

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพและศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงหลังการพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวานในพื้นที่หมู่ 1 ตำบลบางกระเบา อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาสามารถจำแนกออกเป็น 5 ส่วน ซึ่งจะเสนอตามลำดับ ดังนี้

- 4.1 ภาวะสุขภาพของผู้เป็นเบาหวาน
- 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้เป็นเบาหวาน
- 4.3 การวิเคราะห์บทบาทของผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพในชุมชนสำหรับผู้เป็นเบาหวาน
- 4.4 กระบวนการพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพในชุมชนสำหรับผู้เป็นเบาหวาน
- 4.5 ผลการเปลี่ยนแปลงหลังการพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวาน

4.1 ภาวะสุขภาพของผู้เป็นเบาหวาน

4.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ

จากการศึกษาผู้เป็นเบาหวานจำนวน 42 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.3) อายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 66.7) อายุเฉลี่ย 65 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.09) โดยมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 71.4) ประกอบอาชีพดูแลบ้านหรือเลี้ยงหลานอยู่ที่บ้าน (ร้อยละ 76.2) รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 45.2) เกือบทุกคนอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 97.6) และโดยมากมีบทบาทเป็นผู้ทำงานบ้าน (ร้อยละ 66.7)

เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพ พบว่า ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 6-10 ปี (ร้อยละ 40.5) โดยมากมีญาติหรือสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 45.2) รักษาเบาหวานที่โรงพยาบาลนครชัยศรีร้อยละ 64.3 ประมาณสองในสามของผู้ป่วยรับรู้ว่าตนมีโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ร้อยละ 69) โดยพบว่ามิโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (82.8) รองลงมาคือ โรคหัวใจ ไตวายและจอประสาทตาผิดปกติ (ร้อยละ 6.9, 6.9 และ 3.4 ตามลำดับ) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4.1 และ 4.2

ตารางที่ 4.1

จำนวนและร้อยละ ของลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมของผู้เป็นเบาหวาน

ข้อมูลทั่วไป	ผู้เป็นเบาหวาน n = 42	ร้อยละ
<u>เพศ</u>		
ชาย	15	35.7
หญิง	27	64.3
<u>อายุ (ปี)</u>		
30 - 40 ปี	1	2.4
41 - 50 ปี	4	9.5
51 - 60 ปี	9	21.4
> 60 ปี	28	66.7
$\bar{X} = 65, S.D. = 11.9$		
<u>ระดับการศึกษา</u>		
น้อยกว่าระดับประถมศึกษา	2	4.8
ประถมศึกษา	30	71.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	7.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	14.3
ปริญญาตรี	1	2.4
<u>อาชีพ</u>		
ดูแลบ้าน	32	76.2
ทำนา	2	4.8
ค้าขาย	2	4.8
อื่น ๆ	6	14.2

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้เป็นเบาหวาน n = 42	ร้อยละ
<u>รายได้ครอบครัว</u>		
รายได้เท่ากับรายจ่าย	19	45.2
รายได้มากกว่ารายจ่าย	7	16.7
รายได้น้อยกว่ารายจ่าย	16	38.1
<u>การอยู่อาศัย</u>		
อยู่คนเดียว	1	2.4
อยู่กับครอบครัว	41	97.6
<u>บทบาทในครอบครัว</u>		
เป็นผู้หารายได้	6	19.0
เป็นผู้เลี้ยงดูบุตร/หลาน	8	14.3
เป็นผู้ทำงานบ้าน	28	66.7

ตารางที่ 4.2

จำนวนและร้อยละ ของภาวะสุขภาพของผู้เป็นเบาหวาน

ข้อมูลทั่วไป	ผู้เป็นเบาหวาน n = 42	ร้อยละ
<u>ระยะเวลาที่ถูกวินิจฉัยเป็นเบาหวาน</u>		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	14	33.3
6 - 10 ปี	17	40.5
10 ปีขึ้นไป	11	26.2
<u>สมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวาน</u>		
มี	19	45.2
ไม่มี	18	42.9
ไม่แน่ใจ	5	11.9

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้เป็นเบาหวาน n = 42	ร้อยละ
<u>รักษาเบาหวานที่สถานบริการอื่น</u>		
มี	15	35.7
ไม่มี	27	64.3
<u>โรคแทรกซ้อนเบาหวาน</u>		
- มี	29	69.0
- โรคความดันโลหิตสูง	24	82.8
- โรคหัวใจ	2	6.9
- โรคไตวาย	2	6.9
- โรคจอประสาทตาผิดปกติ	1	3.4
- ไม่มี	13	31.0

4.1.2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

จากการศึกษาความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่ถูกต้อง 3 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการรักษา ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.06 แต่ละด้านปรากฏผล ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการรักษาผู้เป็นเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.22) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่าผู้เป็นเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาเบาหวานที่สำคัญประกอบด้วย การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และใช้ยาอย่างถูกต้องมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.00) รองลงมา คือ ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดโรคเบาหวานขึ้นตา ต้อกระจก ไตวาย ปลายประสาทเสื่อม หัวใจขาดเลือด โรคอัมพฤกษ์อัมพาต (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.04) และผู้เป็นเบาหวานมีอาการปีศาจบ่อยเนื่องจากไตจับกลูโคสออกมาในปัสสาวะ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.10) ตามลำดับ

2. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรค ผู้เป็นเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เท่ากับ 0.75) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายวันละ 10-15 นาทีต่อครั้ง รวบรวมให้ได้ 30 นาทีต่อวัน ปฏิบัติทุกวันจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.45) รองลงมา คือ อาหารประเภทน้ำตาลชนิดต่างๆ ซึ่งร่างกายดูดซึมได้รวดเร็ว ไม่แนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานรับประทาน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.68) และไม่ควรถรมรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ควรรับประทานยาตรงเวลาสม่ำเสมอ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.68) ตามลำดับ

3. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.23) โดยมีความรู้เกี่ยวกับเมื่อมีอาการน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ถ้าพยายามแก้ไขแล้วไม่ดีขึ้นควรไปพบแพทย์ทันทีมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.61) รองลงมา คือ ถ้าควบคุมเบาหวานไม่ดีจะเกิดโรคอวัยวะตาผิดปกติจากเบาหวานที่เรียกว่าเบาหวานขึ้นตา (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.07) และถ้าน้ำตาลในเลือดสูงจะมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ กระจายน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.03) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3

ร้อยละ ความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน (n = 42)

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	\bar{X}	S.D.
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ		
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการรักษา							
1.1 โรคเบาหวานเป็นโรคที่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้	7(16.7)	0(0.00)	7(16.7)	0(0.00)	28(66.7)	4.00	1.54
1.2 โรคเบาหวานเกิดจากร่างกายมีภาวะคือ	7(16.7)	0(0.00)	13(31.0)	0(0.00)	22(52.4)	3.71	1.51

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	ไม่เห็น	ไม่เห็น	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	\bar{X}	S.D.
	ด้วยอย่าง ยิ่ง	ด้วย	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ		
ต่ออินซูลินและมีการหลังอินซูลินลดลง							
1.3 การที่จะตรวจว่าเป็นเบาหวาน ต้องมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมากกว่า หรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	12(28.6)	0(0.00)	2(4.8)	2(4.8)	26(61.9)	3.71	1.79
1.4 ผู้เป็นเบาหวานมีอาการปัสสาวะบ่อยเนื่องจากไตขับกลูโคสออกมาในปัสสาวะ	3(7.1)	0(0.00)	2(4.8)	1(2.4)	36(85.7)	4.59	1.10
1.5 การรักษาเบาหวานที่สำคัญคือ ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และใช้ยาอย่างถูกต้อง	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	42(100)	5.00	0.00
1.6 ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดโรคเบาหวานขึ้นตา ต้อกระจก ไตวาย ปลายประสาทเสื่อม หัวใจขาดเลือด โรคอัมพฤกษ์อัมพาต	3(7.1)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.4)	38(90.5)	4.69	1.04
1.7 ปลายประสาทเสื่อมจะทำให้เกิดอาการอาเจียน ท้องเสีย เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ	8(19.0)	0(0.00)	6(14.3)	1(2.4)	27(64.3)	3.92	1.59
รวม						4.07	1.22
2. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2							
2.1 เราไม่ควรดื่มรับประทานชาลดระดับน้ำตาลในเลือด ควรรับประทานชาตรงเวลาสม่ำเสมอ	1(2.4)	0(0.00)	1(2.4)	0(0.00)	40(95.2)	4.85	0.68
2.2 เมื่อไม่สบาย และรับประทานยาไม่ได้ตามปกติควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานชาลดระดับน้ำตาล	4(9.5)	0(0.00)	1(2.4)	0(0.00)	37(88.1)	4.57	1.21

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	\bar{X}	S.D.
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ		
2.3 อาหารประเภทน้ำตาลชนิดต่างๆ ซึ่ง ร่างกายดูดซึมได้รวดเร็ว ไม่แนะนำให้ ผู้เป็นเบาหวานรับประทาน	1(2.4)	0(0.00)	1(2.4)	0(0.00)	40(95.2)	4.85	0.68
2.4 ออกกำลังกายวันละ 10-15 นาทีต่อ ครั้ง รวบรวมให้ได้ 30 นาทีต่อวัน ปฏิบัติ ทุกวันจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้	0(0.00)	0(0.00)	2(4.8)	1(2.4)	39(92.9)	4.88	0.45
					รวม	4.78	0.75
3. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2							
3.1 ถ้าควบคุมเบาหวานไม่ดีจะเกิด โรคจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน ที่เรียกว่าเบาหวานขึ้นตา	3(7.1)	0(0.00)	1(2.4)	0(0.00)	38(90.5)	4.66	1.07
3.2 เบาหวานขึ้นตามือเกิดนานๆจะมี อาการตามัว ผู้เป็นเบาหวานทุกคนมี โอกาสเกิดได้	5(11.9)	0(0.00)	2(4.8)	0(0.00)	35(83.3)	4.42	1.34
3.3 อาการตามัวเกิดจากจุดรับภาพวมและ มีเลือดออกในวุ้นตา จอประสาทตาจะหลุด ลอกจนเกิดตาบอดได้	6(14.3)	0(0.00)	1(2.4)	1(2.4)	34(81.0)	4.35	1.42
3.4 สิ่งสำคัญที่สุดที่จะป้องกันจอประสาท ตาผิดปกติ คือ การตรวจตาและรักษาใน ระยะเริ่มแรกของโรค	8(19.0)	0(0.00)	2(4.8)	0(0.00)	32(76.2)	4.14	1.60
3.5 โรคไตจากเบาหวานจะตรวจพบ ความดันโลหิตสูง มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ และไตทำงานลดลงจนเกิด ไตวายได้	5(11.9)	1(2.4)	2(4.8)	0(0.00)	34(81.0)	4.35	1.42

