข้อมูลที่จำเป็น โดยแต่ละแห่งสามารถปรับปรุงต่อยอดการจัดการข้อมูลให้ดีขึ้นได้ด้วยตนเอง (ภาพที่ 3.14 และตารางที่ 3.7)

ข. การออกแบบการเก็บข้อมูล

ควรออกแบบการเก็บข้อมูลที่มีลักษณะดังนี้

(1) **ไม่ซ้ำซ้อน** แม้จะมีการจัดเก็บจากหลายจุดบริการ แต่ควรจัดเก็บเป็นฐานข้อมูลเดียวกัน

● ภาพที่ 3.14 ● ข้อมูลที่บันทึกจัดเก็บในกระบวนการให้บริการจุดต่างๆ



(2) สามารถจัดเก็บได้ขณะที่ทำงาน (real time) โดยผู้ปฏิบัติงาน เพื่อเป็นปัจจุบัน เช่น การใช้ระบบ LAN ในเครือข่ายคอมพิวเตอร์ที่จุดบริการต่างๆ

(3) การออกแบบการจัดเก็บข้อมูลให้เหมาะสมและคล่องตัว เพื่อสามารถนำมาประมวลผล เพื่อทำรายงานหรือวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

โดยการจัดเก็บข้อมูล มีทั้งส่วนที่จัดเก็บในระบบโปรแกรมจัดการข้อมูล (software) และส่วนที่จัดเก็บ

เป็นเอกสารใน family folder ตามความเหมาะสมต่อการนำมาใช้ โดยข้อมูลเชิงปริมาณที่ต้องนำมาแจกแจง ในการประมวลผลรายงานควรออกแบบเก็บข้อมูลในระบบโปรแกรมจัดการข้อมูล (software) ขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพเฉพาะบุคคล ครอบครัว ควรมีการจัดเก็บในรูปแบบเอกสารบันทึก เพื่อนำมาทบทวนปรับปรุง ขณะดูแลรายบุคคล

การออกแบบกระบวนการเก็บข้อมูลและรูปแบบ

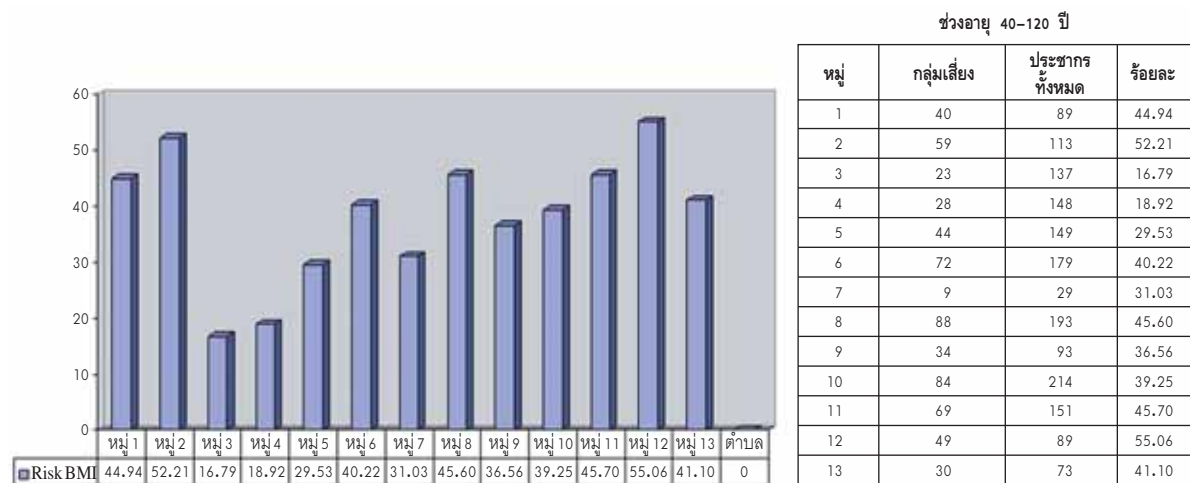
● ตารางที่ 3.7 ● ข้อมูลที่ควรมีและแนวการใช้ข้อมูล

ข้อมูล	วิธีการจัดเก็บ/แหล่งข้อมูล	การใช้ประโยชน์ข้อมูล
1. ข้อมูลพื้นฐาน: เพศ อายุ เวลาที่เริ่มเป็นเบาหวาน ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ประเภทผู้ป่วยเก่า/ใหม่ในปี รวมทั้งน้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย	การสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลในแฟ้มครอบครัว บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคล หรือในโปรแกรมคอมพิวเตอร์	<ul style="list-style-type: none"> ทราบลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยเบาหวานในความรับผิดชอบ เช่น จำแนกตามกลุ่มอายุ จำแนกตามระยะเวลาที่เป็น คำนวณอัตราการเกิดโรคใหม่ในแต่ละปี ความชุกของโรค
2. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ: ความสม่ำเสมอในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การมีภาวะความเครียดหรือซึมเศร้า	ตั้งเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สัมภาษณ์และเก็บข้อมูลในรูปแบบแบบประเมินรายบุคคล เป็นรายเดือน หรือรายปี	<ul style="list-style-type: none"> วิเคราะห์ภาพรวมของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อใช้วางแผนงานโครงการ วัดประสิทธิภาพของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและปรับพฤติกรรมสุขภาพ
3. ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ: ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย HbA1C, ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันเลือด ผลการตรวจตา การตรวจปัสสาวะ การตรวจเท้า	บันทึกผลการตรวจในแฟ้มสุขภาพชุมชน หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์อย่างสม่ำเสมอ บันทึกข้อมูลให้เห็นภาพ เน้นแต่ละปี ดูแนวโน้มเปรียบเทียบดูได้ง่าย	<ul style="list-style-type: none"> ทราบประสิทธิภาพในการให้การรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งด้านการรักษา การลดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ใช้เป็นผลลัพธ์ระยะสั้นในการติดตามผลกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
4. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน: การวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนโดยแพทย์ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคอัมพาต โรคจอประสาทตาเสื่อม การมีแผลเรื้อรังที่เท้า การตัดเท้า	การบันทึกการวินิจฉัยในแฟ้มครอบครัวหรือบัตรตรวจโรครายบุคคล หรือในโปรแกรมคอมพิวเตอร์	<ul style="list-style-type: none"> ทราบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน ใช้เป็นผลลัพธ์ระยะยาวของการติดตามประเมินผลกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
5. ข้อมูลการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม: การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา การทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ข้อมูลชมรมส่งเสริมสุขภาพ และปริมาณกิจกรรม	บันทึกการทำกิจกรรมลงในแฟ้มครอบครัว บัตรตรวจสุขภาพ หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ทุกครั้ง ที่ทำกิจกรรมกับผู้ป่วยแต่ละคนแต่ละครั้ง	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลเชิงปริมาณในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นผลงานเชิง input หรือ process ในการดำเนินการคลินิกเบาหวาน
6. ข้อมูลกรณีศึกษารายบุคคล: เรื่องราวการดำเนินโรค วิธีการรักษา การดูแลตนเอง บริบทสภาพแวดล้อม ครอบครัว สังคม วัฒนธรรม ที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งผู้ดูแลตนเองได้ดี และผู้ที่มีปัญหา	จัดทำแบบบันทึกเรื่องราวของผู้ป่วยเป็นรายการกรณีศึกษาในรูปแบบที่เหมาะสม เข้าใจง่าย นำไปถ่ายทอดได้	<ul style="list-style-type: none"> สามารถนำมาสรุปเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพที่แสดงหลากหลาย คุณค่า และความละเอียดอ่อนของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของศูนย์สุขภาพชุมชน นำไปใช้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยในรายที่ซับซ้อน

● ตารางที่ 3.8 ● ตัวอย่างการสร้างรายงานวิเคราะห์

กิจกรรม	รายงานที่ช่วยการตัดสินใจ และใช้วางแผนงาน	การใช้งาน
การคัดกรองโรคเบาหวาน ในกลุ่มเสี่ยง ในชุมชน	1. จำนวนประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีดัชนีมวลกาย > 25 กก./ม. ² เทียบรายหมู่บ้าน 2. รายชื่อประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีดัชนีมวลกาย > 25 กก./ม. ² พร้อมข้อมูลการตรวจคัดกรอง	นำข้อมูลวิเคราะห์เพื่อเลือกดำเนินการใน หมู่บ้านที่มีปัญหา และใช้รายชื่อเพื่อกำหนด กลุ่มเป้าหมาย ในการดำเนินกิจกรรม และ การติดตามกิจกรรม

● ภาพที่ 3.15 ● กราฟแท่งแสดงร้อยละของประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจำแนกตามรายหมู่บ้าน



การเก็บข้อมูลมีความหลากหลายในแต่ละแห่ง เช่น กระบวนการให้ได้มาของข้อมูล สุขภาพรายบุคคล ได้แก่ เส้นรอบเอว น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปอาจมีวิธีการเก็บข้อมูลต่างกัน

ก. การประมวลผลและการนำมาใช้

การประมวลผลเพื่อทำรายงานหรือการวิเคราะห์ ถือว่ามีความหลากหลายในวิธีการประมวลผล (ตารางที่ 3.8) การกำหนดวัตถุประสงค์ของรายงานว่ารายงานการวิเคราะห์ดังกล่าวต้องการนำมาใช้เพื่อทำอะไร ช่วยในการตัดสินใจในงานได้อย่างไร มีความสำคัญ

เป็นอย่างยิ่งก่อนการออกแบบรายงาน

จากกราฟ (ภาพที่ 3.15) ร้อยละของประชากรที่อายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีดัชนีมวลกาย > 25 กก./ม.² เทียบรายหมู่บ้าน เป็นการนำข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงของประชากรที่เก็บจากการสำรวจในชุมชน และจากการมารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน นำมารวมเป็นฐานข้อมูลเดียวกัน และมาคำนวณดัชนีมวลกาย นับจำนวนเทียบกับประชากรแต่ละหมู่บ้านเป็นสัดส่วน (ร้อยละ) ทำให้เห็นปัญหาในกลุ่มเสี่ยงรายหมู่บ้าน ว่าหมู่บ้านไหนมีสัดส่วนกลุ่มเสี่ยงสูง

ขณะเดียวกันการจัดทำรายชื่อกลุ่มเสี่ยงรายหมู่บ้านที่ระบุว่าเป็นความดันเลือดสูงหรือเบาหวาน

● ตารางที่ 3.9 ● ทะเบียนรายชื่อผู้ที่เป็กลุ่มเสี่ยง

รายชื่อผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./ม.² หมู่ 3 ตำบล... ช่วงอายุ 40 ปี- จำนวน 23 คน ชาย 5 คน หญิง 18 คน

No.	PID	บัตรประชาชน	ชื่อ-นามสกุล	เพศ	อายุ	ที่อยู่	DM	HT	LP	BMI	FBS	FBS date
1	1109		นาง...	หญิง	40 ปี 11 เดือน	114...ม.3				26.6	0	/ /
2	1134		นาย...	ชาย	49 ปี 0 เดือน	139...ม.3		T		27.3	0	/ /
3	1169		-	หญิง	47 ปี 5 เดือน	163...ม.3				28.6	0	/ /
4	1175		นาย...	ชาย	58 ปี 9 เดือน	165...ม.3	T	T		25.6	98	04/09/07
5	1178		-	หญิง	51 ปี 7 เดือน	165...ม.3				26.2	0	/ /
6	1208		นาง...	หญิง	45 ปี 11 เดือน	204...ม.3				30.4	0	/ /
7	1219		-	หญิง	52 ปี 6 เดือน	209...ม.3				32.2	0	/ /
8	1236		-	หญิง	54 ปี 9 เดือน	212...ม.3				27.8	84	01/10/04

หรือไม่ เคยตรวจระดับน้ำตาลครั้งสุดท้ายเมื่อไร และระดับน้ำตาลเท่าไร ดังตัวอย่างในตารางที่ 3.9 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน 1 ราย ตรวจระดับ FBS ครั้งสุดท้าย 04/09/2550 และมีผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน เคยตรวจระดับ FBS มาแล้ว 1 ราย เมื่อปี พ.ศ.2547 ทำให้เราสามารถระบุกลุ่มเป้าหมายได้ ชัดเจนว่าใครบ้างที่ควรทำการคัดกรองระดับน้ำตาล ในเลือดในหมู่บ้านนี้ และใช้ประเมินติดตามการดำเนินการเป็นระยะได้ตลอดเวลา

