



การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

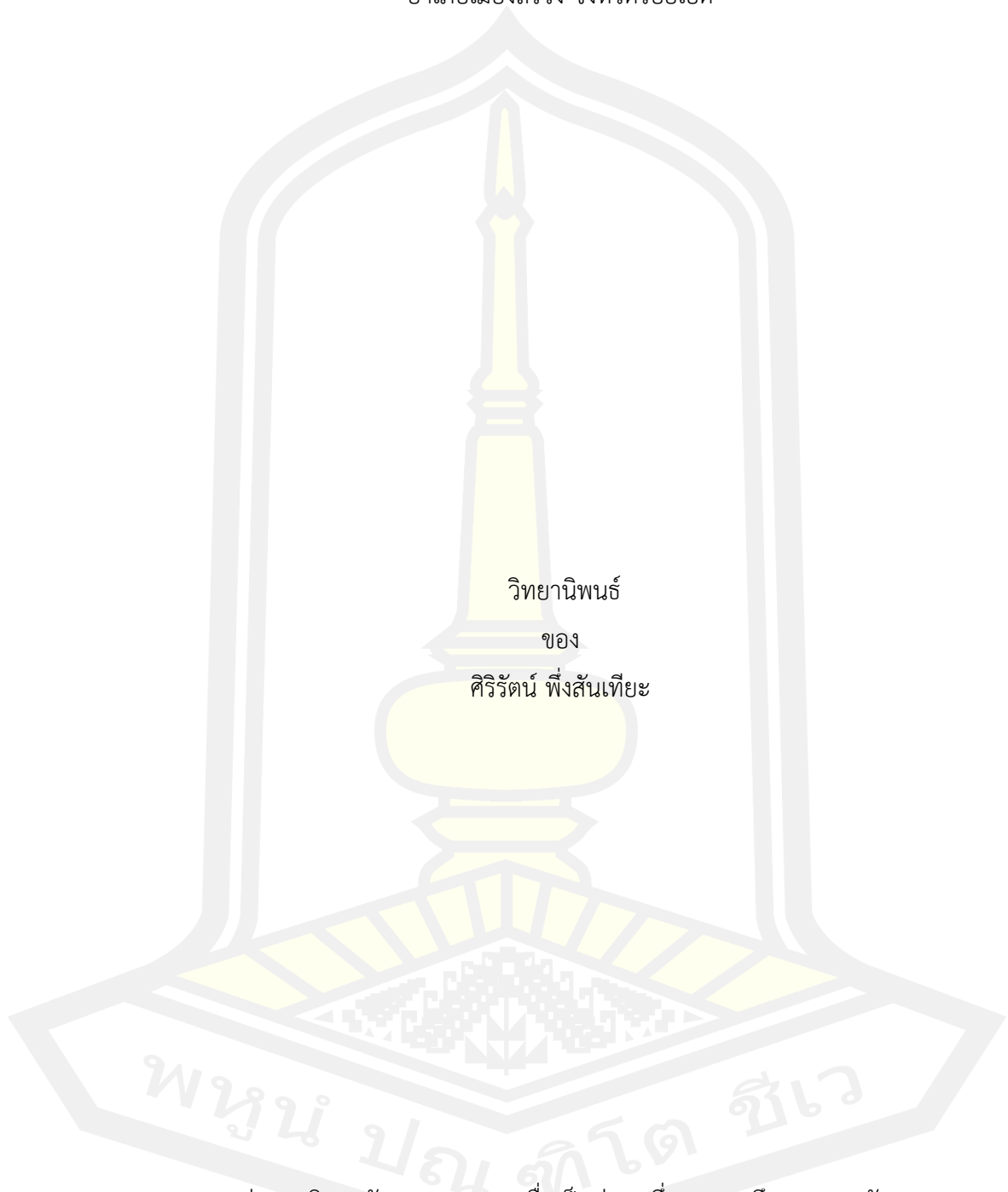
วิทยานิพนธ์
ของ
ศิริรัตน์ พึ่งสันเทียะ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด