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	\bar{X}	S.D.
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ		
3.6 ถ้าไตวายจะเกิดของเสียคั่งในร่างกาย จะมีอาการบวม อ่อนเพลีย กลืนลำบาก ซีมีและโคม่า	4(9.5)	1(2.4)	1(2.4)	2(4.8)	34(81.0)	4.45	1.27
3.7 การป้องกันโรคไตจากเบาหวาน คือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 90-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ ความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตร ปรอท	6(14.3)	0(0.00)	2(4.8)	1(2.4)	33(78.6)	4.30	1.43
3.8 ถ้าน้ำตาลในเลือดสูงจะมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ กระหายน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย	2(4.8)	1(2.4)	2(4.8)	1(2.4)	36(85.7)	4.61	1.03
3.9 ถ้าน้ำตาลในเลือดต่ำจะมีอาการหน้า มืด ตาลาย เหงื่อแตก หัว	4(9.5)	0(0.00)	4(9.5)	0(0.00)	34(81.0)	4.42	1.27
3.10 เมื่อมีอาการน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ถ้าพยายามแก้ไขแล้วไม่ดีขึ้นควรไปพบ แพทย์ทันที	1(2.4)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	41(97.6)	4.90	0.61
						รวม	4.46 1.23

เมื่อแบ่งความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่ถูกต้องออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ปานกลางและมาก (ตารางที่ 4.4) ปรากฏว่าผู้เป็นเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่ถูกต้องโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.34 (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 98.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.99) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 9.52 (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 77.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.21) และระดับน้อยร้อยละ 7.14 (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 58.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.54)

ตารางที่ 4.4
ช่วงคะแนนต่ำสุด - สูงสุด ช่วงคะแนนที่ได้ คะแนนเฉลี่ย จำนวน ร้อยละ
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่ถูกต้อง
ของผู้เป็นเบาหวาน

ระดับความรู้	ช่วงคะแนน			จำนวน	ร้อยละ	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ช่วงคะแนนต่ำสุด-สูงสุด	ช่วงคะแนนที่ได้	คะแนนเฉลี่ย			
น้อย	0-65	45-65	58.33	3	7.14	11.54
ปานกลาง	66-86	66-86	77.75	4	9.52	2.21
มาก	87-105	87-105	98.28	35	83.34	4.99

4.1.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวาน

ปรากฏว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.09) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และการอาบน้ำพร้อมทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ รัดแค้นข้อพับต่าง ๆ เท้า ซอกนิ้วเท้ามากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.00) รองลงมา คือ การสังเกตผิวหนังและเท้า (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.68) และการนำสมุดบันทึกประจำตัวไปรับการตรวจรักษา (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.86) ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมที่ผู้เป็นเบาหวานปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การนวดเท้าหรือบริหารเท้า (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.86) ดังแสดงในตารางที่ 4.5 และ 4.6

ตารางที่ 4.5

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมกาารดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวาน (n = 42)

พฤติกรรมกาารดูแลตนเอง	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	\bar{X}	S.D.
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ		
1. บริโภคน้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน	11.9(5)	2.4(1)	2.4(1)	7.1(3)	76.2(32)	4.33	1.37
2. บริโภคเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน	19.0(8)	2.4(1)	4.8(2)	7.1(3)	66.7(28)	4.00	1.61
3. รับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ หนังไก่	66.7(3)	19.0(1)	4.8(2)	2.4(8)	7.1(28)	4.36	1.16
4. รับประทานผลไม้ไม่หวานจัด เช่น มะละกอ ฝรั่ง ชมพู	14.3(6)	21.4(9)	16.7(7)	4.8(2)	42.9(18)	3.40	1.56
5. ไม่สูบบุหรี่	7.1(3)	0.00(0)	0.00(0)	0.00(0)	92.9(39)	4.71	1.04
6. ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	0.00(0)	0.00(0)	0.00(0)	0.00(0)	100.0(42)	5.00	0.00
7. ออกกำลังกายตามสภาพร่างกาย	21.4(9)	14.3(6)	19.0(8)	2.4(1)	42.9(18)	3.31	1.65
8. จัดการความเครียดแต่ละวัน เช่น ดูหนัง ฟังเพลง นั่งสมาธิ	7.1(3)	2.4(1)	9.5(4)	0.00(0)	81.0(34)	4.45	1.21
9. อาบน้ำพร้อมทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ รัดเข็ม	0.00(0)	0.00(0)	0.00(0)	0.00(0)	100.0(42)	5.00	0.00
10. สังเกตผิวหนังและเท้า	2.4(1)	0.00(0)	4.8(2)	0.00(0)	92.9(39)	4.81	0.74
11. ระวังดูแลรักษาเท้าและผิวหนังไม่ให้เกิดแผล	4.8(2)	0.00(0)	4.8(2)	0.00(0)	90.5(38)	4.71	0.94
12. บริหารเท้าหรือนวดเท้า	52.4(22)	9.5(4)	0.00(0)	4.8(2)	33.3(14)	2.57	1.86
13. นำสมุดบันทึกประจำตัวไปรับการตรวจรักษา	4.8(2)	0.00(0)	0.00(0)	0.00(0)	95.2(40)	4.81	0.86
14. รับประทานยาหรือฉีดยาตามแพทย์สั่ง	4.8(2)	2.4(1)	0.00(0)	0.00(0)	92.9(39)	4.74	0.96
15. ไม่รับประทานยาชุดยาถูกกลอน	14.3(6)	0.00(0)	0.00(0)	2.4(1)	83.3(35)	4.40	1.42
					รวม	4.30	1.09

เมื่อแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ปานกลางและระดับมาก (ตารางที่ 4.6) ปรากฏว่าผู้เป็นเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.8 (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 68.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.67) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 23.8 (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 56.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.56) และระดับเพียงร้อยละ 2.4 (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0)

ตารางที่ 4.6

ช่วงคะแนนต่ำสุด - สูงสุด ช่วงคะแนนที่ได้ คะแนนเฉลี่ย จำนวน ร้อยละ
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้เป็นเบาหวาน

ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง	ช่วงคะแนน			จำนวน	ร้อยละ	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
	ช่วงคะแนน ต่ำสุด-สูงสุด	ช่วง คะแนนที่ ได้	คะแนน เฉลี่ย			
น้อย	0-48	35-48	35	1	2.4	0
ปานกลาง	49-62	49-62	56.6	10	23.8	3.56
มาก	63-75	63-75	68.16	31	73.8	3.67

4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวาน

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวาน ภายใต้การทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงของการใช้สถิติไคสแควร์และ T-test พบว่า อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัวและโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ดังตารางที่ 4.7 และ 4.8

ตารางที่ 4.7

คะแนนเฉลี่ยและไคสแควร์ ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวาน

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง			X ²	df	P-value
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
เพศ						
- ชาย	10(23.80)	4 (9.54)	1(2.38)	63.07	17	0.29
- หญิง	21(50.00)	6(14.28)	0(0)	65.48		
ระดับการศึกษา						
- น้อยกว่าระดับ ประถมศึกษา	2(4.78)	0(0)	0(0)	65.50	68	0.01*
- ประถมศึกษา	23(54.76)	7(16.66)	0(0)	65.37		
- มัธยมศึกษาตอนต้น	1(2.38)	1(2.38)	1(2.38)	56.33		
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	5(11.90)	1(2.38)	0(0)	66.67		
- ปริญญาตรี	0(0)	1(2.38)	0(0)	53.00		
อาชีพ						
- ดูแลบ้าน	26(61.92)	5(11.90)	1(2.38)	65.78	51	0.06
- ทำนา	1(2.38)	1(2.38)	0(0)	61.00		
- ค้าขาย	1(2.38)	1(2.38)	0(0)	64.00		
- อื่น ๆ	3(7.14)	3(7.14)	0(0)	59.83		
รายได้ของครอบครัว						
- รายได้เท่ากับรายจ่าย	15(35.72)	4(9.54)	0(0)	65.89	34	0.32
- รายได้มากกว่ารายจ่าย	6(14.28)	1(2.38)	0(0)	66.86		
- รายได้น้อยกว่ารายจ่าย	10(23.80)	5(11.90)	1(2.38)	62.12		
ลักษณะครอบครัว						
- อยู่คนเดียว	0(0)	1(2.38)	0(0)	53.00	34	0.03*
- อยู่กับครอบครัว	31(73.80)	9(21.44)	1(2.38)	64.80		
บทบาทในครอบครัว						
- เป็นผู้หารายได้	2(4.78)	6(14.28)	0(0)	58.77	34	0.23
- เป็นผู้เลี้ยงดูบุตร/หลาน	5(11.90)	1(2.38)	0(0)	66.17		
- เป็นผู้ทำงานบ้าน	24(57.14)	3(7.14)	1(2.38)	65.96		

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง			X ²	df	P-value
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
สิทธิการรักษา					17	0.25
- มี	30(71.44)	10(23.80)	1(2.38)	64.41		
- ไม่มี	1(2.38)	0(0)	0(0)	73.00		
สมาชิกในครอบครัวเป็น					34	0.36
เบาหวาน						
- มี	14(33.33)	4(9.52)	1(2.38)	62.95		
- ไม่มี	14(33.33)	4(9.52)	0(0)	66.22		
- ไม่แน่ใจ	3(7.14)	2(4.78)	0(0)	65.20		
รักษาที่สถานพยาบาลอื่น					17	0.68
- มี	11(26.19)	4(9.54)	0(0)	65.00		
- ไม่มี	20(47.61)	6(14.28)	1(2.38)	64.41		
โรคแทรกซ้อนเบาหวาน					17	0.01*
- มี	24(57.14)	4(9.54)	1(2.38)	65.24		
- ไม่มี	7(16.66)	6(14.28)	0(0)	63.23		