การออกแบบการประมวลผลและการสร้างรายงานวิเคราะห์ยังมีความหลากหลายในแต่ละพื้นที่ที่ได้กล่าวมาแล้ว ควรมีทีมเพื่อวางแผนสร้างระบบข้อมูลข่าวสาร โดยเน้นวัตถุประสงค์การนำมาใช้เพื่อการตัดสินใจ (management by fact) และสร้างประโยชน์ในการทำกิจกรรม ตลอดจนวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการดำเนินการมากกว่าการทำรายงานเพื่อการจัดส่งโดยไม่มีกรนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม

จ. การออกแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลที่จะช่วยในการดูแลได้ง่าย

(1) แสดงผลการตรวจทางคลินิก และผลลัพธ์

สุขภาพที่ต่อเนื่อง เช่น

แสดงแนวโน้มระดับน้ำตาลเป็นตารางหรือกราฟ (ตารางที่ 3.9)

(2) มีข้อมูลที่จะช่วยเตือนให้ผู้ให้บริการดูแลได้ครบตามมาตรฐานการปฏิบัติ

การซักประวัติภาวะน้ำตาลต่ำ หรือภาวะผิดปกติ

การซักประวัติภาวะเสี่ยง

การตรวจภาวะแทรกซ้อน (ตา ไต หัวใจ เท้า)

2. การสนับสนุนเรื่องข้อมูล

ความรู้ และการจัดการตนเอง

“Education alone does not lead to improved outcomes, self-management interventions can improve glycemic control”

ก่อนอื่นต้องทำความเข้าใจก่อนว่าการให้สุขศึกษาหรือความรู้เรื่องโรคเบาหวานอย่างเดียว (diabetes education) ไม่สามารถจะทำให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นได้ แต่การให้ความรู้ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนผู้ป่วยเบาหวานสามารถ

ให้การดูแลตนเองได้ (diabetes self-management and support) อย่างยั่งยืน จึงจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นได้อย่างยั่งยืน โดยประกอบด้วยหัวข้อสำคัญ 4 หัวข้อ ได้แก่

ก. ประเด็นการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ข. การพัฒนาจากการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานมาเป็นการให้ความรู้ ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนผู้ป่วยเบาหวานสามารถให้การดูแลตนเองได้

ค. กระบวนการในการให้ความรู้ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนผู้ป่วยเบาหวานสามารถให้การดูแลตนเองได้

ง. รูปแบบการให้ความรู้ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และตัวอย่าง โดยการให้ความรู้ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถทำได้ในทุกๆ ที่ ยกตัวอย่างเช่น...

ก. ประเด็นการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีประเด็นสำคัญ (ตารางที่ 3.10) ที่ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการเรียนรู้และติดตาม เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน

ข. การพัฒนาจากการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานมาเป็นการให้ความรู้ ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนผู้ป่วยเบาหวานสามารถให้การดูแลตนเองได้

ดังที่กล่าวแล้วในบทนำจากการศึกษาพบว่าการให้สุขศึกษาหรือความรู้เรื่องโรคเบาหวานอย่างเดียว (diabetes education) ไม่สามารถจะทำให้การดูแลผู้

ป่วยเบาหวานดีขึ้นได้ แต่การให้ความรู้ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนผู้ป่วยเบาหวานสามารถให้การดูแลตนเองได้ (diabetes self-management and support) จึงจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นได้อย่างยั่งยืน (ตารางที่ 3.11)

ค. กระบวนการให้ความรู้ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนผู้ป่วยเบาหวานสามารถให้การดูแลตนเองได้

ภาพที่ 3.16 แสดงกระบวนการที่ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับ และหน้าที่ของผู้ให้ความรู้ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะช่วยในการสนับสนุนด้านการจัดการตนเอง

ในที่นี้จะกล่าวถึงความหมาย ความสำคัญของแต่ละหัวข้อ และวิธีการที่มีการศึกษาว่าจะนำไปสู่ความสำเร็จ

(1) **ผู้ป่วยเบาหวาน** ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนควรรู้ถึงความสำคัญของการได้รับความรู้และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนสามารถดูแลตนเองได้ สิ่งนี้จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นได้อย่างยั่งยืน

(2) **ผู้ให้ความรู้ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม**

บุคลากรทางการแพทย์ ยกตัวอย่างเช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างมากในการส่งเสริม ให้ความรู้ให้กำลังใจ รวมทั้งติดตาม ประเมิน หาแนวทางแก้ไข เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานในความดูแลปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างถูกต้องและยั่งยืน ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรจะต้องประเมินตนเองว่ามีความพร้อมหรือไม่ ในการที่จะปฏิบัติตามแนวทางนี้ และที่สำคัญที่สุด

● ตารางที่ 3.10 ● ประเด็นการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ประเด็นการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน	ความรู้และทักษะที่จำเป็น
1. มีการออกกำลังกายเป็นประจำ หรือมีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มขึ้น	<p>ความรู้</p> <ol style="list-style-type: none"> คำจำกัดความของการออกกำลังกาย และกิจกรรมทางกาย ชนิด ระยะเวลา และความหนักของการออกกำลังกาย การป้องกันอันตรายจากการออกกำลังกาย และข้อควรพิจารณาเป็นพิเศษ <p>ทักษะ</p> <ol style="list-style-type: none"> พัฒนาวางแผนการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง จัดการให้มีความสมดุลระหว่างการออกกำลังกาย อาหาร และการใช้ยา
2. การนำความรู้เรื่องอาหารไป ใช้ในชีวิตประจำวันได้	<p>ความรู้</p> <ol style="list-style-type: none"> ผลของอาหารต่อระดับน้ำตาลในเลือด แหล่งของอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรต การวางแผนการกินอาหาร แหล่งที่จะให้ข้อมูลในการเลือกกินอาหาร <p>ทักษะ</p> <ol style="list-style-type: none"> การวางแผนการกินอาหาร การประมาณน้ำหนักและปริมาณอาหารที่จะกิน การคำนวณปริมาณอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตที่จะกิน การอ่านฉลากอาหาร
3. เข้าใจเรื่องการใช้ยารักษาโรค เบาหวาน และสามารถเข้าใจ ได้อย่างปลอดภัยและมีประ- สิทธิภาพ	<p>ความรู้</p> <ol style="list-style-type: none"> ยารักษาโรคเบาหวาน ทั้งชนิด ขนาด วิธีใช้ ผลข้างเคียง กลไกการออกฤทธิ์ของยาแต่ละชนิด และการเกิดผลข้างเคียง ทราบถึงประสิทธิภาพของยาแต่ละชนิด การเก็บรักษายา ทั้งที่บ้าน และระหว่างการเดินทาง <p>ทักษะ</p> <ol style="list-style-type: none"> การเตรียม เทคนิค และการใช้ยาชนิดต่างๆ เทคนิคในการจัดการอุปกรณ์ต่างๆ ที่ต้องใช้ และการกำจัดอุปกรณ์ที่ใช้แล้ว การปรับขนาดการใช้ยาด้วยตนเอง การดูแลรักษาตนเองในกรณีที่เกิดปัญหาน้ำตาลในเลือดต่ำ
4. ตรวจสอบติดตามระดับน้ำตาลใน เลือดด้วยตนเอง	<p>ความรู้</p> <ol style="list-style-type: none"> เมื่อไรที่ควรจะมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และควรตรวจบ่อยเพียงใด การจัดการเกี่ยวกับเข็ม และแผ่นตรวจน้ำตาลที่ใช้แล้ว การแปลผลระดับน้ำตาลในเลือด และการนำมาใช้ในการปรับระดับน้ำตาลด้วยตนเอง

● ตารางที่ 3.10 ● ประเด็นการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (ต่อ)

ประเด็นการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน	ความรู้และทักษะที่จำเป็น
5. การแก้ปัญหาด้วยตนเอง ในกรณีระดับน้ำตาลสูงหรือต่ำหรือในกรณีไม่สบาย	<p>ทักษะ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เทคนิคในการเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง 2. การบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด 3. การใช้และดูแลรักษาเครื่องมือตรวจระดับน้ำตาล <p>ความรู้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อาการของระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรือต่ำเกินไป รวมทั้งสาเหตุการเกิด 2. การรักษาและการป้องกัน รวมทั้งแนวทางการดูแลรักษา 3. การดูแลตนเองในวันที่ไม่สบาย 4. กรณีที่ต้องให้การระวังเป็นพิเศษ ยกตัวอย่างเช่น การขับรถ การใช้เครื่องจักร
6. การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน	<p>ทักษะ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 2. การใช้ระดับน้ำตาลที่ตรวจด้วยตนเองในการปรับการรักษา ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา <p>ความรู้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน รวมทั้งการดูแลที่เป็นมาตรฐาน 2. เป้าหมายในการรักษาเบาหวาน เพื่อจะป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน 3. การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน <p>ทักษะ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การดูแลเท้า 2. การวัดระดับความดันเลือดด้วยตนเอง 3. การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง 4. การบันทึกผลการตรวจต่าง ๆ รวมทั้งอาหารและการออกกำลังกาย
7. การอยู่ร่วมกับโรคเบาหวาน	<p>ความรู้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประโยชน์ของการรักษา และการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน 2. การจะดูแลรักษาเบาหวานได้ดีนั้นปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือ ตัวผู้ป่วยเบาหวานเอง <p>ทักษะ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตั้งเป้าหมายในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน 2. การแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ 3. การประเมินประสิทธิภาพ และความเชื่อมั่นในตนเองในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน

● ตารางที่ 3.11 ● การเปรียบเทียบระหว่างการให้สุศึกษาหรือความรู้เรื่องโรคเบาหวานกับการให้ความรู้ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

หัวข้อ	การให้สุศึกษาหรือความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (diabetes education)	การให้ความรู้ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (diabetes self-management and support)
1. ผู้ให้ความรู้	- บุคลากรทางการแพทย์	- บุคลากรทางการแพทย์ คนในชุมชน ยกตัวอย่างเช่น อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ครอบครัว หรือแม้แต่ผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน
2. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์	- บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้ความรู้ ผู้ป่วยเป็นผู้รับความรู้	- มีความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ โดยแพทย์มีความเชี่ยวชาญเรื่องโรค และผู้ป่วยมีความเชี่ยวชาญด้านชีวิตของตนเอง
3. ความรู้ที่ได้รับ	- ความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะการปฏิบัติ	- ความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะการปฏิบัติ และทักษะในการแก้ปัญหา
4. บุคคลที่มีความสำคัญในการรักษา และแก้ปัญหา	- บุคลากรทางการแพทย์	- ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้มีความสำคัญในการรักษา และแก้ปัญหา
5. เป้าหมายของการรักษา	- ถูกกำหนดโดยบุคลากรทางการแพทย์ และถ้าทำไม่ได้ตามเป้าหมายเป็นความผิดของผู้ป่วย	- ผู้ป่วยเป็นผู้ที่กำหนดเป้าหมาย บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ช่วยในการกำหนดเป้าหมาย และถ้าทำไม่ได้ตามเป้าหมายจะต้องร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ในการแก้ไขปัญหา
6. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	- เริ่มจากภายนอกกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	- ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และต้องการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง
7. การประเมินปัญหาและแนวทางการแก้ไข	- บุคลากรทางการแพทย์ เป็นผู้ชี้ให้เห็นถึงปัญหา และบอกแนวทางการแก้ไข	- ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ที่เห็นปัญหา เป็นผู้ชี้ให้เห็นถึงปัญหา บุคลากรทางการแพทย์ช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางแผนแนวทางการแก้ไข

คือ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยในคุณค่าและจะเป็นปัจจัยสำคัญในความสำเร็จ