* P-value < 0.05

ตารางที่ 4.8

คะแนนเฉลี่ยและ T-test ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวาน

ปัจจัย	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	T-test	P-value
อายุ	1.02	10.99	0.06	0.02*
ระยะเวลาที่ถูกวินิจฉัยเป็นเบาหวาน	62.69	7.65	-53.09	0.49
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	28.86	13.79	13.56	0.32

* P-value < 0.05

4.3 การวิเคราะห์บทบาทของผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพในชุมชน สำหรับผู้เป็นเบาหวาน

จากการวิเคราะห์การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพในชุมชนของผู้เป็นเบาหวาน ได้แก่ พยาบาล 2 คน พยาบาลเวชปฏิบัติ 1 คน แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน โภชนากร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน ผู้ดูแลผู้เป็นเบาหวาน 15 คนและ อสม. 5 คน สามารถแยกออกได้เป็น 2 ประเด็น ดังนี้

4.3.1 การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพต่อการจัดการสุขภาพผู้เป็นเบาหวาน

สามารถแยกเป็นประเด็นย่อยได้ ดังนี้

4.3.1.1 ขาดความครบถ้วนในการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาล (CPG)

ในการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาล (CPG) นั้นพบว่า พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกมีบทบาทในการซักประวัติและบันทึกผลการตรวจร่างกาย คัดกรองภาวะสุขภาพและโรคแทรกซ้อนก่อนพบแพทย์ รวมทั้งให้ความรู้ตามแนวทางที่กำหนด โดยจะคัดกรองผู้เป็นเบาหวาน ด้วยการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน อาการสำคัญที่มารับการรักษาในครั้งนี้ บันทึกผลการตรวจจอตา การทำงานของไต การตรวจเท้า การตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด และให้คำแนะนำเบื้องต้นก่อนส่งพบแพทย์ให้ทันกำหนดเวลา ไม่เกิน 3 นาทีต่อราย แต่ยังคงขาดการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนและบันทึกผลการตรวจของผู้เป็นเบาหวานทุกราย กล่าวคือ ปฏิบัติได้ในบางรายที่มีเวลาเท่านั้น ส่วนการให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงเพื่อให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายทำได้ในระดับหนึ่ง ความรู้ที่ให้ ได้แก่ โทษของการสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา การบริโภคอาหารที่เหมาะสม และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ในส่วนนี้พบว่าแพทย์มีบทบาทในการตรวจรักษาผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติและเป็นที่ปรึกษาในทีมสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนติดตามประเมินผลการควบคุมเบาหวาน โดยซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด รวมทั้งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินโรคแทรกซ้อนเรื้อรังตามระยะ เช่น ตรวจหาระดับไขมัน ตรวจจอตา คัดกรองโรคแทรกทางไต ตรวจเท้าอย่างละเอียดทุกปี เป็นต้น แต่เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้ระยะเวลาที่แพทย์ตรวจผู้ป่วย 1 รายใช้เวลา 10 นาที ทั้ง ๆ ที่มาตรฐานกำหนดไว้ไม่เกิน 5 นาที การดูแลผู้ป่วยจึงไม่ครอบคลุม

ในกรณีที่ผู้เป็นเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 140 มิลลิกรัมเดซิลิตร จะได้รับคำแนะนำจากพยาบาลให้คำปรึกษาด้านสุขภาพให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยผู้เป็นเบาหวานจะได้รับคำแนะนำวิธีการรับประทานยา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น เมื่อเกิดอาการน้ำตาลต่ำจากการรับประทานยาซัลโฟในลยูเรีย วิธีการแก้ไข คือ ให้รับประทาน น้ำหวานหรือนมและสอนญาติยาอินซูลิน โดยเภสัชกรเมื่อไปรับยากลับบ้าน

ผู้เป็นเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อน อัมพฤกษ์ อัมพาต จะได้รับการส่งต่อนักกายภาพบำบัด ฟันฟูสมรรถภาพเพื่อฝึกบริหารข้อต่อต่าง ๆ และให้คำแนะนำการออกกำลังกายที่บ้าน

หากผู้เป็นเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 200 มิลลิกรัมเดซิลิตรติดต่อกัน 2 ครั้ง จะถูกส่งต่อนักโภชนาการจัดรายการอาหารเฉพาะรายและคำนวณแคลอรีอาหาร ผู้เป็นเบาหวานที่นอนรักษาในโรงพยาบาล หลังจำหน่ายจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลเพื่อประเมินสภาพปัญหาและสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สำเร็จ โดยมีแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมที่บ้าน ในส่วนนี้จากการสัมภาษณ์พยาบาลเยี่ยมบ้าน พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้เป็นเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เกิดจากไม่ได้รับความร่วมมือในการควบคุมการรับประทานอาหารและส่วนใหญ่ขาดผู้ดูแล อีกทั้งไม่มีสถานที่ที่เอื้อต่อการออกกำลังกายในหมู่บ้าน จึงเห็นได้ว่าโรงพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) ได้เพียงบางส่วน

ส่วนที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ คือ การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน และการส่งเสริมให้ผู้เป็นเบาหวานดูแลตนเองเพื่อควบคุมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย ซึ่งสะท้อนตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“หลังจากตรวจคนไข้เสร็จ ก็จะส่งต่อคนไข้ไปที่กลุ่มเวชฯ แต่หลังจากนั้นก็ไม่ได้ตามคนไข้ ไม่ไหวหรือกงานประจำก็มากอยู่แล้ว”

I001_240652

“ผู้ป่วยเบาหวานวันหนึ่ง ๆ เกือบ 60 คน ให้แพทย์ดูรายละเอียดทุกเรื่องคงไม่ไหวหรือ”

I006_120752

“การดูแลผู้ป่วยเบาหวานยังมีปัญหา คือ ตัวชี้วัดที่สำคัญของการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติตั้งเกณฑ์ที่ 90 เปอร์เซนต์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ก็ขอความร่วมมือจากแพทย์และพยาบาลคัดกรองช่วยตรวจเช็คให้ละเอียด แต่ก็ต้องเข้าใจการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 1 คนใช้เวลาเพียง 3 นาที คงเป็นไปได้ยาก”

I001_20065

“ผู้ป่วยเบาหวานไม่ค่อยปฏิบัติตามคำแนะนำหรือ สอนสุขศึกษาทุกครั้งก็ฟัง แต่กลับมาที่ไรน้ำตาลก็ขึ้นทุกที”

I002_180752

4.3.1.2 ขาดการนำผู้ป่วยร่วมการดูแลในทีมสหสาขาวิชาชีพ

แพทย์ พยาบาล เภสัชกรและโภชนากรมีการประสานกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพเยี่ยมผู้ป่วยประจำวันหรือผู้ป่วย โดยร่วมทบทวนแผนการรักษาตามแนวทางการวางแผนการรักษา (Clinical Pathway) และกำหนดแผนการจำหน่าย มีการทบทวนการบริหารยาและผลข้างเคียงโดยเภสัชกร การให้ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคโดยโภชนากรจะให้คำแนะนำการเลือกอาหาร การแลกเปลี่ยนอาหารและปริมาณอาหารที่เหมาะสมในแต่ละมื้อ ในการวางแผนจำหน่ายร่วมกันนั้น ทีมสหสาขาวิชาชีพจะประเมินการใช้ยาโดยเภสัชกร ความรู้เรื่องอาหารโดยโภชนากร พยาบาล ทบทวนอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล การมาตรวจตามนัดและเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายภายใน 1 สัปดาห์ ในส่วนนี้จากการเข้าร่วมทบทวนกรณีปัญหาผู้เป็นเบาหวานที่กลับมาอนรักษซ้ำ (Re-admit) ด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง พบว่าสาเหตุเกิดจากผู้ดูแลไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายและผู้เป็นเบาหวานหลายคนที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งสะท้อนตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“กิจกรรมเยี่ยมผู้ป่วยประจำวันตอนเช้า ทีมดูแลจะมีแพทย์ พยาบาลและเภสัชกรทบทวนแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน”

I004_070452

“หลังจากแพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเสร็จจะมีกิจกรรมทบทวนข้างเตียง พยาบาลประจำเตียงจะเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น กลับมาอนรักษซ้ำ โดยเชิญแพทย์ เภสัชกร โภชนากรและพยาบาลเยี่ยมบ้านเข้าร่วมประชุมวางแผนแก้ไขปัญหาที่เป็นสาเหตุร่วมกัน ข้อมูลที่สรุปได้จะลงบันทึกไว้ในแบบฟอร์มการประสานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ”

I004_070452

นอกจากนี้ ผู้เป็นเบาหวานและผู้ดูแลยังไม่มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพขณะทบทวนข้างเตียงบนหอผู้ป่วย จึงเห็นได้ว่าการประสานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้เป็นเบาหวานยังมุ่งเน้นเฉพาะบทบาทผู้ให้บริการ ขาดการสนับสนุนบทบาทของผู้เป็นเบาหวานในฐานะที่เป็นบุคคลหลักในการจัดการตนเอง และขาดบทบาทของ

ผู้ดูแลในการประสานศักยภาพและความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้เป็นเบาหวาน ซึ่งสะท้อนได้จากคำบอกเล่า ดังนี้

“กลับมานอนโรงพยาบาลเพราะเวียนหัวมาก หมอบอกว่าน้ำตาลป่าสูง เมื่อวานเย็นหลานไม่อยู่ เลยไม่มีใครนึกมาให้”

I003_070452

“สอบถามจากลูกบอกว่าป่าชอบแอบกินขนมหวานประจำ ห้ามไม่ฟัง ลูกคนอื่นก็ตามใจ”

I004_070452

4.3.1.3 ขาดการเชื่อมต่อของพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานในแต่ละจุดบริการ

พบว่าโรงพยาบาลจัดให้มีระบบพยาบาลผู้จัดการ (Nurse Manager) ในแผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยในและกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เพื่อจัดการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเฉพาะราย (Case Management) ในส่วนนี้พยาบาลมีบทบาทในการจัดการดูแลผู้เป็นเบาหวานตั้งแต่จุดบริการผู้ป่วยนอกไปจนถึงการเยี่ยมบ้าน โดยที่จุดผู้ป่วยนอกนั้น หลังจากพบแพทย์แล้ว พยาบาลผู้จัดการจะส่งต่อผู้เป็นเบาหวานไปยังจุดบริการต่างๆ เช่น กรณีที่มีแผลที่เท้าจะส่งต่อไปแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินเพื่อให้พยาบาลผู้จัดการประเมินบาดแผลและกำหนดแผนการดูแลร่วมกับแพทย์ที่แผนกนั้น หากผู้เป็นเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงตามเกณฑ์ที่กำหนดจะส่งให้พยาบาลให้คำปรึกษาค้นหาสาเหตุและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำให้ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตั้งเป้าหมายการดูแลร่วมกันและประเมินผลลัพธ์ในครั้งถัดไป บางรายที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง 2 ครั้งขึ้นไปจะถูกส่งไปกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมและประเมินปัญหาที่บ้าน จะเห็นได้ว่าการจัดระบบพยาบาลผู้จัดการในแต่ละจุดบริการยังไม่มี การเชื่อมต่อของผู้จัดการที่จะดูแลอย่างต่อเนื่องเฉพาะราย ผู้เป็นเบาหวานจะได้รับการส่งต่อและดูแลเฉพาะในแต่ละจุดบริการต่าง ๆ เท่านั้น ซึ่งจะเห็นได้จากการสัมภาษณ์พยาบาลผู้จัดการแผนกผู้ป่วยนอก ดังนี้

“ทุกวันนี้ให้การดูแลเป็นครั้ง ๆ ไป แต่ไม่ได้ประเมินภาพรวมของผู้ป่วยและติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะงานประจำก็มีมากอยู่แล้ว จึงพบว่าผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย”

I006_120752

“หลังพบแพทย์บางรายน้ำตาลสูงมาก ครั้งที่แล้วก็ส่งไปให้พยาบาลให้คำปรึกษา แต่ยังไม่ได้อิงติดตามผล เลยไม่รู้จะให้คำแนะนำอะไรไปแล้วบ้าง”

I006_120752

นอกจากนี้ ผู้เป็นเบาหวานที่มารับบริการก็มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและการรักษาผู้เป็นเบาหวานแต่ละรายจะแตกต่างกันไปในรายละเอียด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์เดิมในเรื่องโรคของผู้เป็นเบาหวาน และสำหรับผู้เป็นเบาหวานที่มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันพบว่าจะคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย ซึ่งสะท้อนได้จากการบอกเล่าของผู้เป็นเบาหวาน ดังนี้

“แต่ก่อนป่าไม่เคยไปหาหมอ พอไปหาหมอที่ หมอบอกน้ำตาลขึ้นที่สามร้อยกว่า อาจทำให้ไตวายได้และน้ำตาลท่วมปอด ตาบอดมองไม่เห็น เราจะทำอะไรให้เบาหวานเราลด เดี่ยวนี้เขากินสมุนไพรพื้นบ้าน มีการกินขอมะรุม เม็ดมะรุม ใบมะยม ต้นรางจืด คนอีสานเขากินใบหญ้านาง ต้นรางจืดกินแล้วได้ผล ปากก็กินบ้าง ได้ผลด้วย”

I005_040752

4.3.1.4 มีการสนับสนุนการสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย (Case Management) และจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในโรงพยาบาลและชุมชน แต่ยังไม่เต็มรูปแบบ

ผู้บริหารให้ความสำคัญต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้เป็นเบาหวาน โดยกำหนดเป็นพันธกิจและยุทธศาสตร์หลักของโรงพยาบาลเพื่อให้ประชาชนที่เป็นโรคนี้สามารถดูแลตนเองขึ้นพื้นฐานได้และมีการวางกลยุทธ์ที่จะสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย โดยสนับสนุนห้องตรวจจำนวน 3 ห้อง อุปกรณ์ตรวจทดสอบการรับความรู้สึกที่เท้า (Monofilament) และเตรียมความพร้อมโดยประชุมและวางนโยบายระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายกับทีมผู้บริหารของโรงพยาบาล พร้อมทั้งจัดหาช่องทางสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้เป็นเบาหวานเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นต่อระบบ โดยหลังจากเจาะเลือดเสร็จเรียบร้อย ผู้บริหารจะชี้แจงโครงการและแนะนำพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่จะดูแลผู้เป็นเบาหวาน มีการจัดตารางผู้รับผิดชอบให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองแก่ผู้เป็นเบาหวานโดยทีมแพทย์ เภสัชกร พยาบาลเวชปฏิบัติ โภชนากรและนักกายภาพบำบัด

ผู้บริหารยังสนับสนุนให้ผู้เป็นเบาหวานจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนภายใต้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยจัดเตรียมห้องสอนสุขศึกษากลุ่มย่อยแบ่งเป็น 3 ห้อง คือ ห้องอาหาร ห้องดูแลเท้าและห้องออกกำลังกาย มีสื่อต่าง ๆ ภายในห้อง เช่น ตัวอย่างอาหารแลกเปลี่ยน รองเท้าตัวอย่างและภาพพลิกการออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้ เนื่องจากพื้นที่หมู่ 1 ตำบลบางกระเบาอยู่ติดกับสถานีอนามัยท่าด่านัก การจราจรภายในชุมชนสะดวก จึงได้ใช้เป็นสถานที่จัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและให้มีกิจกรรมส่งเสริมการดูแลตนเองขึ้นพื้นฐาน อาทิ การออกกำลังกายรำไม้พลอง บริหารร่างกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การนั่งสมาธิสวดมนต์ การจัดเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ โดยสมาชิกประกอบด้วยผู้เป็นเบาหวาน ผู้ดูแลผู้เป็นเบาหวาน อสม.

และผู้นำชุมชน เป็นต้น ซึ่งจัดกิจกรรมทุกวันอาทิตย์บริเวณสวนหย่อมหน้าสถานีอนามัย เวลา 16.00-18.00 น. มีแกนนำผู้สูงอายุเป็นหลักในการนำนั่งสมาธิสวดมนต์ ออกกำลังกายรำไม้พลอง โดยทุกครั้งสมาชิก อบต. ทำคำหนักจะให้การสนับสนุน จัดเตรียมสถานที่ ตัดหญ้าบริเวณที่จัดกิจกรรมให้สั้น พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกโต๊ะม้าหินนั่งจำนวน 1 ชุดเครื่องขยายเสียงชนิดพกพา จำนวน 1 เครื่องเพื่อใช้จัดกิจกรรมอีกด้วย จากการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมพบว่า สมาชิกที่มาพร้อมตัวกันส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเบาหวานในพื้นที่ซึ่งจะมาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งปัญหาครอบครัวที่ส่งผลให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล มีการเติมเต็มกำลังใจให้แก่กัน ทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความสุขและผ่อนคลายความตึงเครียดได้เป็นอย่างดี ซึ่งสะท้อนตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ผู้นำชุมชนเข้ามาประสานขอใช้สถานที่จัดกิจกรรมทุกวันอาทิตย์ ทางเรายินดีร่วมมือ บริเวณสนามหญ้าจะดูแลให้”

I013_280752

“อาทิตย์ไหนว่าง ก็จะมาร่วมออกกำลังกายกับชาวบ้านทุกคนด้วย ต้องการให้ช่วยเหลืออะไรก็บอกได้”

I014_280752

“ฉัน ไปออกกำลังกายที่อนามัยทุกวันอาทิตย์ วันนี้เราคิดว่าเราได้ความรู้ตรงนี้แล้ว เราก็ไปเรียนรู้จากที่อื่นที่มีความรู้มาแลกเปลี่ยนกัน”

I007_100952

“เรื่องเท้าส่วนใหญ่ไม่เคยได้ดูแลกัน อาบน้ำเราก็ถูสบู่ถึงแค่ข้อเท้า ชุมชนเราต้องทำสวน ไม่สวมรองเท้า ถูกอะไรบาดก็ไม่รู้”

I008_140752

“ไปออกกำลังกายที่อนามัยแล้วนอนหลับ หายเมื่อย เจอเพื่อนพูดคุยกันก็หายเครียด”

I009_100952

4.3.2 การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลต่อผู้เป็นเบาหวาน แยกเป็นประเด็นย่อยได้ ดังนี้

4.3.2.1 จัดการอาหาร ยา พาไปพบแพทย์ตามนัดเท่าที่มีเวลา

ผู้ดูแลจะเตรียมอาหาร จัดยาตามเวลา หยิบยาให้ เตือนให้ไปตรวจตามแพทย์นัด และพาไปพบแพทย์ในรายที่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคแทรกซ้อนเป็นไตวายเรื้อรัง มีอาการหลงลืม สายตาฟางหรือมองเห็นไม่ชัด แต่ก็ทำเท่าที่ทำได้เนื่องจากผู้ดูแลมักไม่มีเวลา ต้องไปทำงาน ทำให้ผู้เป็นเบาหวานบางรายขาดยาและไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด ซึ่งสะท้อนตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ถึงเวลากินข้าวต้องเตรียมยาวางไว้ให้ทุกมื้อ บางครั้งพอหลงว่ากินข้าวแล้ว จะไม่กินยามื้อนั้น บางทีไม่ว่าง ก็ไม่มีใครพาไปหาหมอ”

I010_050852

“วันนี้มาไม่ตรงนัด ลูกเพิ่งจะว่างพามา พยาบาลบอกว่ากินยาไม่ถูก ตาป้ามองไม่เห็น ลูกเขาไม่ว่างจัดยาให้ ทำงานกลับมาดึก บางทียามื้อเย็นก็เลยไม่ได้กิน”