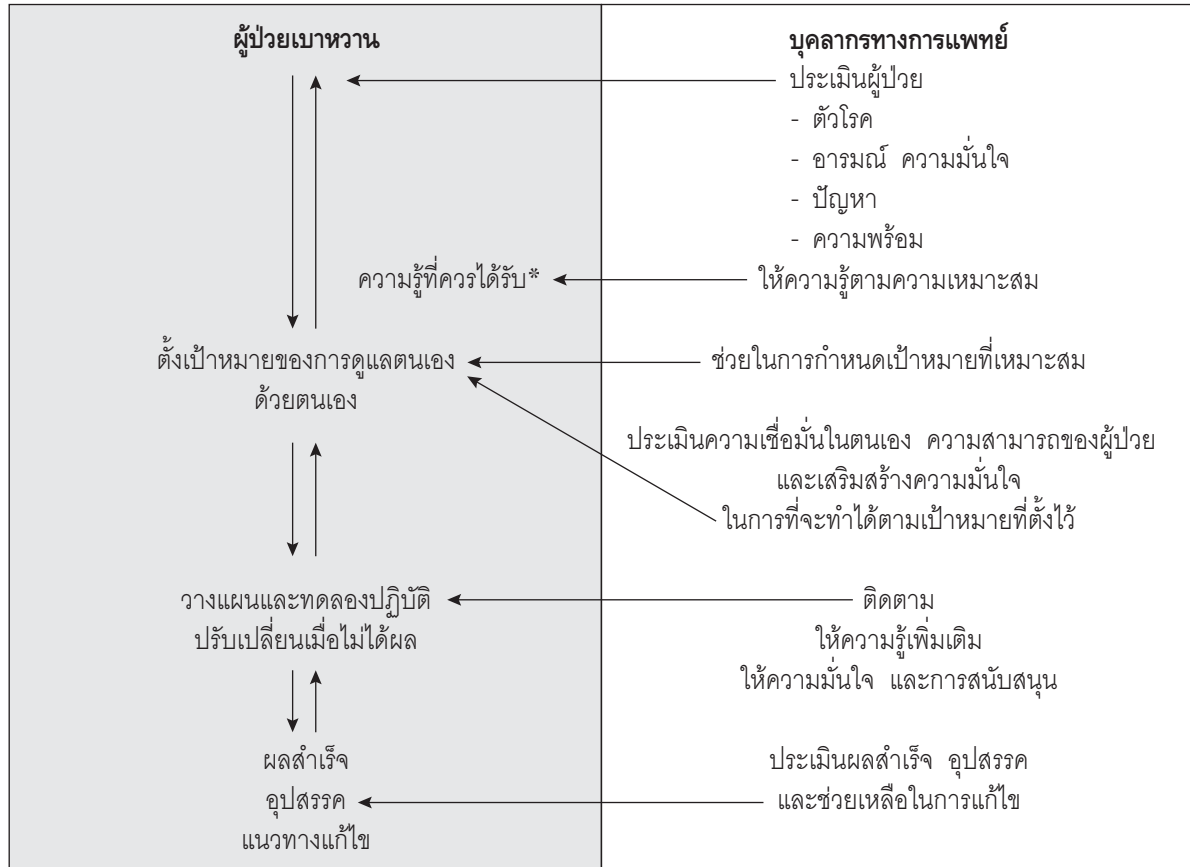
คนในชุมชน ยกตัวอย่างเช่น อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ครอบครัว หรือแม้แต่ผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน จะเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างมากในการติดตาม ให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาให้กำลังใจ และการสนับสนุน อีกทั้งยังเป็นผู้สื่อสาร

ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยเบาหวาน

(3) การประเมินผู้ป่วย ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินในด้านต่าง ๆ ดังนี้

ตัวโรค ผู้ป่วยเบาหวานแต่ละคนในคุณค่าและจะมีระยะของโรคที่แตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ หรือผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยมานานแล้ว ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หรือผู้ป่วยเบาหวาน

● ภาพที่ 3.16 ● กระบวนการให้ความรู้ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



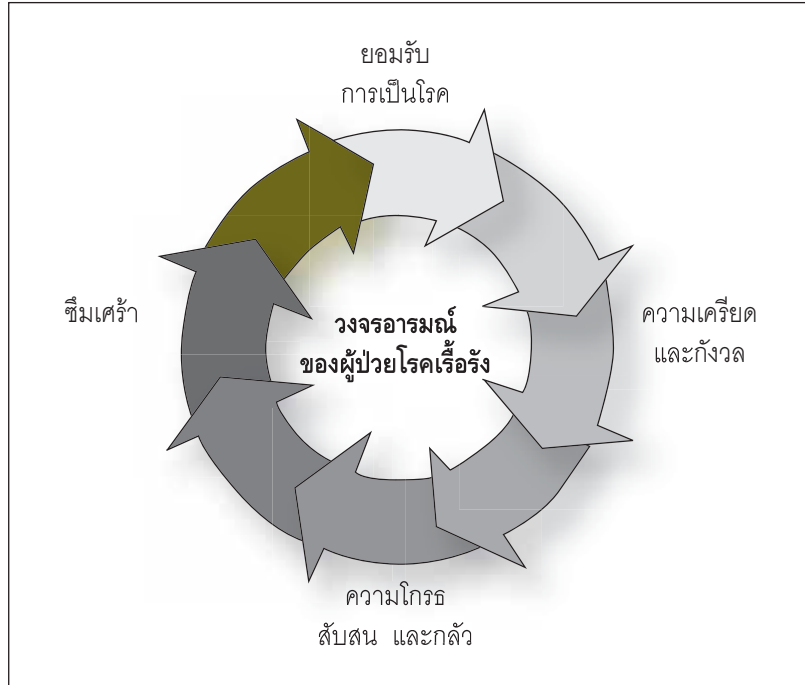
***ความรู้ที่ควรได้รับ**

1. เข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การดำเนินโรค และทางเลือกในการรักษา
2. สามารถนำความรู้เรื่องอาหารไปใช้ในชีวิตประจำวันได้
3. สามารถนำความรู้เรื่องการออกกำลังกายไปใช้ในชีวิตประจำวันได้
4. เข้าใจเรื่องการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน และสามารถใช้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ
5. มีการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และนำค่าระดับน้ำตาลที่ได้มาใช้ในการปรับปรุงการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเอง
6. เข้าใจเรื่องเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรังของโรคเบาหวาน สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อนแล้วสามารถทราบได้อย่างรวดเร็วและให้การรักษาเบื้องต้นได้
7. สามารถพัฒนาตนเองในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านจิตใจ
8. สามารถพัฒนาตนเองให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน เพื่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง หรือยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยดังนี้จะทำให้ทราบว่าผู้ป่วย

ควรได้รับความรู้ และการส่งเสริมในด้านใดเป็นพิเศษ **อารมณ์** แต่ระยะเวลาของการเป็นโรคจะมี การรับรู้ และอารมณ์ที่เกิดขึ้นที่แตกต่างกัน (ภาพ

● ภาพที่ 3.17 ● การรับรู้และอารมณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยเบาหวาน



ที่ 3.17)

จากการศึกษาพบว่าถ้าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะมีผลการรักษาเบาหวานที่ไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีปัญหาด้านการดูแลตนเอง การกินยา และจะต้องมาพบแพทย์บ่อยครั้งกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในอารมณ์ใด จะช่วยให้การให้ความรู้ และการส่งเสริมการดูแลตนเองมีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น นอกจากนี้บุคคลิกความมั่นใจในตนเองของผู้ป่วยก็มีความสำคัญในการจัดการด้านการให้ความรู้ และการส่งเสริมการดูแลตนเอง

(4) ปัญหาของผู้ป่วย ผู้ป่วยแต่ละคนมีปัญหาหรือความอยากที่ไม่เหมือนกัน การให้ความรู้ และการส่งเสริมที่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยสนใจข้อมูลที่น่าไปใช้ได้มากขึ้น นอกจากนี้ความเชื่อหรือวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่นก็จะมีผลต่อการดูแลผู้

ป่วยด้วยเช่นกัน

(5) ความพร้อม เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ดังนั้นการจัดการด้านการให้ความรู้ และการส่งเสริมการดูแลตนเอง จึงต้องประเมินว่าผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเข้ากลุ่มให้ความรู้ หรือควรให้ความรู้เป็นรายบุคคล

(6) ความรู้ที่ควรได้รับ ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับความรู้ในเรื่องที่สำคัญดังต่อไปนี้

- เข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การดำเนินโรค และทางเลือกในการรักษา
- สามารถนำความรู้เรื่องอาหารไปใช้ในชีวิตประจำวันได้
- สามารถนำความรู้เรื่องการออกกำลังกายไปใช้ในชีวิตประจำวันได้
- เข้าใจเรื่องการเข้ารักษาโรคเบาหวาน และสามารถเข้ายาได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

- มีการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และนำค่าระดับน้ำตาลที่ได้มาใช้ในการปรับปรุงการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเอง

- เข้าใจเรื่องเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรังของโรคเบาหวาน สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อนแล้วสามารถทราบได้อย่างรวดเร็วและให้การรักษาเบื้องต้นได้

- สามารถพัฒนาตนเองในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านจิตใจ

- สามารถพัฒนาตนเองให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน เพื่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

(7) การให้ความรู้ตามความเหมาะสม

จากการประเมินผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้นจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์ ทราบข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคน และจะทำให้สามารถจัดการด้านการให้ความรู้และส่งเสริมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วย ยกตัวอย่างเช่น

- การให้ความรู้ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสนใจมากขึ้น

- ในผู้ป่วยที่มีความมั่นใจในตนเอง การชี้ให้ผู้ผู้ป่วยเห็นความสำเร็จของการกระทำของตนเอง จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการที่จะดูแลตนเองต่อไป

- ในผู้ป่วยที่มีความมั่นใจในตนเองต่ำ การให้ผู้ผู้ป่วยเรียนรู้จากความสำเร็จของคนอื่น และชี้ประเด็น จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่เพิ่มขึ้น

- ในผู้ป่วยที่ยังมีภาวะทางอารมณ์ไม่คงที่ เช่น ภาวะซึมเศร้า จะต้องให้การรักษาไปด้วยพร้อมกัน

(8) การกำหนดเป้าหมายของการดูแลตนเอง

โดยผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดเป้าหมายของตนเองในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่รับฟัง และอาจช่วยให้ความเห็นเพิ่มเติม เป้าหมายนั้นควรมีลักษณะดังนี้

- มีความจำเพาะ ยกตัวอย่างเช่น “จะลดการกินขนมจุกจิกระหว่างมื้อ” แทนที่จะเป็น “จะกินอาหารสุขภาพ”

- สามารถวัดได้ ยกตัวอย่างเช่น “จะเดินวันละครึ่งชั่วโมง”

- เป็นเป้าหมายที่บ่งบอกการกระทำชัดเจน ยกตัวอย่างเช่น “จะออกกำลังกาย” แทนที่จะเป็น “จะลดน้ำหนัก”

- เป็นเป้าหมายที่พอทำได้ ไม่ยากเกินไปจนไม่สามารถทำได้ และไม่ง่ายเกินไปจนไม่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใด ๆ

ในบางครั้งผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถคิดกำหนดเป้าหมายด้วยตนเองได้ การใช้แผ่นพับตัวเลือกอาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดเป้าหมายที่จะทำได้ (ภาพที่ 3.18)

(9) ประเมินความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วยในการที่จะทำได้สำเร็จตามเป้าหมาย

หลังจากผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายของตนเองได้ชัดเจน บุคลากรทางการแพทย์ควรประเมินว่าผู้ป่วยมีความมั่นใจเพียงใดในการที่จะทำได้สำเร็จ โดยอาจให้เป็นคะแนน 1-10 คะแนน ว่าแต่ละเป้าหมายผู้ป่วยมีความมั่นใจเพียงใด โดยถ้าให้คะแนนต่ำแสดงความมั่นใจน้อย สมควรมีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายให้ลดลง เพราะจากการศึกษาพบว่าถ้าผู้ป่วยมีความมั่นใจสูงจะทำให้ผู้ป่วยสามารถทำได้บรรลุเป้าหมาย

นอกจากนี้ควรทำการวางแผนในการปฏิบัติ

● ภาพที่ 3.18 ● ตัวอย่างแผนปฏิบัติการให้ความรู้ในการปรับพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน

คุณสามารถทำได้! คุณพร้อมหรือยัง?