I005_040752

4.3.2.2 กระตุ้นเตือนให้ผู้เป็นเบาหวานปฏิบัติตามแผนการรักษาและดูแลตนเองเท่าที่จะทำได้

ผู้ดูแลจะคอยเตือนให้ผู้เป็นเบาหวานรับประทานยาตามเวลา อ่านฉลากยา พาไปออกกำลังกายที่สถานีนอนามัยท่าตำหนัก เหตุผลที่ช่วยเหลือในสิ่งเหล่านี้เนื่องจากผู้ดูแลกังวลว่าถ้าควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางตาและไต และหวังใยว่าผู้เป็นเบาหวานจะไม่มีใครคอยดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักต้องการให้ผู้เป็นเบาหวานดูแลตนเองได้ในเรื่องการเตรียมอาหาร การไปพบแพทย์ การรับประทานยาเองและการออกกำลังกาย ซึ่งสะท้อนจากการบอกเล่า ดังนี้

“วันไหนหมอนัด แม่จะเตรียมตัวนอนแต่หัวค่ำ ฉันจะจัดกระเป๋าใส่ถุงยา กับสมุดเบาหวานเอาไว้ให้แม่ ฉันจะคอยเตือนให้แม่ไปออกกำลังกายเองทุกวัน”

I011_050852

“ฉันจะถามแม่ทุกครั้งว่าวันนี้ตรวจน้ำตาลขึ้นไหม กังวลกลัวว่าตาจะบอด ถ้าสูงมากเคยได้ยินว่าไตวายได้ ถ้าต้องไปล้างไตใครจะพาไป ลูก ๆ ต้องทำงานกันหมด”

I011_050852

4.3.2.3 เจาะผู้ดูแลบางรายที่ทราบแผนการรักษาและผลการรักษาของผู้เป็นเบาหวาน

มีไม่น้อยที่ผู้เป็นเบาหวานไปพบแพทย์ด้วยตนเองโดยที่ผู้ดูแลไม่ทราบและผู้ดูแลบางรายแม้จะมีบทบาทพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล แต่ก็ไม่ได้ร่วมรับฟังการให้สุขศึกษาจากทีมผู้ให้ความรู้ บางรายจะนัดหมายเวลาและสถานที่ที่มารับกลับบ้านเมื่อผู้เป็นเบาหวานตรวจเสร็จ มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เข้าพบแพทย์ร่วมกับผู้ป่วยและขอข้อมูลเพิ่มเติมจากพยาบาลผู้จัดการเพื่อไปดูแลผู้ป่วยต่อเรื่องที่บ้าน ข้อมูลส่วนใหญ่ที่ผู้ดูแลต้องการ คือ ผลระดับน้ำตาลในเลือดครั้งนี้ ผลการตรวจโรคแทรกซ้อน อาหารที่ผู้เป็นเบาหวานควรหลีกเลี่ยง ซึ่งสะท้อนจากการบอกเล่า ดังนี้

“ไม่ได้เข้ากลุ่มเบาหวานหรอก ไม่มีเวลา พอส่งเสร็จก็กลับไปทำงาน พอช่วงเที่ยงจึงจะไปรับกลับบ้าน”

I012_050852

“ฉันชอบถามแม่ว่าวันนี้น้ำตาลแม่อยู่ในเกณฑ์ดีไหม ครั้งที่แล้วหมอบอกตรวจชุดใหญ่ให้ผลของแม่มีไตผิดปกติหรือเปล่า แล้วตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติดีใช่ไหม”

I010_050852

“ฉันอยากรู้ว่าอาหารอะไรที่แม่ต้องเลี่ยงบ้างจะได้ไม่ซื้อมาให้ เมื่อก่อนซื้อถั่วทอดมาให้ เห็นว่าเป็นผลไม้ น่าจะกินได้ พวกนมเปรี้ยวซื้อมาให้ดื่มก่อนนอนทุกคืน น้ำตาลก็ยังขึ้นไม่รู้ว่าน้ำตาลขึ้นเพราะอะไร”

I010_050852

4.3.2.4 อสม. เป็นกำลังหลักในการติดตามเยี่ยมผู้เป็นเบาหวาน แต่ให้คำแนะนำได้เพียงการดูแลตนเองเบื้องต้น

อสม. มีบทบาทมากในการติดตามเยี่ยมผู้เป็นเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทั้งเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม การพบแพทย์และตรวจเลือดตามนัด นอกจากนี้ ยังมีหน้าที่จัดทำทะเบียนสำรวจ รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพและส่งกลับไปยังโรงพยาบาลที่ผู้เป็นเบาหวานขึ้นทะเบียนไว้ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลผู้เป็นเบาหวานที่บ้านที่กโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยส่วนใหญ่ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ทำให้ อสม. บางรายไม่ทราบว่าผู้เป็นเบาหวานในพื้นที่ของตนและไม่ได้ติดตามเยี่ยมอย่างทั่วถึง อสม. บางรายขาดการเข้าร่วมประชุมเมื่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนัดหมายเกี่ยวกับการติดตามเยี่ยมผู้เป็นเบาหวานและแจ้งกิจกรรม

ต่าง ๆ ของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องเนื่องจากต้องทำงาน ทำให้ อสม. ที่เหลือต้องรับภาระงานเพิ่มขึ้น ซึ่งสะท้อนได้จากคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์ ดังนี้

“ปัญหาสำคัญของเรา คือ การสื่อสารไม่ทั่วถึง บางคนคิดธุระ ไม่มาประชุม ไม่ติดตามงาน”

I015_140752

“ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน หมอทางโรงพยาบาลแจ้งว่าขาดการรักษา 4-5 เดือน เป็นรายใหม่อายุยังน้อย ล้นเองก็เพิ่งทราบข้อมูล ญาติเขาปกปิด ไม่บอกเรา”

I005_140752

จากการวิเคราะห์ข้างต้นสรุปได้ว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่เพื่อให้ผู้เป็นเบาหวานได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานและจะเห็นบทบาทที่ยังไม่ได้ปฏิบัติโดยเฉพาะการเชื่อมประสานภายในทีมดูแลผู้เป็นเบาหวานและการเชื่อมประสานระหว่างทีมดูแลในโรงพยาบาล และในชุมชน ซึ่งสามารถวิเคราะห์เป็นสิ่งที่ต้องเสริมสร้างเพิ่มเติมสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อนำไปสู่การสร้างหุ่นส่วนสุขภาพ ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9

ผลการวิเคราะห์สิ่งที่ต้องเสริมสร้างเพิ่มเติมสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด
เพื่อที่จะสร้างหุ่นส่วนสุขภาพ

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	สิ่งที่ต้องเสริมสร้างเพิ่มเติมสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อที่จะสร้างหุ่นส่วนสุขภาพ
แพทย์	- บทบาทเป็นที่ปรึกษาในทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยเฉพาะเรื่องการรักษา การตรวจภาวะแทรกซ้อนในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง
เภสัชกร	- บริหารยาแผนกผู้ป่วยนอกโดยทวนสอบและติดตามการใช้ยาในผู้เป็นเบาหวานทุกราย จัดทำสมุดประจำตัวการใช้ยามอบให้ผู้เป็นเบาหวานติดตัวกลับไปและนำมาโรงพยาบาลด้วยทุกครั้งพร้อมยาเดิม เพื่อใช้เป็นเครื่องมือจัดการปัญหาการใช้ยาให้ผู้ป่วยแบบเฉพาะราย

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	สิ่งที่ต้องเสริมสร้างเพิ่มเติมสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อที่จะสร้างหุ้นส่วนสุขภาพ
	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นที่ปรึกษาเรื่องยาให้แก่พยาบาลผู้จัดการผู้เป็นเบาหวานเกี่ยวกับยาที่มีอันตรกิริยาต่อกัน ยาที่มีข้อจำกัดในการใช้หรือห้ามใช้กับผู้เป็นเบาหวาน - ให้คำแนะนำการใช้ยากับผู้เป็นเบาหวานและผู้ดูแลโดยเฉพาะสอนวิธีการฉีดอินซูลิน
นักกายภาพบำบัด	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามเยี่ยมผู้เป็นเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อนอัมพฤกษ์ อัมพาตที่บ้านเพื่อสอน สาธิตและฝึกทักษะการบริหารกล้ามเนื้อ การประยุกต์อุปกรณ์ในครัวเรือนมาใช้บริหารกล้ามเนื้อ
โภชนากร	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดรายการอาหาร กำหนดแคลอรีอาหารตามวิถีชีวิตของผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้รายบุคคล
พยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - วางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้เป็นเบาหวาน ผู้ดูแลและชุมชนโดยเน้นการประเมินปัญหา การกำหนดแผนการดูแลและประสานสถานีนอนามัยติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง
ผู้เป็นเบาหวาน	<ul style="list-style-type: none"> - การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับอายุ อาหารเฉพาะโรคเบาหวานและโรคแทรกซ้อน การใช้ยาอย่างถูกต้อง
พยาบาลเวชปฏิบัติ	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจรักษาผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) การคัดกรองโรคแทรกซ้อนและค้นหาปัจจัยที่ทำให้ผู้เป็นเบาหวานไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้ - ระบุทีมสหสาขาวิชาชีพรับผิดชอบดูแลผู้เป็นเบาหวานอย่างชัดเจนเพื่อกำหนดทิศทาง กำกับและติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้เป็นเบาหวานของโรงพยาบาลและสถานีนอนามัย - ดูแลผู้ป่วยแบบเฉพาะราย โดยเน้นบทบาทพยาบาลประจำตัวผู้เป็นเบาหวานในครั้งที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลและส่งต่อข้อมูลการดูแลไปยังสถานีนอนามัยหลังจากที่กลับไปแล้วเพื่อติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	สิ่งที่ต้องเสริมสร้างเพิ่มเติมสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อที่จะสร้างหุ้นส่วนสุขภาพ
ผู้ดูแลผู้เป็นเบาหวาน	- ร่วมมือกับผู้ให้บริการสุขภาพดูแลผู้เป็นเบาหวานอย่างต่อเนื่อง
อสม.	- แบ่งปันข้อมูลทะเบียนสำรวจผู้เป็นเบาหวานในพื้นที่และภาวะสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานระหว่างโรงพยาบาลและสถานีนอนมัย - สร้างเครือข่ายจิตอาสาประจำครัวเรือนโดยอบรมให้ความรู้การดูแลผู้เป็นเบาหวานให้แก่ อสม.

4.4 กระบวนการพัฒนาหุ้นส่วนสุขภาพในชุมชนสำหรับผู้เป็นเบาหวาน

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวานและการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่าการสร้างหุ้นส่วนสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวานในชุมชนต้องเริ่มจาก ผู้เป็นเบาหวาน ผู้ดูแลผู้เป็นเบาหวาน แพทย์ พยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติ เกษัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัดและ อสม. ตามลำดับ ซึ่งผู้วิจัยได้จัดประชุมกลุ่มใหญ่ 2 ครั้งและกลุ่มย่อย 5 ครั้ง โดยแต่ละครั้งของการประชุมมีสมาชิกประกอบไปด้วยแพทย์ 1 คน เกษัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน โภชนากร 1 คน พยาบาล 2 คน พยาบาลเวชปฏิบัติ 1 คน ผู้ดูแลผู้เป็นเบาหวาน 15 คน และ อสม. 5 คนในการประชุมแต่ละครั้ง จะเน้นการสร้างความตระหนักในบทบาทของผู้เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติได้คืออยู่แล้วและส่วนที่ยังไม่มีการเชื่อมประสานระหว่างทีมดูแลผู้เป็นเบาหวาน ส่วนการประชุมที่มีเฉพาะผู้เป็นเบาหวานและผู้ดูแลจะเน้นการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันและการร่วมมือกับทีมดูแลผู้ป่วย การประชุมที่มีเฉพาะ อสม. จะเน้นการสนับสนุนความรู้ ทักษะ การดูแลผู้เป็นเบาหวานเบื้องต้นที่บ้าน สร้างเป็นเครือข่ายจิตอาสาประจำครัวเรือน การประชุมที่มีเฉพาะพยาบาลจะเน้นการส่งต่อข้อมูลจำหน่ายระหว่างโรงพยาบาลและสถานีนอนมัย การวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ดูแลในขณะเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยจะเน้นการประเมินผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและประเมินภาวะสุขภาพผู้เป็นเบาหวาน ซึ่งสามารถแบ่งกระบวนการพัฒนาได้เป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ร่วมมือกันสร้างความเป็นหุ้นส่วนสุขภาพ

โดยผู้วิจัยเป็นผู้ริเริ่มนำผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้เป็นเบาหวาน ผู้ดูแลผู้เป็นเบาหวาน แพทย์ พยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เกษัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด อาสาสมัครสาธารณสุข

โดยประชุมย่อยและประชุมร่วมทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ให้ทุกฝ่ายรับทราบสถานการณ์ของเบาหวานในชุมชน ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวาน บทบาทที่แต่ละฝ่ายปฏิบัติอยู่แล้วและยังไม่ได้ปฏิบัติ พร้อมทั้งให้ทุกฝ่ายนำเสนอความต้องการและความคาดหวังของตนให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดรับทราบ หลังจากนั้นกำหนดเป็นข้อตกลงในจุดมุ่งหมายร่วมกัน และให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเสนอบทบาทหน้าที่ของตนที่จะปฏิบัติข้างหน้าเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาหุ่นส่วน หลังจากนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเชื่อมประสานให้ผู้เกี่ยวข้องแต่ละส่วนดำเนินการตามข้อตกลงที่ได้มา จนกระทั่งแต่ละฝ่ายแสดงบทบาทใหม่ด้วยการจัดการปัญหาของตนเองและเติมเต็มศักยภาพให้แก่กันจนเกิดความรู้สึกเป็นหุ่นส่วนสุขภาพ ผู้เป็นเบาหวานสามารถเลือกและตัดสินใจในกระบวนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพได้ ระยะเวลาที่ใช้ในระยนี้ประมาณ 4 เดือน กลายเป็นรูปแบบใหม่ในการให้บริการผู้เป็นเบาหวานทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณที่เต็มไปด้วยความเอาใจใส่ ประจัญญาติมิตร

ระยะที่ 2 ร่วมกันทบทวนกำหนดบทบาทหน้าที่ใหม่

เป็นระยะที่แต่ละฝ่ายมาทบทวนบทบาทหน้าที่ใหม่เพื่อให้การดูแลผู้เป็นเบาหวานมีประสิทธิภาพมากขึ้นผ่านการประชุมทีมการดูแลผู้ป่วย โดยเริ่มจากพยาบาลเวชปฏิบัติ กำหนดตนเองที่จะทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการประจำตัวผู้เป็นเบาหวานที่แผนกผู้ป่วยนอก แล้วให้หุ่นส่วนร่วมกันแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะต่อบทบาทใหม่ของพยาบาลประจำตัวผู้เป็นเบาหวาน รวมทั้งกำหนดบทบาทของแต่ละฝ่าย ดังนี้

2.1 พยาบาลผู้ให้คำปรึกษา ทำหน้าที่รับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพผู้เป็นเบาหวานแต่ละรายในทุกครั้งที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทันทีภายหลังให้การพยาบาลเพื่อค้นหาปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลทำให้ผู้เป็นเบาหวานไม่สามารถควบคุมโรคได้และส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด และผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนดูแลผู้ป่วยเบาหวานเฉพาะรายในวันนั้น ๆ

2.2 พยาบาลผู้จัดการ ทำหน้าที่รับส่งต่อผู้เป็นเบาหวานจากสถานีนอมา้ยแล้วประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรคตามมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติ ให้การวินิจฉัยและรักษาพยาบาลเบื้องต้นในวันที่ผู้เป็นเบาหวานมารับการรักษา ติดตามผลการรักษา วางแผนหลังจากพบแพทย์และได้รับยาให้คำแนะนำตามแผนการรักษาและแนะนำการใช้ยากับผู้เป็นเบาหวานและผู้ดูแลในกรณีที่มาด้วยหลังจากที่ผู้เป็นเบาหวานกลับบ้านไปแล้ว พยาบาลผู้จัดการจะประสานไปยังสถานีนอมา้ยเพื่อส่งต่อข้อมูลและติดตามเยี่ยมผู้เป็นเบาหวานในพื้นที่

2.3 พยาบาลผู้ประสานงาน ทำหน้าที่ประสานให้ทีมสหสาขาวิชาชีพกับผู้เป็นเบาหวานและผู้ดูแลตัดสินใจวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของผู้เป็นเบาหวานแต่ละราย

2.4 ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้เป็นเบาหวาน ทำหน้าที่กำหนดทิศทาง กำกับและติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้เป็นเบาหวานของโรงพยาบาลและสถานีนอามัย

2.5 พยาบาล ทำหน้าที่วางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ดูแลทุกครั้งและประสานข้อมูลให้สถานีนอามัยร่วมดูแลต่อเนืองที่บ้าน

2.6 ผู้เป็นเบาหวาน ทำหน้าที่ปรับพฤติกรรมดูแลตนเองให้ดีขึ้นและเข้าร่วมในทีมสุขภาพ

2.7 ผู้ดูแล ทำหน้าที่เข้าร่วมกับทีมสุขภาพในกระบวนการดูแลผู้เป็นเบาหวาน ได้แก่ การสนับสนุนให้ผู้เป็นเบาหวานออกกำลังกายที่เหมาะสม การจัดอาหารและยาสำหรับผู้เป็นเบาหวานและการสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

2.8 อสม. ทำหน้าที่ดูแลผู้เป็นเบาหวานเบื้องต้นที่บ้านและสร้างเป็นเครือข่ายจิตอาสาประจำครัวเรือน

ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 6 เดือน

ระยะที่ 3 การดำเนินกิจกรรมและประเมินผลความก้าวหน้าไปสู่เป้าหมาย

เป็นการดำเนินงานตามแผนที่หุ้นส่วนวางแผนไว้และเก็บเกี่ยวผลลัพธ์ทั้งหมดมาปรับปรุงและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน การดำเนินงานในระยะนี้จะเกิดขึ้นในการทำงานตามของ ทีมสุขภาพ การประชุมทางกรกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อทบทวนกระบวนการดูแลผู้เป็นเบาหวาน การประชุมไม่เป็นทางการกับกลุ่ม อสม. การเยี่ยมบ้านผู้เป็นเบาหวาน การพบปะระหว่างการตรวจรักษาและพบว่ากิจกรรมการพัฒนาระยะนี้แบ่งได้เป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในด้านความรู้และทักษะของการเป็นผู้จัดการดูแลผู้เป็นเบาหวาน การให้คำปรึกษา การติดตามการใช้ยา และการเป็นผู้ประสานที่ดีในทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลจะมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ดูแลทุกครั้งและประสานข้อมูลให้สถานีนอามัยร่วมดูแลต่อเนืองที่บ้าน

ส่วนที่ 2 การวางแผนให้ผู้เป็นเบาหวานและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยผู้เป็นเบาหวานสามารถเลือกเข้ากิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้งที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งกิจกรรมจัดขึ้นทุกวันเวลา 08.00-9.00 น. ส่วนที่สถานีนอามัยจัดทุกวันอาทิตย์เวลา 16.00-17.00 น. โดยแต่ละครั้งของกิจกรรมจะกำหนดให้มีสมาชิกเข้ากลุ่มอย่างน้อย 8-15 คน องค์ประกอบของกลุ่มจะมีพยาบาลผู้จัดการผู้เป็นเบาหวานเป็นผู้นำกลุ่ม ทำหน้าที่เสริมพลังให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งดี ๆ ที่ปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน สอดรับกับวิถีชีวิตและใช้ควบคุมโรคได้ เช่น การออกกำลังกาย การบริโภค การดูแลเท้าและการใช้ยา กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนจัด

ขึ้นที่โรงพยาบาล 20 ครั้ง สถานีอนามัย 8 ครั้งจนกระทั่งผู้เป็นเบาหวานนำไปปฏิบัติสม่ำเสมอและเกิดเป็นนวัตกรรมท้องถิ่นต่าง ๆ ดังนี้