คุณสามารถเลือกที่จะทำสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ เพื่อให้คุณมีสุขภาพที่ดีขึ้น

กินอาหารที่ดี

- เลือกใช้น้ำมันที่ดี เช่น น้ำมันถั่วเหลือง
- ดื่มน้ำที่ไม่มีส่วนผสมของน้ำตาล
- ไม่กินอาหารปริมาณมากเกินไป
- กินเนื้อแดงให้น้อยลง
- กินผักตอง หรือผักเค็มให้น้อยลง
- เลิกกินอาหารทอด กินอาหารหนึ่งหรืออย่างแทน

- เรียนรู้ที่จะนับปริมาณแป้งที่กินเข้าไป
- กินผัก ผลไม้เพิ่มขึ้น
- ใช้สารให้ความหวานแทนน้ำตาล
- วางแผนการกินอาหาร
- ลอกหนังไก่ หรือมันออกจากเนื้อแดงก่อนกิน

หรือคุณมีแนวทางอื่นใดที่จะกินอาหารที่ดี ตั้งเป้าหมายของคุณเอง

เพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย

- เดินขึ้นลงบันได
- จอดรถให้ห่างจากสำนักงานหรือบ้านไกลขึ้น
- ออกกำลังกายตามวิดีโอเทป
- เดินให้มากขึ้น (ที่บ้าน หรือช้อปปิ้งมอลล์)
- เดินออกกำลังกายกับเด็ก ๆ หรือสุนัขทุกวัน

- ออกกำลังกายในร่ม
- ขี่จักรยาน
- เข้าร่วมการออกกำลังกายกับคนอื่น ๆ (แอโรบิกคลับ หรือฟิตเนส)
- เต้นรำ

หรือคุณมีแนวทางอื่นใดที่จะเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย ตั้งเป้าหมายของคุณเอง

การดูแลสุขภาพตนเอง

- จะแปรงฟันทุกวัน
- จะลดหรือหยุดสูบบุหรี่
- จะกินยาทุกวันตามแพทย์แนะนำ
- จะถามผลการตรวจเลือดทุกครั้งที่ได้ตรวจ และเรียนรู้ว่าการตรวจนั้นดีหรือไม่

- จะวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ตามที่แพทย์แนะนำ
- จะตรวจเท้าตนเองทุกวันในตอนเย็น
- จะตรวจตา และตรวจฟันทุกปี หรือตามที่แพทย์แนะนำ

หรือคุณมีแนวทางอื่นใดที่จะดูแลสุขภาพตนเอง ตั้งเป้าหมายของคุณเอง

คุณพร้อมหรือยัง?

ที่มา: ดัดแปลงจาก Daren Anderson and Joan Christisen-Lagay. Clinical Diabetes, 2008.

เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยพยายามประเมินว่าจะมีอุปสรรคใดหรือไม่ในการที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบรรลุถึงเป้าหมายได้ และพยายามช่วยให้ความเห็นร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขอุปสรรคดังกล่าว

(10) การติดตาม

สำหรับผู้ป่วย ควรมีการบันทึกการปฏิบัติตามเป้าหมายประจำวันว่าทำได้หรือไม่ตามเป้าหมาย ถ้าไม่สามารถทำได้ควรเขียนเหตุผลกำกับด้วย ซึ่งการมีบันทึกนี้จะช่วยเป็นการย้ำเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามเป้าหมาย

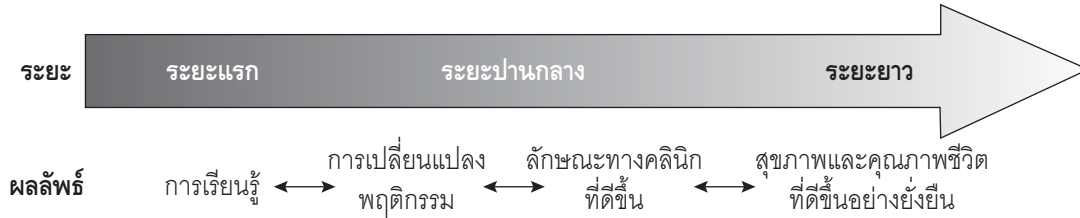
สำหรับผู้ให้ความรู้ ร่วมกับการส่งเสริมให้

ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการจัดการด้านการให้ความรู้ และการส่งเสริมการดูแลตนเอง การร่วมกันประเมินบันทึกประจำวันของผู้ป่วยทุกครั้ง ผู้ป่วยมาตรวจหรือเข้ากลุ่มจะช่วยให้การดูแลตนเองได้ดีขึ้น การให้การสนับสนุนในผู้ป่วยที่ทำได้ตามเป้าหมาย หรือการค้นหาปัญหาและอุปสรรคในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ตามเป้าหมาย และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข รวมทั้งปรับเปลี่ยนเป้าหมายให้เหมาะสม

(11) การประเมิน

การประเมินในปัจจุบันจะมุ่งเน้นประเมิน

- ภาพที่ 3.19 ● ผลลัพธ์ของการให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นในแต่ละช่วงเวลา



ความเข้าใจจากบทเรียน การประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควรประกอบด้วย

- ประเมินด้านคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความสามารถในการแก้ปัญหา

- ประเมินตนเองของผู้ป่วย ด้านการออกกำลังกาย การกินอาหาร การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด

- ประเมินผลการตรวจ ความดันเลือด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, HbA1C, ระดับไขมันในเลือด

โดยผลลัพธ์ของการให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นในแต่ละช่วงเวลานั้นจะไม่เหมือนกัน (ภาพที่ 3.19)

มีบางการศึกษาพบว่าหลังจากการให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประมาณ 6 เดือนจึงจะเห็นการดีขึ้นของลักษณะทางคลินิก ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการประเมินเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีการพัฒนาต่อไป โดยผลลัพธ์ในแต่ละระยะ ๆ สามารถแบ่งออกได้ดังต่อไปนี้

ผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้ ซึ่งหลังจากการให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วผู้ป่วยสามารถทราบว่าจะต้องทำอะไร ทำอย่างไร ต้องการที่จะทำ และสามารถทำตามที่ได้เรียนรู้ เพื่อเป้าหมายในการให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดย

ประเมินทุกครั้งที่ได้รับการเรียนรู้

ผลลัพธ์ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ตารางที่ 3.12) โดยประเมินก่อนที่จะเริ่มปฏิบัติ ทุก 2-4 สัปดาห์ และทุก 3-6 เดือน

ผลลัพธ์ด้านลักษณะทางคลินิก โดยการประเมินผลการตรวจ ความดันเลือด น้ำหนักตัวหรือดัชนีมวลกาย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, HbA1C, ระดับไขมันในเลือด และการตรวจตาและเท้า

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยการประเมินด้านคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความสามารถในการแก้ปัญหา

จ. รูปแบบการให้ความรู้ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และตัวอย่าง (ตารางที่ 3.13)

รูปแบบการให้ความรู้ ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะเป็นแบบ เรียนเป็นกลุ่ม หรือเรียนคนเดียวก็ได้ โดยเลือกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน แต่ที่สำคัญคือเน้นการเรียนรู้โดยการปฏิบัติ (learning by doing) การเรียนรู้จากปัญหา (problem based learning) ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นได้ (empowerment) เป็นสิ่งสำคัญ โดยส่วนประกอบที่สำคัญคือ

(1) การเน้นให้ผู้ป่วยเบาหวานทราบว่าตัวผู้ป่วยเองเป็นผู้รับผิดชอบและควบคุมการตัดสินใจว่าจะมี

● ตารางที่ 3.12 ● การประเมินผลลัพธ์ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ประเด็นการเรียนรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน	การประเมินและระยะเวลาที่เหมาะสม
1. มีการออกกำลังกายเป็นประจำ หรือมีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มขึ้น	<p>ประเมิน</p> <p>ชนิด ความถี่ ระยะเวลาของการออกกำลังกาย</p> <p>ประเมินโดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จากสมุดบันทึกของผู้ป่วย 2. การเฝ้าสังเกตที่ผู้ป่วยปฏิบัติ
2. การนำความรู้เรื่องอาหารไปใช้ในชีวิตประจำวันได้	<p>ประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ชนิดและปริมาณของอาหารที่กิน 2. จำนวนมื้ออาหาร 3. ปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภค 4. ผลของอาหารต่อระดับน้ำตาล 5. การแก้ไขในกรณีเกิดปัญหา หรือการจัดการในภาวะพิเศษ <p>ประเมินโดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยรายงาน 2. จากสมุดบันทึกอาหารและระดับน้ำตาลของผู้ป่วย 3. การเฝ้าสังเกตที่ผู้ป่วยปฏิบัติ
3. เข้าใจเรื่องการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน และสามารถให้ยาได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ	<p>ประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การกินยาเป็นประจำ 2. การกินยาถูกวิธี และขนาด <p>ประเมินโดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การนับปริมาณยา 2. ผู้ป่วยรายงาน 3. ระดับน้ำตาลของผู้ป่วย 4. การเฝ้าสังเกตที่ผู้ป่วยปฏิบัติ
4. ตรวจสอบติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง	<p>ประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความบ่อยของการไม่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด 2. การมีการตรวจระดับน้ำตาลเพิ่มมากกว่าที่วางแผนไว้ 3. การบันทึกการใช้ยา <p>ประเมินโดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จากสมุดบันทึกของผู้ป่วย 2. ผู้ป่วยรายงาน 3. ให้ผู้ป่วยแสดงวิธีการในการตรวจ
5. การแก้ปัญหาด้วยตนเอง ในกรณีระดับน้ำตาลสูงหรือต่ำ หรือในกรณีไม่สบาย	<p>ประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระดับน้ำตาลในเลือดที่ผู้ป่วยบันทึกไว้ 2. การปรับเปลี่ยนอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ในกรณีที่ระดับน้ำตาลสูงหรือต่ำเกินไป

● ตารางที่ 3.12 ● การประเมินผลลัพธ์ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ต่อ)

ประเด็นการเรียนรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน	การประเมินและระยะเวลาที่เหมาะสม
	3. จำนวนครั้งต่อเดือนที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลสูงหรือต่ำเกินไป 4. วันที่ผู้ป่วยต้องขาดงาน หรือโรงเรียน ประเมินโดย 1. จากสมุดบันทึกของผู้ป่วย 2. ผู้ป่วยรายงาน 3. เวชระเบียนของโรงพยาบาล 4. ความถี่ของการที่ต้องมีการปรับปริมาณยา
6. การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน	ประเมิน 1. การสูบบุหรี่ 2. ความถี่ของการตรวจเท้า 3. การใช้ยาแอสไพริน 4. การตรวจตา 5. การไปพบแพทย์ตามนัดหมาย 6. การตรวจวัดระดับความดันเลือด ไขมันในเลือด 7. การตรวจปัสสาวะ ประเมินโดย 1. ผู้ป่วยรายงาน 2. จากสมุดบันทึกของผู้ป่วย
7. การอยู่ร่วมกับโรคเบาหวาน	ประเมิน 1. ความเครียด 2. คุณภาพชีวิต 3. ประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง ประเมินโดย D-SMART
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ อะไร และอย่างไร (2) ให้ข้อมูลที่เพียงพอที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจในการเลือกที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน (3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง และสะท้อนความรู้สึกถึงผลของการกระทำในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (4) ให้ความรู้โดยรวบรวมความรู้ทั้งด้านคลินิก	จิตใจ และพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับโรคเบาหวานได้ (5) ให้โอกาสกลุ่มในการช่วยกันหาทางออกในกรณีที่พบปัญหา (6) ให้โอกาสผู้ป่วยเบาหวานนำครอบครัวเข้ามาร่วมกลุ่มเรียนรู้ด้วย (7) ให้ความเคารพในความเชื่อ และวัฒนธรรมของกลุ่มด้วย

● ตารางที่ 3.13 ● ตัวอย่างรูปแบบการจัดการเรียนรู้

ข้อควรรู้ในการเรียนแบบกลุ่ม

ข้อพึงปฏิบัติ

1. พยายามที่จะส่งคำถามที่เกิดขึ้นให้กลุ่มช่วยกันตอบ โดยถ้าเป็นคำถามเรื่องความรู้ทางคลินิกคุณก็ควรตอบ แต่ถ้าไม่ใช่พยายามให้กลุ่มช่วยกันตอบ ยกตัวอย่างเช่น “คุณคิดว่าอย่างไร” “จะมีวิธีไหนทำให้ดีขึ้นอีก”
2. พยายามหาทางที่จะถามคำถามที่ทำให้มีการรวมความรู้ทั้งด้านคลินิก จิตใจ และพฤติกรรมให้กลุ่มช่วยกันตอบ
3. ให้แน่ใจว่าคุณเข้าใจคำถามได้อย่างถูกต้อง ฟังอย่างเข้าใจ และใช้เวลาก่อนที่จะตอบคำถามออกไป
4. พยายามถามคำถามที่จะทำให้มีการตอบสนองจากกลุ่ม อย่าพยายามใช้รูปแบบการสอน ยกตัวอย่างเช่น ถามว่า “ในถุณนี้มีปริมาณแป้งเท่าไร” ให้กลุ่มช่วยกันคิดย่อมดีกว่าสอนว่า “อาหารถุณนี้ไม่ควรกินเพราะมีแป้งจำนวนมาก”
5. พยายามให้มีการตอบสนองในทางบวกต่อการที่ผู้ป่วยพยายามจะทำให้ได้ตามเป้าหมาย ไม่ใช่มุ่งอยู่ที่ความสำเร็จอย่างเดียว ซึ่งจะสามารถใช้แนวทางนี้เป็นตัวอย่างให้กับกลุ่มได้ ยกตัวอย่างเช่น “คุณทำอย่างไรจึงสามารถออกกำลังกายได้ตามแผนครั้งนี้เมื่อเทียบกับครั้งก่อน”
6. ในการตอบคำถาม พยายามให้มีคำพูดของผู้ป่วยเองอยู่ในคำตอบด้วย และที่สำคัญให้ตอบคำถามที่ผู้ป่วยถามมิใช่พูดตอบคำถามในสิ่งที่เราอยากจะสอน
7. อดทน