1. การออกกำลังกายแบบวิถีไทยที่ใช้อุปกรณ์ในครัวเรือน เช่น ไม้กวาด ท่อ PVC ผู้เป็นเบาหวานที่ออกกำลังกายด้วยวิธีนี้จะทำด้วยตนเองทุกวันที่บ้านช่วงเวลาว่างและทุกครั้งที่มาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนที่สถานีอนามัยพร้อมกับผู้ดูแล

2. สูตรอาหารบางกระเบา เป็นสูตรอาหารที่คิดค้นโดยผู้นำชุมชนหมู่บ้านบางกระเบาซึ่งเป็นเบาหวานเช่นกันและเห็นว่าในหมู่บ้านมีต้นมะยมเกือบทุกหลังคาเรือน จึงคิดค้นสูตรอาหารแกงจืดใบมะยมทำรับประทานเองภายในบ้านก่อน หลังจากนั้นพบว่าช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จึงแนะนำให้ผู้เป็นเบาหวานรายอื่นๆ ในหมู่บ้านบางกระเบารับประทาน

3. การดูแลเท้าแบบวิถีไทย ผู้เป็นเบาหวานในหมู่บ้านนำกระเบื้องแก้วมาประกอบเป็นอุปกรณ์ที่ใช้เหยียบเพื่อช่วยนวดเท้า กระตุ้นการไหลเวียนของเลือด แล้วใช้ในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนทั้งในโรงพยาบาลและสถานีอนามัย

ส่วนที่ 3 การจัดบริการที่บ้านในกลุ่มผู้เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และขาดผู้ดูแล กิจกรรมนี้เกิดขึ้นเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพพบทบทวนกรณีผู้เป็นเบาหวาน ขาดยาสาเหตุมาจากไม่มีผู้ดูแล ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และมีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานร่วมด้วย จึงจัดทีมให้การดูแลรักษาที่บ้าน ประกอบด้วยพยาบาลเวชปฏิบัติ ทำหน้าที่ประเมินภาวะสุขภาพ และประสานแพทย์เรื่องการรักษา เกสซ์กรให้ความรู้เรื่องยาและจัดเตรียมยา นักกายภาพบำบัดฟื้นฟูสภาพร่างกาย

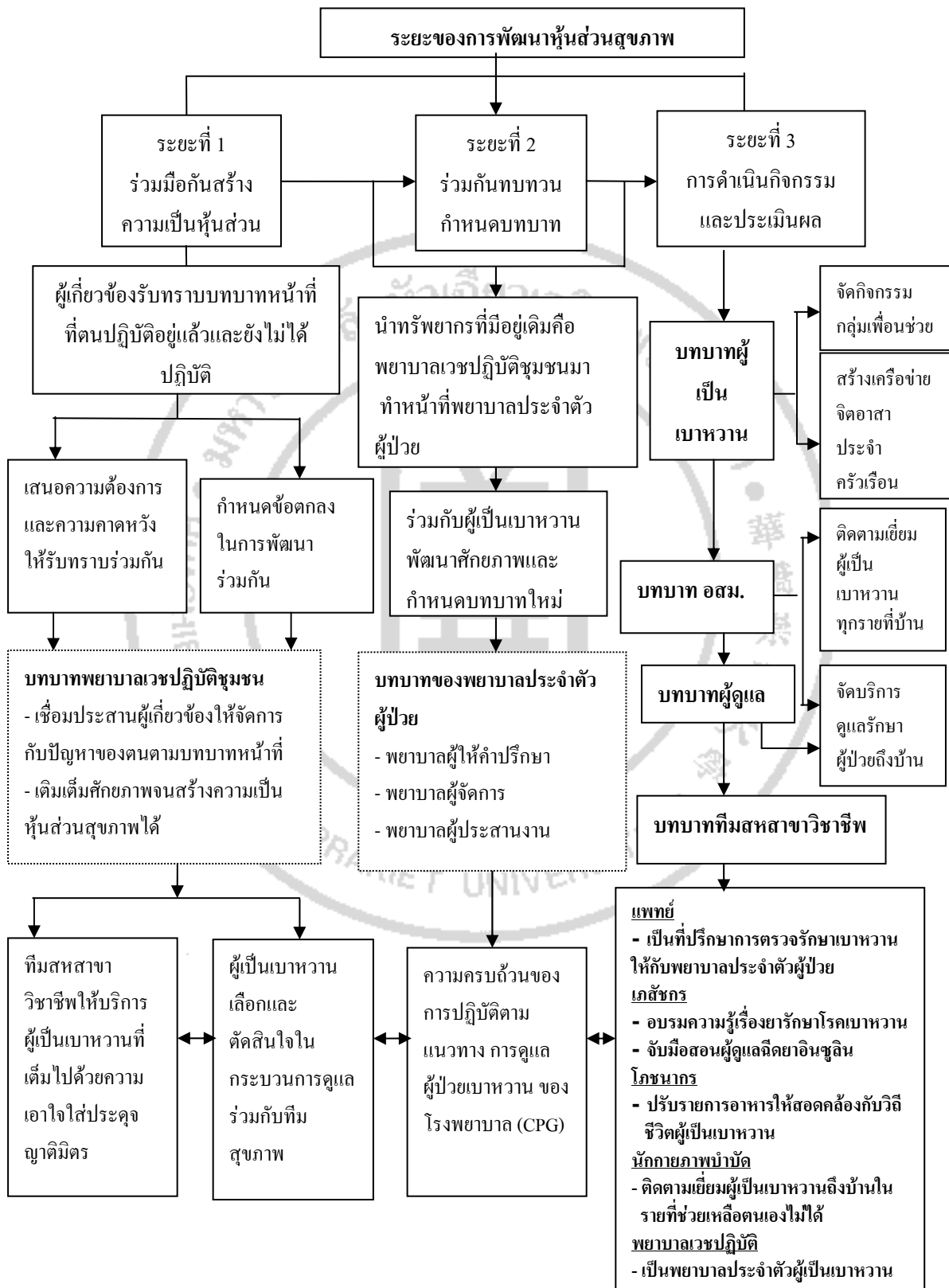
ส่วนที่ 4 การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้เป็นเบาหวานในครัวเรือน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความรู้และฝึกทักษะให้แก่ อสม.จำนวน 5 คนเพื่อเป็นจิตอาสาประจำครัวเรือน ความรู้ที่ให้ประกอบด้วย การประเมินภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้นแก่ผู้เป็นเบาหวาน ทักษะที่ฝึกประกอบด้วย การเจาะเลือด การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนักและการวัดรอบเอว จิตอาสาประจำครัวเรือนเหล่านี้จะสลับหมุนเวียนกันทำหน้าที่ประเมินเบื้องต้นผู้เป็นเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทุกวันเวลา 07.30 น.-12.00 น. และติดตามเยี่ยมทุกรายที่บ้าน

ส่วนที่ 5 การปรับระบบเยี่ยมติดตามประเมินผลผู้เป็นเบาหวานที่บ้าน โดยจัดให้มีพยาบาลและนักกายภาพบำบัดติดตามประเมินผลการดูแลและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานที่บ้าน ซึ่งพยาบาลจะประเมินภาวะสุขภาพด้วยการตรวจวัดความดันโลหิต เจาะวัดระดับน้ำตาลในเลือด ประเมินผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินภาวะแทรกซ้อน ส่วนนักกายภาพบำบัดจะสอน สาธิต และฝึกทักษะการบริหารกล้ามเนื้อ การใช้ อุปกรณ์ทางกายภาพบำบัดและการประยุกต์อุปกรณ์ในครัวเรือนมาใช้ในการบริหารกล้ามเนื้อ

สรุปกระบวนการพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวานในชุมชน ดังแผนภูมิที่ 4.1

แผนภูมิที่ 4.1

กระบวนการพัฒนาหุ้นส่วนสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวานในชุมชน



4.5 ผลการเปลี่ยนแปลงหลังการพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวาน

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามชุดเดิม เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพผู้เป็นเบาหวาน บทบาทหน้าที่หุ่นส่วนในการจัดการร่วมกันและแผนงาน โครงการที่เกิดจากการทำหน้าที่ของหุ่นส่วน ปรากฏผล ดังนี้

4.5.1 การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพผู้เป็นเบาหวาน

ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ 1) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่ถูกต้อง 2) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวาน

1. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่ถูกต้องของผู้ป่วยเบาหวานหลังการพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 101.29 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.28) สูงกว่าก่อนการพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 93.48 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.72) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.00$) ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10

คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่ถูกต้องของผู้เป็นเบาหวานเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพ

ความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่ถูกต้อง	คะแนนเฉลี่ย		ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		T-test	P-value
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง		
ความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่ถูกต้อง	93.48	101.29	12.72	4.28	-4.20	0.00*

* P-value < 0.01

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวานหลังการพัฒนาหุ่นส่วน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 70.98 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.66) สูงกว่าก่อนการพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 64.62 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.00$) ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวานเปรียบเทียบก่อนและหลัง
การพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพเพื่อจัดการสำหรับผู้เป็นเบาหวานในชุมชน

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	คะแนนเฉลี่ย		ส่วนเบี่ยงเบน		T-test	P-value
	มาตรฐาน					
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง		
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	64.62	70.98	7.70	3.66	-7.19	0.00*

* P-value < 0.01

4.5.2 ผลการวิเคราะห์บทบาทหน้าที่หุ่นส่วนในการจัดการร่วมกันและแผนงานโครงการที่เกิดจากการทำหน้าที่ของหุ่นส่วน

จากการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพทั้ง 5 ส่วน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของผู้เป็นเบาหวานและผู้เกี่ยวข้อง ดังนี้

- มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลและตามแนวคิดการพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพ ทำให้เกิดการสร้างมูลค่าเพิ่มในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งสะท้อนจากการบอกเล่า ดังนี้

“ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของเราจะเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากขึ้น โดยเราจะมีพยาบาลประจำตัวผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ป่วยสามารถเลือกเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ได้ ส่วนใหญ่จะกล้าพูดคุยแลกเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองดี ๆ มากขึ้น ส่งผลให้การเก็บข้อมูลด้านคุณภาพสมบูรณ์ขึ้น เพราะทีมงานดูแลผู้ป่วยประสานการทำงานกันมากขึ้น”

I001_040353

“แพทย์จะช่วยเป็นที่ปรึกษาให้แก่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและมีการจัดอบรมเรื่องการดูแลรักษาโรคเบาหวานเป็นระยะ เรื่องการใส่ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็มีเกิ้ลซครสอนให้ เรามีการเพิ่มพูนความรู้ตลอด ผู้บริหารให้ความสำคัญมาก สนับสนุนให้ไปอบรมเพิ่มความรู้ทุกปี”

I002_230353

- การจัดบริการดูแลรักษาและประเมินผลการดูแลที่บ้านแบบประสานงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งสะท้อนจากการบอกเล่า ดังนี้

“กรณีตัวอย่างจากการเยี่ยมบ้าน เช่น ผู้ป่วยที่มานอน admit ด้วยน้ำตาลสูง เมื่อพยาบาลไปเยี่ยมที่บ้าน แล้วประสานการดูแลกับลูกของผู้ป่วยทำให้เขาทราบว่าเมื่อไหร่แม่เขาจะเกิดอาการน้ำตาลต่ำ น้ำตาลสูง ทำให้เขากลับไปดูแลแม่ที่บ้านได้เอง ผลดี คือ ลดอัตราการ Re-admit ได้และอีกหนึ่งตัวอย่างที่ติดตามประเมินผู้ป่วย DM with CVA นักกายภาพบำบัดไปฝึกให้ใช้อุปกรณ์ช่วยที่เตรียมไว้ให้ ติดตามประเมินผล 2 เดือน เดือนนี้เริ่มฝึกเดินได้เองแล้ว”

I004_230353

- มีกิจกรรมทบทวนการเรียนรู้ร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อเปลี่ยนมุมมองการให้บริการจากผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง (Conventional Provider Center) เป็นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Customer Focus) ผู้เป็นเบาหวานและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเลือกและตัดสินใจ ร่วมกับทีมสุขภาพของโรงพยาบาลและเคาร์พในการตัดสินใจของผู้เป็นเบาหวาน ซึ่งสะท้อนได้จากการบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

“การปรับระบบการดูแลจากเดิมทำให้น้อง ๆ ที่ให้บริการผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองการให้บริการแต่ก่อนเราให้ความสำคัญกับตนเองก่อน รีบๆ ทำงานให้เสร็จๆ ตามหน้าที่ เดือนนี้น้องๆ เขาเข้าไปฟังหัวใจของผู้รับบริการมากขึ้น ฟังมากพูดน้อยลง ดูแลชนิดที่ว่าเป็นพ่อเป็นแม่กันเลยทีเดียวตั้งแต่ด่านหน้าเวรเปล จนกระทั่งคนงาน แม่บ้านด้วย เราปรับระบบการดูแลทั้งหมด”

I016_20035

- มีกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ภายในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน แบ่งปันความรู้การแก้ไขปัญหาเบาหวานที่ได้ผลดีและนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมบนภูมิปัญญาสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมของตนเอง ซึ่งสะท้อนจากการบอกเล่า ดังนี้

“ตอนเช้าหลังกินข้าวต้มเสร็จ เรามีจิตอาสาช่วยพาผู้ป่วยเบาหวานที่เดินไม่สะดวกเข้ากลุ่มแบ่งเป็น 3 ห้อง แต่ละห้องจะมีพยาบาลประจำตัวคอยดูแล อย่างห้องหนึ่งจะมีกิจกรรมตรวจเท้า คนที่เท้าชา เขามีนวัตกรรมใช้กระบอกแก้ววนวดเท้าให้ บางคนที่มีกะลามะพร้าวที่บ้านก็มาแลกเปลี่ยนกัน เขาทำแล้วได้ผลดี อาการชาเท้าก็ดีขึ้น”

I002_20035

- มีกิจกรรมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน โดยจัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้เป็นเบาหวานเบื้องต้นที่บ้านให้แก่ อสม.ซึ่งสะท้อนจากการบอกเล่า ดังนี้

“ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลมีการเชื่อมต่อกับชุมชนโดยเราฝึกทักษะการเยี่ยมบ้านให้แก่จิตอาสาประจำครัวเรือน สลับหมุนเวียนมาดูแลผู้ป่วยเบาหวานทุกวันทั้งโรงพยาบาลและติดตามเยี่ยมบ้านด้วย เรามีการจัดอบรมจากทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งแบบเป็นทางการและฝึกเป็นรายบุคคล ทั้งในเรื่องความรู้และการฝึกสาธิตวิธีตรวจเท้าอย่างละเอียด ”

I017_200353

จากการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาาร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเพื่อจัดการผู้เป็นเบาหวานพบการปรับบทบาท ดังนี้

- บทบาทของผู้เป็นเบาหวาน พบว่ามีการรวมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน สร้างแกนนำจิตอาสาประจำครัวเรือนเพื่อถ่ายทอดความรู้การดูแลสุขภาพและควบคุมโรค ได้แก่ แกนนำหลักเรื่องการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การดูแลสุขภาพเท้า เป็นต้น ซึ่งสะท้อนจากการบอกเล่า ดังนี้

“สมาชิกทุกคนในกลุ่มพวกเราจะคอยดูแลกันและกัน ใครทุกข์ใครไม่สบายใจต้องให้กำลังใจกัน จัดกิจกรรมทุกวันอาทิตย์ก็ไปร่วมกัน ขาดใคร ไปก็หมดสีสัน เรามีความรู้เพราะไปฝึกออกกำลังกายจากหลายที่ ได้มาก็เอามาประยุกต์ใช้กับพวกเพื่อนๆ เบาหวานด้วยกัน คนไหนมีวิธีดูแลดีๆ เรื่องอาหาร เรื่องบริหารเท้า เราก็เอามาบอกกัน”

I007_200353

- บทบาทของผู้ดูแลผู้เป็นเบาหวานที่ต้องทำงาน ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ทำให้ผู้เป็นเบาหวานบางรายขาดยาและไม่ได้มาตรวจตามนัด ซึ่งมีการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยถึงบ้านโดย อสม. ติดตามเยี่ยมและแจ้งวันกำหนดนัดให้กับพยาบาลเวชปฏิบัติออกเยี่ยมบ้านพร้อมนักกายภาพบำบัดเพื่อไปประเมินและฝึกทักษะการบริหารกล้ามเนื้อ โดยประยุกต์อุปกรณ์ในครัวเรือนมาใช้ ผลพบว่าผู้ดูแลช่วยเหลือผู้เป็นเบาหวานได้เพิ่มมากขึ้นในเรื่องการจัดเตรียมยาให้รับประทานตรงเวลา เตือนให้ไปรับยาตามนัด จัดผลไม้ที่ไม่หวานให้รับประทาน ซึ่งสะท้อนจากการบอกเล่า ดังนี้

“มีอสม. มาเยี่ยมบ้านเดือนละครั้ง ฉันจะเป็นคนจัดยาให้พ่อ ถ้าไม่ว่างจะให้หลานเตรียมยารวางไว้ให้ก่อนไปโรงเรียน กินข้าวเสร็จพ่อจะได้กินยาทันที อาหารจะจัดแยกไว้ต่างหากส่วนใหญ่ก็ดู

ผลไม้ไม่หวานจัด ถ้าครบกำหนดหมอนัดจะเตรียมถุงยากับสมุดไว้ให้พอบอกกับแม่ให้ช่วยดูพ่อ ตอนเข้าไปโรงหมอด้วย เพราะฉันต้องไปทำโรงงานแต่เช้า”

I018_200353

- บทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าแพทย์เป็นที่ปรึกษาการตรวจรักษา เบาหวานเบื้องต้นพยาบาลประจำตัวผู้เป็นเบาหวานให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลแก่จิตอาสา ประจำครัวครัวเรือน พยาบาลเวชปฏิบัติ ทำหน้าที่เป็นพยาบาลประจำตัวผู้เป็นเบาหวาน โดยตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ค้นหาภาวะแทรกซ้อนเชิงรุกตามมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติทุกราย ประสานข้อมูลในทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลปรากฏว่าผู้เป็นเบาหวานให้ความไว้วางใจ กล้าพูดคุยถึง ปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ยอมรับในคำแนะนำ ร่วมมือในการดูแลรักษามากขึ้น ในส่วนของเภสัชกรได้จัดอบรมความรู้เรื่องยารักษาโรคเบาหวานแก่พยาบาลผู้จัดการแผนกผู้ป่วยนอก สะท้อนข้อมูลกลับด้วยความเป็นมิตร กรณีที่ผู้เป็นเบาหวานมีปัญหาการใช้ยา เภสัชกรจะให้คำแนะนำ จับมือสอนผู้ดูแลนิคยาอินซูลินอย่างถูกต้องจนกระทั่งมั่นใจที่จะไปนิคยาผู้ป่วยที่บ้านได้ ส่วนโภชนากรมีบทบาทร่วมวางแผนจัดรายการอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ ให้ผู้เป็นเบาหวานบันทึกการคำนวณแคลอรีอาหารที่รับประทานแต่ละวัน และปรับรายการอาหารให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตน ซึ่งสะท้อนจากการบอกเล่า ดังนี้

“ก่อนนี้มาโรงพยาบาลได้ยาแล้วก็รีบกลับ เดี่ยวนี้ดีใจ คุณเลดี เจอพยาบาลดูทำให้คำแนะนำพูดคุย อยากอยู่ต่อมานานๆ มั่นคินะ”

I019_020253

“สัญญากับพยาบาลไว้ต้องทำให้ได้ น้ำตาลต้องคุมให้ต่ำกว่า 130 วันนี้นำทำได้แล้ว ต่อไปก็จะคุมแบบนี้”

I020_020253

“แต่ก่อนไม่รู้ว่าจะคุมอะไร ตอนนี้อย่างไรต้องกินอะไร มีพยาบาลตรวจทำให้ ดีมากเลย เราปรึกษาได้หมด”

I021_020253