ข้อควรหลีกเลี่ยง

1. การตอบคำถามด้วยการสอนอย่างยาวนาน เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูล ควรตอบคำถามแล้วรอดูว่ากลุ่มมีคำถามอะไรเพิ่มเติมหรือไม่
2. การตัดสินผู้ป่วย ไม่ว่าจะโดยการกระทำหรือคำพูด ทั้งในด้านดีหรือด้านไม่ดี ยกตัวอย่างเช่น ดี ดีมาก แย่ ประสบความสำเร็จ ล้มเหลว หรืออื่นๆ
3. การพยายามจะถามนำเพื่อให้ได้ในเรื่องที่คุณต้องการจะบอก บางครั้งการพูดนอกเหนือจากเรื่องเบาหวานจะทำให้กลุ่มมีความสนิทสนมกันมากขึ้นด้วย

(8) การเน้นให้ผู้ป่วยเบาหวานทราบว่าตัวผู้ป่วยเองเป็นผู้เชี่ยวชาญที่สุดในการจัดการชีวิตของตัวเอง และจะสามารถทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน

(9) การเน้นให้ผู้ป่วยเบาหวานทราบว่าตัวผู้ป่วยเองมีความสามารถในการชี้บ่งถึงปัญหาของตนเอง และสามารถหาแนวทางในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

4

มิติทางสังคม วัฒนธรรม กับเบหฺวาน

- เบหฺวานกับประสบการณ์ชีวิตที่ไม่เคยถูกถาม: มุมที่อยากให้อ่าน



บาดานกับประสบการณ์ชีวิต ที่ไม่เคยถูกถาม: มุมมองอยากให้อ่านใจ

ชีวิตและตัวตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปรับตัวไปสู่ตัวตนของการเป็นผู้ป่วยในหลายลักษณะ ได้แก่

1. การดำเนินชีวิตอย่างมีข้อจำกัด ทั้งในด้านการใช้ชีวิตส่วนตัว และหน้าที่การงาน
2. ความรู้สึกโดดเดี่ยวจากสังคม เป็นผลที่ตามมาจากการดำเนินชีวิตอย่างมีข้อจำกัด ส่งผลให้บุคคลมีความจำกัดในด้านกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ด้วย
3. การถูกลดทอนความสำคัญ/ลดคุณค่า เพราะมองว่าตัวเองไม่มีศักยภาพ ไม่สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้เต็มตามศักยภาพที่เคยมีหรือตามที่สังคมคาดหวัง
4. ความรู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น ทั้งความต้องการพึ่งพิงทางกาย และความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์อีกต่อไป

ความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานทำให้ต้องงดเว้นจากการทำงาน ตลอดจนกิจกรรมที่ชอบหรือสนใจ บางคนต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่จากผู้นำเป็นผู้ตาม จากผู้ดูแลเป็นผู้ถูกดูแล ต้องหยุดงาน ขาดรายได้ สูญเสียชีวิตที่เป็นอิสระไป เสมือนว่าเกิดความจำกัดในทางเลือกของชีวิต และขาดความเป็นอิสระ เพื่อรักษาภาพลักษณ์ของตนเอง และปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด กลายเป็นชีวิตที่เต็มไปด้วยข้อจำกัด

เรื่องราวของ**ป้าจุ่น** อายุ 56 ปี เป็นเบาหวานมาแล้ว 4 ปี

“ชีวิตหลังเป็นเบาหวานมันเครียด เพราะอะไร ๆ ก็เปลี่ยนไปหมด จำกัดไปหมด”

ครูน้อย อายุ 58 ปี เป็นเบาหวานมา 8 ปี เล่าถึงชีวิตที่ถูกจำกัดว่า

“ทราบมาจิตใจ ขนาดอดข้าว กินสุกก็อยู่ 8 เดือนน้ำตาลก็ขึ้น”

ข้อจำกัดเหล่านี้เกิดจากการต้องเข้าสู่กระบวนการขั้นตอนของการรักษา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ การติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ภารกิจจากความเจ็บป่วยทำให้บุคคลขาดการติดต่อ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น**จนรู้สึกโดดเดี่ยวจากสังคม**

ยิ่งเวลาที่ใช้ไปกับกระบวนการรักษายาวนาน ยิ่งมีส่วนทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวแปลกแยกจากครอบครัว คนรอบข้าง และสิ่งแวดล้อมมากขึ้นเท่านั้น

ตามมาด้วยความรู้สึกที่**ตนเองมีความสำคัญ/คุณค่าลดน้อยลง** เพราะมองว่าตัวเองไม่มีศักยภาพ ไม่สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้เต็มตามศักยภาพที่มีหรือตามที่สังคมคาดหวัง โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสร้างความพิการทางกายจนไม่สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ และที่สำคัญคือ**ความรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น** เพราะตนเองต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งความต้องการพึ่งพิงทางกายและความรู้สึกที่ตนเองไม่มีประโยชน์

ผู้ป่วยเบาหวานจึงพยายามปรับตัว และหาวิธีในการรับมือและจัดการให้ตนเองสามารถอยู่กับความจำกัด หรือความรู้สึกเชิงลบนั้น เพื่อให้สามารถดำเนิน

ชีวิตต่อไปได้ เป็นที่ยอมรับของสังคม เพื่อให้ดำรงชีวิตกับความเจ็บป่วยที่เรื้อรังได้อย่างปกติ

ป้าจุ่นคนเดิมบอกอีกว่า...

“เมื่อก่อนทำกับข้าวให้มันกิน พอเป็นเบาหวานลูกเขาทำให้ เขากลับเราจะใส่น้ำตาลเยอะ รู้สึกเหมือนเป็นภาระให้เขาดูแล บางทีเครียดมาก ๆ ก็ไม่อยากหายแล้ว อยากตายเหมือนกัน จะได้หมดเรื่องหมดราวไป”

1. ความแตกต่าง

ที่ควรเข้าใจ

ก. บทบาท สถานะของความเป็นหญิง และความเป็นชายกับเบาหวาน

ความเป็นเพศ (gender) หมายถึง ความเป็นหญิงหรือเป็นชายที่เป็นกระบวนการทางวัฒนธรรม โดยวัฒนธรรมเป็นตัวสร้างความเป็นเพศ วัฒนธรรมจะบอกว่าความเป็นหญิงหรือเป็นชายควรปฏิบัติตัวอย่างไร คิดอย่างไร และเราควรคาดหวังอะไรจากผู้อื่น เช่น ผู้หญิง (ในวัฒนธรรมไทย) ต้องเป็นคนเรียบร้อย ไม่พูดเสียงดัง ไม่สบถ ในขณะที่ผู้ชายไม่ถูกคาดหวังให้เป็นเช่นนั้น หรือภรรยาต้องเชื่อฟังสามี สามีต้องเป็นผู้นำในครอบครัว **นำไปสู่การกำหนดบทบาทหน้าที่ รวมทั้งสถานะสูงต่ำที่แตกต่างกันของคน 2 เพศ ความเป็นหญิงความเป็นชายจะแปรเปลี่ยนไปตามเวลาและสถานที่** (แตกต่างจากการเป็นเพศหญิง/เพศชายที่เป็นข้อเท็จจริงทางสรีระ) การที่สังคมกำหนดความเป็นเพศขึ้น ทำให้ผู้หญิงอยู่ในสภาพเป็นผู้ที่ด้อยกว่า เป็นผู้ตาม ภรรยาต้องเชื่อฟัง

สามี ต้องให้ความสำคัญกับหน้าที่ของภรรยาและมารดา มากกว่าการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน ในขณะที่ผู้ชายอยู่ในฐานะที่เหนือกว่า เป็นผู้นำ เป็นผู้กำหนด (พิมพ์วิทย์ บุญมงคล)

รู้หรือไม่ว่า ผู้หญิงไทยเป็นเบาหวานมากกว่าผู้ชาย 11 เท่า

(กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

ทุกสังคมที่มีผู้หญิงป่วยด้วยโรคเบาหวาน บทบาทของผู้หญิงจะเป็นทั้งผู้ดูแลผู้ป่วย (ตนเอง) และเป็นผู้ดูแลครอบครัว ทั้งในสถานะมารดา ภรรยา หรือบุตร เมื่อเจ็บป่วย (เบาหวาน) และต้องปฏิบัติตามบทบาท ทำให้ผู้หญิงเกิดความเครียด วิตกกังวล ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งการออกกำลังกาย ควบคุมอาหารหรือพักผ่อน ให้ความสนใจความเจ็บป่วยตนเองน้อยกว่าการทำบทบาทความเป็นภรรยาและมารดาที่ดี (มานี จำนงผล, 2540)

แต่เมื่อผู้ชายป่วยด้วยโรคเบาหวาน ผู้หญิงจะเข้ามามีบทบาทเป็นทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะเป็นบทบาทที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างชายและหญิง

ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างหญิงชายทั้งใน **เพศสรีระ** ที่เป็นภาวะสุขภาพจากการทำหน้าที่ทางชีววิทยา (biology) ของร่างกาย และ **เพศภาวะ** ที่มองเห็นความแตกต่างของบทบาทความเป็นหญิงและความเป็นชายในแต่ละสังคม ที่จะส่งผลต่อการเกิดโรค การปฏิบัติดูแลตนเอง และการป้องกัน ควบคุมโรคของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งในครอบครัว ชุมชน

๒. เพศวิถี (sexuality) กับเบาหวาน

เพศวิถี (sexuality) หมายถึง วิธีปฏิบัติที่เกี่ยวกับความปรารถนาทางเพศในแต่ละระบบสังคม มีรูปแบบที่หลากหลาย ประกอบด้วย

- การให้ความหมายเรื่องเพศของปัจเจกบุคคล
- ความเชื่อ ค่านิยมเกี่ยวกับเรื่องเพศ
- ความรู้สึก ความปรารถนาทางเพศ ความสุขทางเพศ
- อัตลักษณ์ทางเพศ และเพศภาวะ
- รสนิยมทางเพศ คู่ความสัมพันธ์ทางเพศ
- การให้ความหมายกับคู่ความสัมพันธ์ทางเพศในแต่ละคน ตลอดจนพฤติกรรมทางเพศ

ทั้งนี้จะมีผลต่อการให้ความหมายของเพศสัมพันธ์นั้น ๆ ด้วยว่าจะมีความหมายต่อชีวิตอย่างไร

(พิมพ์วิทย์ บุญมงคล)

กระบวนการขัดเกลาทางสังคม ทำให้ผู้หญิง/ผู้ชายถูกคาดหวังให้มีความพึงพอใจทางเพศ และความต้องการทางเพศแตกต่างกัน สังคมทำให้ผู้หญิงถูกมองว่าเป็นเพศที่ไม่อาจมีความต้องการและความพึงพอใจทางเพศ และผู้ชายถูกขัดเกลาให้รู้สึกว่าการต้องการทางเพศเป็นเรื่องของธรรมชาติและเชื่อว่ากิจกรรมทางเพศผู้ชายต้องเป็นผู้กระตุ้น เป็นผู้ริเริ่ม เป็นผู้ล่อลวง และบางครั้งการมีเพศสัมพันธ์เป็นการยืนยันความเป็นชาย ทำให้ทั้งหญิง/ชายรู้สึกผิดและวิตกกังวลเมื่อไม่สามารถแสดงบทบาทตามที่สังคมคาดหวังได้

หลายคนที่เป็นเบาหวานทั้งหญิงและชาย

● ตารางที่ 4.1 ● สาเหตุของภาวะสมรรถภาพทางเพศบกพร่อง

เพศชาย	เพศหญิง
<ul style="list-style-type: none"> • การที่เส้นประสาทถูกทำลาย เนื่องจากมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีมาเป็นระยะเวลาเวลานาน • ปัญหาเรื่องระบบไหลเวียนเลือด เช่น โรคหัวใจ และการมีระดับคอเลสเตอรอลสูง • การใช้ยาบางชนิด เช่น ยาลดความดัน ยารักษาโรคซึมเศร้า และยาโรคกระเพาะ อาจมีผลข้างเคียงทำให้เกิดภาวะที่มีสมรรถภาพทางเพศบกพร่องขึ้นได้ • ปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความรู้สึกซึมเศร้า โกรธ เครียด และมีความภาคภูมิใจในตัวเองต่ำ • การใช้ยาเสพติด เช่น แอลกอฮอล์ กัญชา • การที่มีระดับฮอร์โมนเทสโทสเทอโรนต่ำ 	<ul style="list-style-type: none"> • สาเหตุหลักของปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้หญิงที่เป็นเบาหวานคือ ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น รู้สึกซึมเศร้า รู้สึกกังวลว่าตัวเองไม่น่าดึงดูดน่าสนใจ มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่น่าดึงดูดหรือมีความสัมพันธ์เป็นแบบขัดแย้งในตัวเอง • การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน จะสามารถก่อให้เกิดภาวะที่เส้นประสาทถูกทำลายได้ ซึ่งจะนำไปมีผลต่อระบบไหลเวียนเลือด และการรับรู้ความรู้สึก • ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงจะสามารถทำให้รู้สึกสูญเสียพลังงาน ทำให้รู้สึกเหนื่อยกับการมีเพศสัมพันธ์ และนอกจากนี้การมีระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงยังสามารถทำให้เกิดการสูญเสียน้ำออกจากเนื้อเยื่อ และการหล่อลื่นที่บริเวณช่องคลอดจะน้อยลง ทำให้การมีเพศสัมพันธ์ไม่สะดวก • การใช้ยาบางชนิดสามารถมีผลต่อความรู้สึกทางเพศได้ โดยทำให้เกิดความต้องการทางเพศลดลง และยาบางชนิดอาจทำให้เกิดบริเวณช่องคลอดแห้ง ซึ่งจะทำให้รู้สึกเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์

จะเกิดความเสื่อมในสมรรถภาพทางเพศ ที่มีผลต่อความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ แต่คำอธิบายหรือเรียกร้องในเรื่องเพศวิถี เรามักจะได้ยินเสียงจากผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ทำให้เกิดเป็นคำถามว่าผู้หญิงมีปัญหาทางด้านเพศวิถีด้วยหรือไม่

เรื่องเล่าของ “นายเมือง” อายุ 65 ปี เป็นเบาหวานมา 5 ปี

“หลังจากรู้ว่าเป็นเบาหวานอาการทางเพศลดลงได้ประมาณ 1 ปี ช่วงหลังไม่มีความรู้สึกทางเพศเลย มีความเครียดเรื่องเพศ มันไม่มีอารมณ์ หรือบางทีบัสสาวะ (ฉี่) อวัยวะเพศยังไม่ค่อยแข็งตัว บางครั้งก็ฉี่ใส่กางเกง”

และเรื่องเล่าของ “นายสมชาย” อายุ 52 ปี เป็นเบาหวานมา 4 ปี

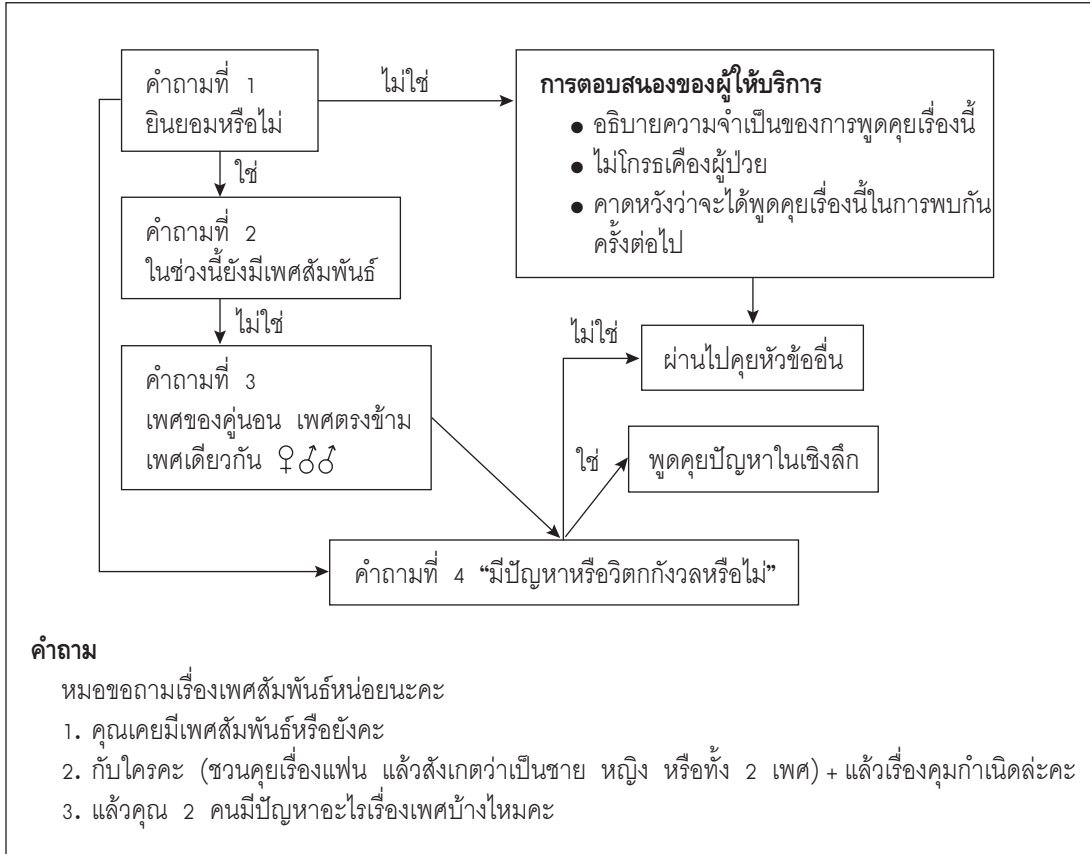
“ถ้าน้ำตาลสูงความรู้สึกทางเพศจะไม่มีเลย”

โรคเบาหวานมีผลต่อเพศวิถีของแต่ละบุคคล ทำให้เกิดปัญหาภาวะสมรรถภาพทางเพศบกพร่องได้จากสาเหตุต่าง ๆ (ตารางที่ 4.1)

ในสังคมไทยการพูดถึงเพศสัมพันธ์จะไม่นิยมพูดในที่สาธารณะ มักจะถูกมองว่าเป็นคนสำส่อนหรือไม่เหมาะสม โดยเฉพาะถ้าคนพูดเป็นผู้หญิง และส่วนใหญ่ให้ความหมายเป็นการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างหญิงกับชาย แต่ไม่ได้หมายถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องของชายรักชาย หรือหญิงรักหญิง ในสถานบริการสาธารณสุขจะนิยมสื่อสารเรื่องเพศสัมพันธ์ หรือปัญหาสุขภาพทางเพศสัมพันธ์ได้ในคลินิกทางนรีเวชเป็นหลัก ทำให้ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคอื่นๆ แล้วมีปัญหาทางเพศวิถีด้วยไม่สามารถที่จะบอกกล่าวเล่าขานได้ เนื่องจากลักษณะทางวัฒนธรรม หรือระบบบริการไม่เอื้อต่อการสื่อสารเรื่องเหล่านี้

ผู้ป่วยเบาหวานหลายคนพยายามเปิดประเด็น

● ภาพที่ 4.1 ● แนวทางการพูดคุยเรื่องเพศวิถีในผู้ป่วย



พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ เพื่อหวังว่าเจ้าหน้าที่จะถามคำถามที่เปิดโอกาสให้ได้เล่าเกี่ยวกับอาการที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น สมรรถนะทางเพศ ตกขาว หรืออย่างอื่น บางครั้งการไม่ได้พูดคุยซักถาม เพราะกลัวว่าเจ้าหน้าที่ จะตั้งคำถามต่อพฤติกรรมทางเพศของตนเอง อาจถูกตีตราว่ามีพฤติกรรมทางเพศสับสน ปัญหาทางเพศวิถีจึงกลายเป็น “วัฒนธรรมเงียบ” ทำให้ผู้ป่วยต้องมีชีวิตอยู่กับปัญหาด้วยความคับข้องใจ เครียด หรือทนทุกข์ทรมาน

ดังนั้น บริการสุขภาพควรเปิดโอกาสให้มีการพูดคุยเรื่องเพศวิถี (ภาพที่ 4.1) คำนี้ถึงปัจจัยทางเพศหรือความแตกต่างของการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อโรคเบาหวาน และเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของผู้ป่วยได้

อย่างเท่าเทียมกันทั้งเพศหญิงและเพศชาย ด้วยความเข้าใจและสามารถอธิบายถึงสาเหตุ วิธีการแก้ไข สามารถจัดการให้ปัญหาด้านเพศวิถีลดน้อยลงได้

ก. วิถีชีวิตคนมีความแตกต่าง

วัฒนธรรมกำหนดวิถีชีวิตของผู้คนในสังคม วัฒนธรรมแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างหลากหลาย ดังนั้นการจัดบริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานควรคำนึงถึงปัจจัยทางด้านสังคม วัฒนธรรมของผู้ป่วยที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ร่วมกับการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยด้วยการสื่อสารที่มีลักษณะเป็นการให้การปรึกษาหรือร่วมกัน ด้วยความรู้ทางการแพทย์ร่วมกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วย

เบาหวาน กระตุ้นให้ชาวบ้านปรับเปลี่ยนวิถีคิดจากการพึ่งพาระบบการแพทย์ มาเป็นการเพิ่มคุณค่าในการพึ่งพาตนเอง พร้อมกับให้ครอบครัวและชุมชนได้มีความรู้ในเรื่องโรคเบาหวานหรือความเจ็บป่วย สามารถเป็นผู้ดูแลสุขภาพในครอบครัวและชุมชนได้เป็นอย่างดี เพื่อควบคุม ป้องกันความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนต่อโรคเบาหวานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การปรับเปลี่ยนอย่างยั่งยืน: ควรยึดโยง สอดคล้องวิถีชีวิต สังคม และวัฒนธรรม

(1) **อาหาร** เจ้าหน้าที่ที่ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงพฤติกรรมการบริโภคที่มีความหลากหลายและแตกต่างกันในด้านสังคม เศรษฐกิจ รวมถึงการประกอบอาชีพ การเข้าถึงสังคม (เช่น งานเลี้ยง ทำให้ต้องกินอาหารนอกบ้าน ซึ่งมีไขมันสูง น้ำตาลสูง กินไม่ตรงเวลา) อีกทั้งวัฒนธรรมการกินอาหารภายในครอบครัวในสังคมไทยที่ไม่มีการแยกอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากในบางครอบครัวเน้นความชอบของสมาชิกครอบครัวมากกว่าความสำคัญต่อผู้ป่วยเบาหวาน (วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2550)

บัวลอย ชาวเชียงใหม่ อายุ 46 ปี เป็นเบาหวานมา 3 ปี บอกถึงการปรับตัวว่า “หมอเคยแนะนำให้เปลี่ยนจากกินข้าวเหนียวมากินข้าวเจ้า กินอยู่ประมาณ 4 เดือน น้ำตาลก็ไม่ค่อยลด น้ำตาลยัง 200 กว่า ก็เลยกลับไปกินข้าวเหนียวเหมือนเดิม เพราะข้าวเจ้าราคาแพง ต้องทำกับข้าวหลายอย่าง”

นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยเบาหวานเอื้อต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่อาศัยในแหล่งชุมชนต่างๆ ได้แก่ ตลาดนัดในชุมชน ร้านสะดวกซื้อ อาหารจากรถเร่ ล้วนส่งผลต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน อีกทั้งเทศกาลงานสำคัญในแต่ละท้องถิ่นที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาหารได้ เช่น

“คนไม่ค่อยอดอยาก ในชุมชนมีตลาดนัดวันเว้นวัน ที่นำอาหารมาขาย เป็นอาหารจำพวกหวานมัน ทำให้ความเจ็บป่วยนับวันเพิ่มขึ้น”

(มัลลิกา และคณะ, 2551)

ตัวอย่าง การปรับอาหารสอดคล้องวัฒนธรรมพื้นที่:

อิมด้วยข้าวเหนียว 1 ก่อ่ง นวัตกรรมใหม่สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลลำปางหลวง อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ได้จัดตั้งโครงการเรียนรู้อิมด้วย 1 ก่อ่งข้าว ซึ่งนวัตกรรมก่อก่อ่งข้าวนี้จะช่วยเพิ่มความสะดวกในการกำหนดปริมาณข้าวเหนียวแต่ละมื้อ ผู้ป่วยจึงไม่ต้องกังวลเรื่องระดับน้ำตาลในเลือด และญาติยังสามารถเตรียมอาหารได้ง่ายขึ้น (<http://www.oknation.net>)



การที่เจ้าหน้าที่สามารถสร้างความรู้ใหม่ที่สอดคล้องกับชีวิตของผู้ป่วยเรื่องอาหารการกินประจำวัน เป็นไปตามวัฒนธรรมการบริโภคของท้องถิ่น ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถที่จะรับรู้ เข้าใจ และปรับใช้ได้ง่าย

(2) ออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกายดี (ดีทั้งคู่) วิธีการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน ถ้าจะลองจัดกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการจะเห็นว่ามีอยู่ 2 กลุ่มคือ

(ก) กลุ่มที่คิดว่าการทำงานกิจกรรมประจำวัน เช่น ทำสวน ทำนา ทำไร่ เดินไกล ตักน้ำ ชุดดิน เข็นรถ หรือการทำงานประจำวันในครอบครัว เป็นการออกกำลังกายแล้ว เพราะเห็นว่ากิจกรรมเหล่านี้ก็สามารถทำให้มีเหงื่อออก แต่ก็ไม่เข้าใจว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไรจึงจะเรียกว่าการออกกำลังกายได้ เช่น

นายสะบนเหลาะ ชาวสงขลา เป็นเบาหวานมาแล้ว 10 ปี ปัจจุบันอายุ 50 ปี เล่าว่า

“ไม่เข้าใจถึงการออกกำลังกายแม้จะได้รับการอธิบายจากเจ้าหน้าที่มาบ้าง คิดว่าการทำงานในแต่ละวันก็เป็นการออกกำลังกายแล้วก็ได้ใช้แรง และได้เหงื่อด้วย”

(ข) กลุ่มที่เข้าใจการออกกำลังกายเป็นอย่างดี จนสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ได้แก่ เดินไกล ๆ วิ่งกายบริหาร โยคะ รำมวยจีน เดิน ถีบจักรยาน รำมวยจีน กระเชียงบก ว่ายนํ้า เล่นกอล์ฟ เทนนิส วิ่ง แบดมินตัน กระโดดเชือก ขึ้นลงบันได ซึ่งเจ้าหน้าที่ควรให้การสนับสนุน แนะนำ และส่งเสริมให้ออกกำลังกายตามความถนัด อย่างเหมาะสมกับวัย

หรือโรคแทรกซ้อนทางหัวใจอื่น ๆ

สิ่งที่อาจจะเป็นอุปสรรคได้ คือ ในระบบบริการทางการแพทย์ในปัจจุบันได้พยายามสร้างวัฒนธรรมใหม่ในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้พึ่งพาตนเอง โดยเฉพาะการออกกำลังกาย บางครั้งไม่เหมาะสมกับลักษณะกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การเดินแอโรบิก ที่เป็นนโยบายการออกกำลังกายที่เป็นลักษณะกลุ่มชน (mass) ผู้ป่วยบางรายไม่คุ้นเคยกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิก จึงไม่สามารถที่จะนำความรู้ที่ได้รับจากผู้ดูแลทางการแพทย์ไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน เช่น

ป้าสมพงษ์ อายุ 73 ปี เป็นเบาหวานมา 3 ปี สะท้อนความรู้สึกว่า

“มันก็ดี แต่ไม่ได้ทำที่บ้านเพราะอายุหลากหลาย”

(มัลลิกา และคณะ, 2551)

ผู้ป่วยบางราย บางกลุ่มรับรู้ว่าการออกกำลังกายเป็นประจำบางรูปแบบมีลักษณะเฉพาะ และเป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำเป็นกลุ่ม จะรู้สึกดีกว่าทำคนเดียว หรือเป็นกิจกรรมที่ปรับวิถีชีวิตให้เป็นไปตามคำแนะนำของแพทย์ที่ทำได้ยาก

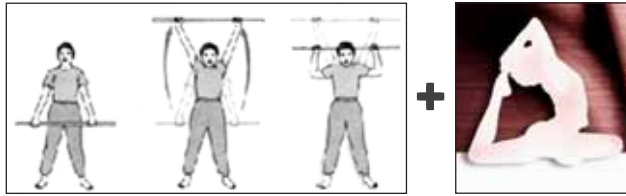
ดังนั้น ควรปรับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ให้เป็นการออกกำลังกายอย่างไร ให้เหมาะกับวัฒนธรรม สภาวะร่างกาย (น้ำตาล) และอายุ หรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพอื่นร่วมด้วยจะสามารถใช้ชีวิตประจำวันให้มีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมและสามารถพัฒนาเป็นกิจกรรมที่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างไร จึงเป็นสิ่งที่สำคัญและท้าทายกับเจ้าหน้าที่ของเรา

ตัวอย่างรูปแบบการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับท้องถิ่น

รูปแบบการออกกำลังกายด้วยวิถีโยคะร่วมกับรำไม้พลองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ โดยพัฒนาการฝึกโยคะซึ่งเป็นการบริหารร่างกายที่ปลอดภัยกระแทก ทำด้วยความนุ่มนวล เพื่อบริหารให้กล้ามเนื้อแข็งแรง เป็นการบริหารจิตใจ และจิตวิญญาณให้มีพลัง สามารถใช้กับเบาหวานทุกกลุ่มอายุ การรำไม้พลองเป็นแนวปฏิบัติที่ดี

โครงการอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้าน “ดาระ” สานสายใยสู่ชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนควนโดน อำเภอกวนโดน จังหวัดสตูล ได้คิดค้นการออกกำลังกายแบบ “ดาระบิก” (ภาพที่ 4.2) โดยเกิดจากคำถามที่ว่า

“รูปแบบการออกกำลังกายที่มีอยู่ เช่น แอโรบิก รำไม้พลอง ไทเก๊ก ไม่ได้มีการยอมรับเพราะคิดว่าขัดกับหลักศาสนา จะทำอย่างไรให้ชาวควนโดนได้มีกิจกรรมออกกำลังกายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตตนเอง”



ป้าสุวรรณ วัย 60 ปี เป็นเบาหวานมา 6 ปี ชาวพังงา เข้าร่วมกิจกรรมรำไม้พลองเพื่อเป็นการออกกำลังกาย

“ป้าเป็นทั้งเบาหวานและความดัน ป้ามารำกับเค้าทุกวัน ดีค่ะ ได้ออกกำลังกาย สุขภาพดีขึ้น ตอนนี้ไม่ต้องกินยาเลย”

ป้าโต อายุ 65 ปี เป็นเบาหวานมา 5 ปี เล่าว่า

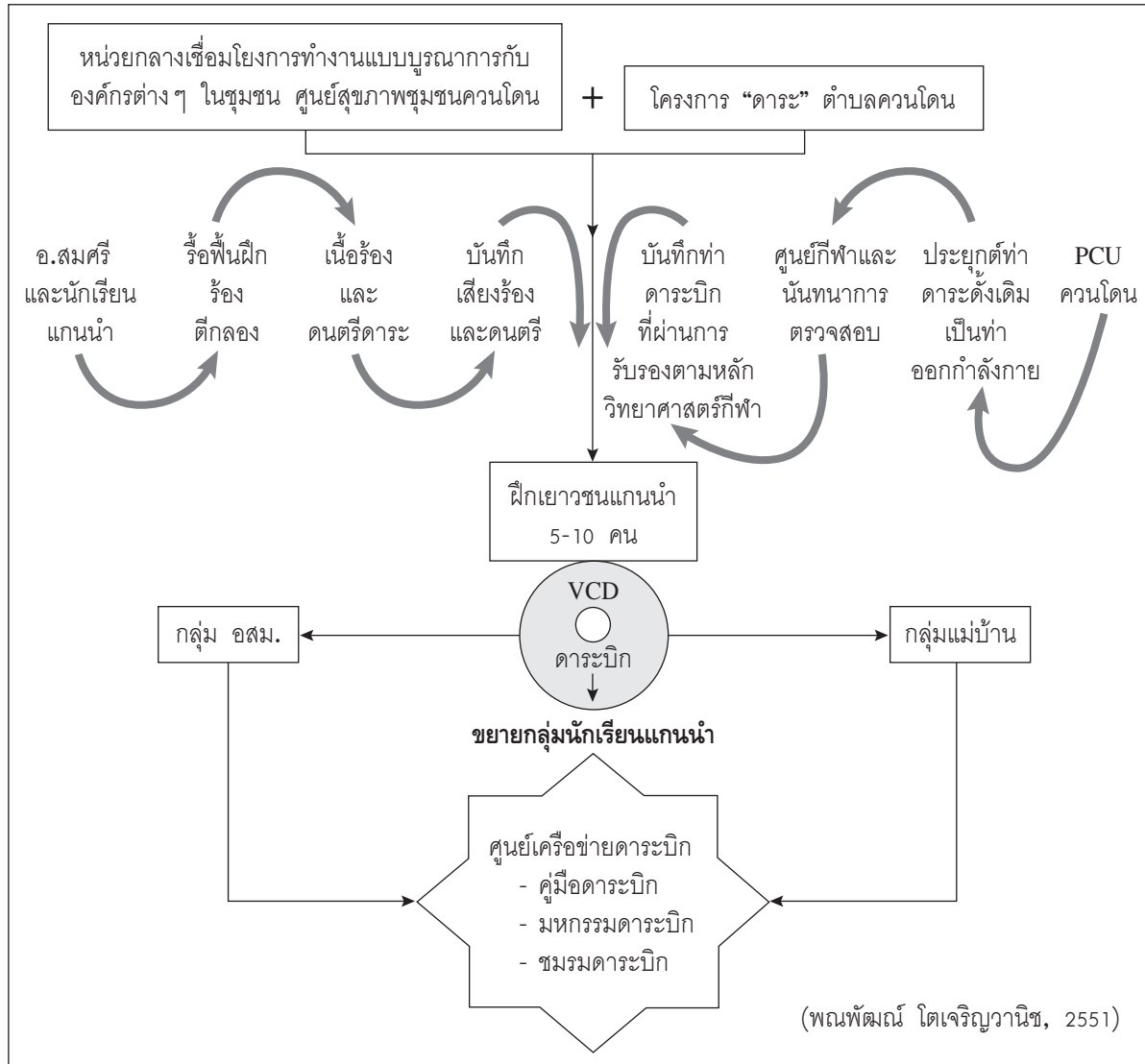
“หมอเขาสอนล่ำกระบอง ป้าก็มาแอบทำตอนเข้าที่บ้าน ลองปรับทำแต่น้อยๆ และทำแปดสิบเดียว ทำนานๆ ไม่ได้ ซึ่งก็ได้ผลกับร่างกายของเรานั้นคล้ายๆ แข็งขามีแรง”

(3) **ความเครียดกับโรคเบาหวาน** ความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน หากผู้ป่วยสามารถปรับตัวและยอมรับว่าโรคเบาหวานเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ก็จะมี

มุมมองของชีวิตแง่บวกมากกว่าแง่ลบ (วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ, 2550) จะช่วยให้เรียนรู้อยู่กับโรคได้ดี แต่ผู้ที่มีมุมมองชีวิตแง่ลบ จะปรับตัวไม่ได้ก็จะรู้สึกท้อใจ ทุกข์ เครียด คับข้องใจ เบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดกำลังใจ เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ต้องใช้วิธีหลากหลายรูปแบบ มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต บทบาทในครอบครัวและสังคม มีการเปลี่ยนแปลง และต้องควบคุมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยมองว่าเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก ซับซ้อน สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับตัวได้

ภาวะเครียดแต่ละบุคคลไม่เท่ากันเราจะจัดการอย่างไร เจ้าหน้าที่ควรให้ความสนใจเสนอทางเลือกเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย และสนับสนุนให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดของตนเองได้ในทางบวก จะทำให้การป้องกันควบคุมโรคเบา-

● ภาพที่ 4.2 ● การออกกำลังกายแบบ “ดาระบิก” ของชาวควนโดน



หวานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

นายสมชาย อายุ 52 ปี เป็นเบาหวานมา 4 ปี

“เวลาเครียดจะรู้เหมือนกันว่าทำให้น้ำตาลสูงขึ้น พอคิดได้ ก็จะสงบอารมณ์นั่งพัก ต้องทำให้ปลง สักพักก็จะดีขึ้น หรือไปตกปลา ก็มีเวลาพักผ่อนเหมือนกัน ได้นั่งเอนหลัง ถือเป็นการพักผ่อนได้”

2. โรคเบาหวาน

กับการแสวงหาบริการ

การแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคล เป็นการปฏิบัติเพื่อตอบสนองอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายที่เขาเชื่อว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วย ตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติ เพื่อให้สามารถดำรงสภาวะสุขภาพของตนเองได้ยาวนาน

การรับรู้ เข้าใจ การแสวงหาบริการของผู้ป่วย

● ตารางที่ 4.2 ● ขั้นตอนการแสวงหาบริการของผู้ป่วยเบาหวาน

ขั้นตอนการแสวงหาบริการ	กรณีศึกษา
<p>ขั้นตอนที่ 1 เมื่อเริ่มมีอาการแสดงของภาวะเบาหวานเกิดขึ้น:</p> <p>จะแสวงหาการดูแลสุขภาพ เริ่มตั้งแต่การให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยที่เป็นความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดกันมาตามความหมายทางวัฒนธรรม หรืออาจไปปรึกษาบุคคลใกล้ชิด สมาชิกครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อขอคำยืนยันว่าเจ็บป่วยจริงและควรจะรักษาด้วยวิธีไหน</p>	<p>ลุงสมชาย อายุ 49 ปี เริ่มมีอาการอ่อนเพลีย หิวน้ำบ่อย กินได้เป็นขวดๆ จะเห็นน้ำไม่ได้อยากจะกินอย่างเดียว บัสสาวะบ่อยมาก บัสสาวะมีกลิ่นคาวๆ เป็นฟอง เป็นคราบเห็นได้ชัดเจน เป็นอยู่ประมาณ 2 เดือน ได้ถามอาการจากพ่อ พ่อเป็นเบาหวาน พ่อบอกว่าอาการเหมือนเป็นเบาหวาน บอกให้ไปตรวจที่โรงพยาบาล แต่ไม่ยอมไป</p>
<p>ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการรักษา:</p> <p>เป็นการเลือกแหล่งบริการสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพตามการให้ความหมาย ความเชื่อในสาเหตุ ความรุนแรงของอาการ และทรัพยากรที่มีอยู่ ทั้งผู้ป่วยเบาหวานและบุคคลใกล้ชิดจะร่วมกันประเมินและเลือกวิธีการรักษา</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ต่อมาน้องสาวลุงสมชายที่เป็นครูมาหาที่บ้านแนะนำให้ไปตรวจที่โรงพยาบาลลานนา ได้พาไปตรวจ พบว่าน้ำตาลเท่ากับ 360 มก./ดล. ไขมันในเลือดสูง ความดันเลือดสูง หมอบอกว่าเป็นเบาหวาน - หรือกรณีนายใบ “แต่ก่อนตอนเป็นเบาหวานใหม่ๆ ไปซื้อยาต้มมากิน หม้อละ 700 บาท กินได้ 2 หม้อ อาการไม่ดีขึ้นและไม่หาย จึงไปตามหมอบ หมอบอกว่าเป็นโรครักษาไม่หาย ก็ไม่ได้ไปซื้อยาที่ไหนมากินอีก”
<p>ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล:</p> <p>ผู้ป่วย ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมร่วมกันประเมินตลอดเวลากว่า ความเจ็บป่วยที่เป็นนั้นดีขึ้นหรือหายไปตามคำอธิบายทางวัฒนธรรมและความเอาใจใส่ของผู้รักษาที่มีต่อผู้ป่วย</p>	<p>กรณีนางบุญถมเล่าว่า “หมอบให้ยามากิน 2 เม็ด วันละครั้ง ให้ไว้ครั้งละ 2 เดือน กินอยู่ประมาณ 1 ปี น้ำตาลขึ้นมากกว่าเดิม ขึ้นเกือบ 300 เลยเลิกกิน เพราะไม่มีกำลังใจ เลยหันไปกินบอระเพ็ดแทนตามที่คนรู้จักเขาบอกมา”</p>

ประกอบด้วย

ยาสมุนไพร หรือยาแผนโบราณควบคู่ไปกับการรักษาของโรงพยาบาล เช่น กรณีนางบุญถม หรือกรณีป่าทา

ก. ขั้นตอนการแสวงหาบริการ

การเลือกใช้บริการจากแหล่งต่างๆ ตามการรับรู้ หรือพึงพอใจ เพื่อให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วย (ตารางที่ 4.2)

ข. การใช้แพทย์ทางเลือก

ตัวอย่างของการใช้แพทย์ทางเลือก เช่น การกิน

ป่าทา อายุ 65 ปี เป็นเบาหวานมา 10 ปี เล่าว่า

“อยากหาย ก็เลยหาซื้อสมุนไพรมากินหลายอย่าง ทั้งบอระเพ็ด ลูกยอ หนุ้าปากกิ่ง ปลูกไว้ด้วยเอามากินกับน้ำพริก แต่กินแล้วไม่มีแรงเลยหยุดกิน และหมอก็กห้ามไม่ให้กิน”

ความรู้สึกอยากหายจากโรคที่เป็น ผู้ป่วยจะเชื่อฟังคำแนะนำต่าง ๆ จากคนรอบข้าง และทดลองเพื่อให้อาการที่เป็นดีขึ้น ทั้งการใช้แพทย์ทางเลือกอย่างเดียว หรือใช้ร่วมกับยารักษาโรคที่ได้รับจากสถานบริการสาธารณสุข เรียนรู้และได้ผลอย่างไรผู้ป่วยให้คำตอบแก่ตัวเองได้

การทำความเข้าใจกับลักษณะของการแสวงหาบริการของผู้ป่วย ทั้งการเลือกใช้บริการที่พึงพอใจและการใช้แพทย์ทางเลือก เจ้าหน้าที่ควรยอมรับและสามารถให้การแนะนำต่อบริการที่ผู้ป่วยเลือกใช้ได้หรือไม่ เกิดประโยชน์หรือโทษ และมีอาการที่พึงระวัง ที่ส่งผลต่อความเจ็บป่วยของเขาอย่างไร

3. ข้อควรระวัง

ในการให้บริการผู้ป่วย

การสื่อสาร การอธิบายความหมายของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อพยาธิสภาพของโรค การชู้ให้กลัว การตำหนิหรือการกำหนดข้อห้ามต่าง ๆ เพื่อหวังผลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย อาจเป็น **หลุมพราง** ทำให้ลืมนึกถึงชีวิตและความรู้สึกของผู้ป่วย จึงควรระมัดระวังในการให้บริการผู้ป่วยดังต่อไปนี้

ก. การสื่อสารผ่านตัวเลข

จากที่เจ้าหน้าที่มักสื่อสารกับผู้ป่วยถึงความเจ็บป่วย พยาธิสภาพของโรคที่กำลังดำเนินอยู่ในร่างกายเป็นเพียงตัวเลข เช่น ตัวเลขแสดงปริมาณน้ำตาลในเลือดที่ใช้เกณฑ์วัด **“น้ำตาลต่ำกว่า 100”** หมายถึงปกติ **“100-125”** หมายถึง เสี่ยง และ **“126 ขึ้นไป”** หมายถึง น้ำตาลสูง ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองเป็นตัวเลข การรักษาจึงเป็นเพียงการทำให้ค่าต่าง ๆ อยู่ในระดับเกณฑ์มาตรฐาน ผู้ที่เจ็บป่วย

และคนรอบข้างจึงเข้าใจว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังไม่เป็นอันตราย หรือน่ากลัว ไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหาร ไม่ต้องงดการสูบบุหรี่ หรือลดการดื่มสุรา เพียงปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์อย่างเคร่งครัดด้วยการกินยา และมารับยาตามนัดหมาย (มัลลิกา มัติโก และคณะ, 2551)

ข. การชู้ให้กลัว

เพื่อหวังผลให้ผู้ป่วยดูแลตนเองก็อาจไม่ได้ทำให้เกิดความตระหนักได้จริง เช่น **“ระวังจะถูกตัดขาหรือตาบอดหากไม่เปลี่ยนพฤติกรรม...อย่ามัวแต่ตามใจตัวเอง”** ซึ่งอาจก่อให้เกิดแรงต่อต้าน หรือในทางกลับกันอาจยอมจำนนว่าเป็นเรื่องของกรรมเวรที่หลีกเลี่ยงไม่พ้น

ค. “ข้อห้ามหรือข้อจำกัด”

คำแนะนำของเจ้าหน้าที่อีกนัยหนึ่งเป็นการตอกย้ำ **ชีวิตที่เต็มไปด้วยข้อจำกัด** ให้ยิ่งถูกจำกัดมากขึ้น จนไม่สามารถปรับตัวตามคำแนะนำที่ได้รับและต้องเผชิญอยู่กับชีวิตจริงที่เจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ เกิดความเครียดมากขึ้น จนบางครั้งจะเกิดเป็นพฤติกรรมต่อต้าน ต่อรอง หรือปฏิเสธกับแนวทางการรักษา จนบางครั้งจะออกจากระบบบริการไป

ง. การตำหนิ

พฤติกรรมกรรมการตำหนิ ว่ากล่าวจากบุคลากรให้แก่ผู้ป่วย อาจทำให้ความสัมพันธ์ในระบบบริการเป็นความสัมพันธ์ที่สร้าง ความแปลกแยก มีการต่อต้านหรือความร่วมมือในการปฏิบัติตามสิ่งที่แนะนำลดลง อาจทำให้เกิดความล้มเหลวต่อการควบคุมความเจ็บ

ป่วยทั้งในระบบบริการและชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานขึ้นได้ การจัดการบริการที่คำนึงถึงความเหมาะสมกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นนั้น ๆ ย่อมเกิดความร่วมมือในการควบคุมดูแลโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้รูปแบบการจัดการบริการโดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วย จำแนกเป็นกลุ่มสีตามค่าระดับน้ำตาล หรือการยกตัวอย่างผู้ป่วยเปรียบเทียบ ยิ่งเป็นการตอกย้ำ ติดป้ายตีตราผู้ป่วยได้ว่าเป็นกลุ่มสีของ “ผู้ขาดความรับผิดชอบ”

ทั้งนี้พึงระลึกเสมอว่า “ถ้าต้องการให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น...เรากำลังเปลี่ยนวิถีชีวิตของเขา การกินยาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดกำลังเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเรื่องใหญ่มาก” ดังนั้นจึงควรระมัดระวัง สร้างความสมดุลระหว่าง “งานรักษา” และ “ความนุ่มนวลละเอียดอ่อน” ซึ่งจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ

“ควรพยายามทำความเข้าใจโลกชีวิตของผู้ป่วย ไม่ควรตำหนิ” เช่น **“ทำไมไม่ดูแลตนเอง เพราะผู้ป่วยอาจมีปัญหาในชีวิตอย่างอื่นอีกมากมายที่เขาต้องเผชิญ “แต่ควรให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยสามารถฟันฝ่าอุปสรรคได้อย่างอบอุ่นใจ”**

Kumagai A, et al.(2008)

เอกสาร

- กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2544-2547. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2548.
- กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ.2546-2547. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2548.
- กาญจนา แก้วเทพ, พริศรา แซ่ก้วย. เพศวิถี วันวานวันนี้และวันพรุ่งนี้จะไม่เหมือนเดิม. เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์; 2547 หน้า 1-22.
- บุศรา เกิดพึ้งบุญประชา. แนวคิดการอธิบายโรคและสถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
- พนพัฒน์ โตเจริญวานิช. การจัดการบริการปฐมภูมิเรื่องการดูแลโรคเบาหวานในพื้นที่พิเศษจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส.) ภาคใต้; 2551.
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล. Available from: <http://www.sexualityconferencethailand.net/Concepts-Theories-Methodologies-studies-of-sexualities.pdf>.
- มัลลิกา มัติโก, และคณะ. รายงานการศึกษา “จิตสาธารณะของประชาชนที่มีต่อความเจ็บป่วยเรื้อรัง” กรณีศึกษาชุมชนมะเกลือ หมู่ที่ 4 ตำบลคลองโยง อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
- มานี จำนวนผล. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันออก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ, และคณะ. รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. รายงานการวิจัย; 2550.
- Available from: <http://www.oknation.net/blog/print.php?id=42043> (November,2008).
- Kumagai A. Diabetes stories: use of patient narratives of diabetes to teach patient-centered care. Adv Health Sci Edu 2008.