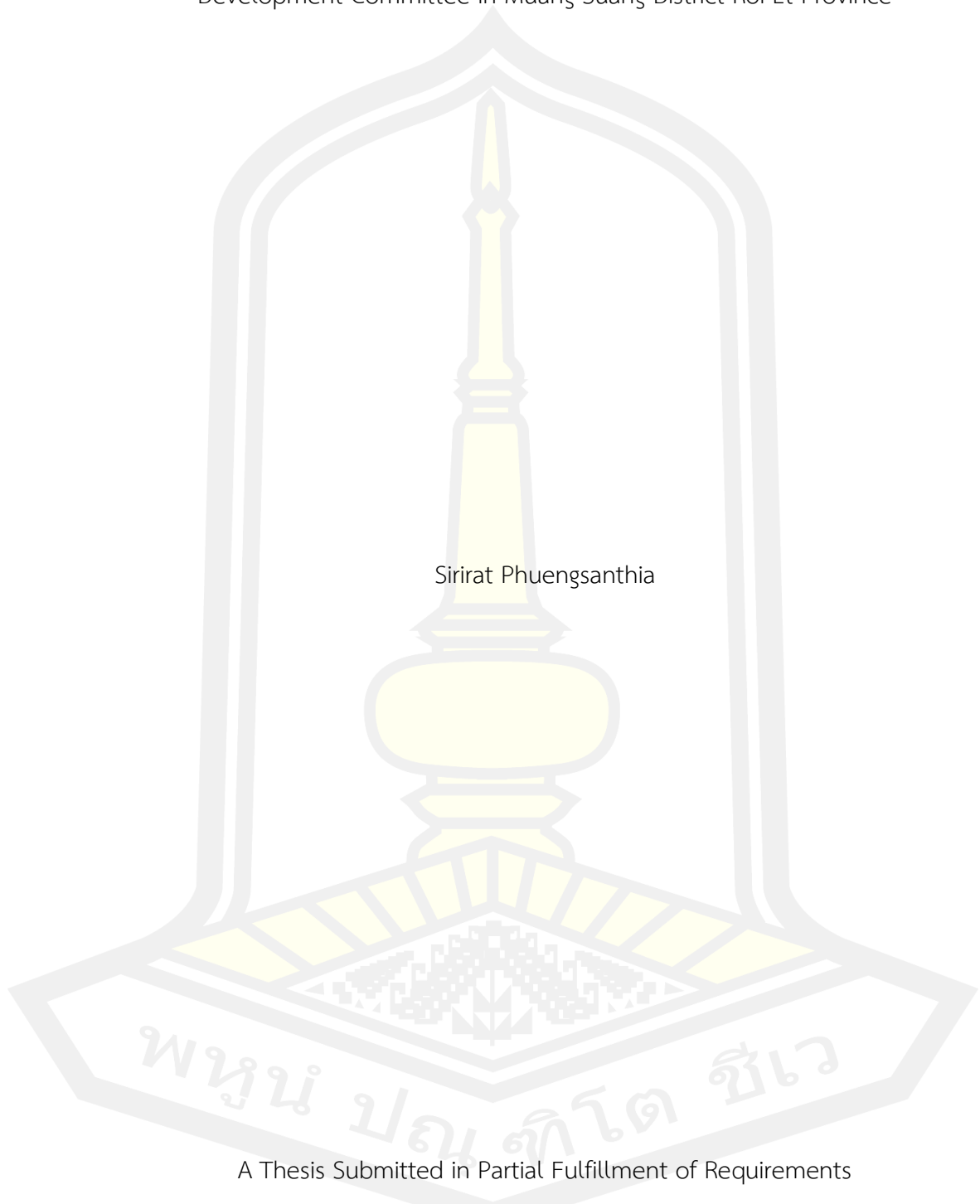
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Promoting the health of diabetics With the participation of the Quality of Life
Development Committee in Muang Suang District Roi Et Province

Sirirat Phuengsanthia



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health)

November 2021

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายศิริรัตน์ พึ่งสันเทียะ
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. สมคิด จูหว่า)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รศ. ดร. สุมนทนา กลางคาร)

.....กรรมการ

(รศ. ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล)

.....กรรมการ

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอาร์ักษ์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

.....

(รศ. ดร. สุมนทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

.....

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด		
ผู้วิจัย	ศิริรัตน์ พึ่งสันเทียะ		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต รองศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา กลางคาร		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2564

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มเป้าหมาย 67 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 21 คน คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 21 คน และผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 25 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษาพบว่า การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ความรู้โดยรวมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังการพัฒนา ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 56.00 ทักษะคิดโดยรวมเกี่ยวกับการดูแลตนเองส่วนใหญ่มีทักษะคิดในระดับดี ร้อยละ 80.00 การปฏิบัติตัวโดยรวมในการดูแลตนเองส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในระดับพอใช้ ร้อยละ 60.00 ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมเหมาะสมเพิ่มขึ้น ด้านภาวะสุขภาพ พบว่า ดัชนีมวลกายและน้ำตาลกลดลง ร้อยละ 64.00 และ 60.00 รอบเอวลดลง ร้อยละ 60.00 ค่า HbA1C น้อยกว่า 7 คิดเป็น ร้อยละ 28.00 ลดลงจากเดิมคิดเป็น ร้อยละ 76.00 และ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด มีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ และร่วม

ติดตามประเมินผล โดยมีคณะอนุกรรมการวิชาการและคณะอนุกรรมการเบาหวานเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่

ดังนั้นหน่วยงานด้านสาธารณสุขควรนำรูปแบบนี้ไปใช้เพื่อพัฒนางานให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้และมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ



TITLE	Promoting the health of diabetics With the participation of the Quality of Life Development Committee in Muang Suang District Roi Et Province		
AUTHOR	Sirirat Phuengsanthia		
ADVISORS	Associate Professor Vorapoj Promasatayaprot , Ph.D. Associate Professor Sumattana Glangkarn , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2021

ABSTRACT

This research was to study the process of promoting the health if diabetics with the participation of the quality of life development committee in Muang Suang District, Roi Et Province. The target group of 67 people consists of the District Quality of Life Development Committee. Mueang Suang District Roi Et Province, 21 people, Sub-Committee on Quality of Life Development at District Level Mueang Suang District 21 people in Roi Et Province and 25 people with diabetes collected both quantitative and qualitative data by using the tools created . Data were analyzed by using descriptive statistics such as mean, percentage, standard deviation. and the qualitative data was analyzed by content analysis.

The results showed that Health promotion of diabetic patients with the participation of the Committee on Quality of Life Development in Mueang Suang District Roi Et Province found that Most of them had a good level of knowledge, 56.00%. Most of the overall attitudes about self-care had a good attitude, 80.00 percent. Fair use 60.00% of the self-care behaviors of diabetic patients found that diabetic patients had more appropriate behaviors. In terms of health, it was found that body mass index and weight decreased by 64.00% and 60.00%, waist circumference decreased by 60.00%, HbA1C was less than 7, representing 28.00%, a

decrease of 76.00% from the original. district Mueang Suang District Roi Et Province Participate in co-thinking, decision-making, and action. and participate in the follow-up evaluation There were academic subcommittees and diabetes subcommittees as important mechanisms for driving work at the local level.

Therefore, public health agencies should use this model to develop jobs for the target group to have more knowledge and efficiency in their work.

Keyword : Participation, Quality of Life Development Committee

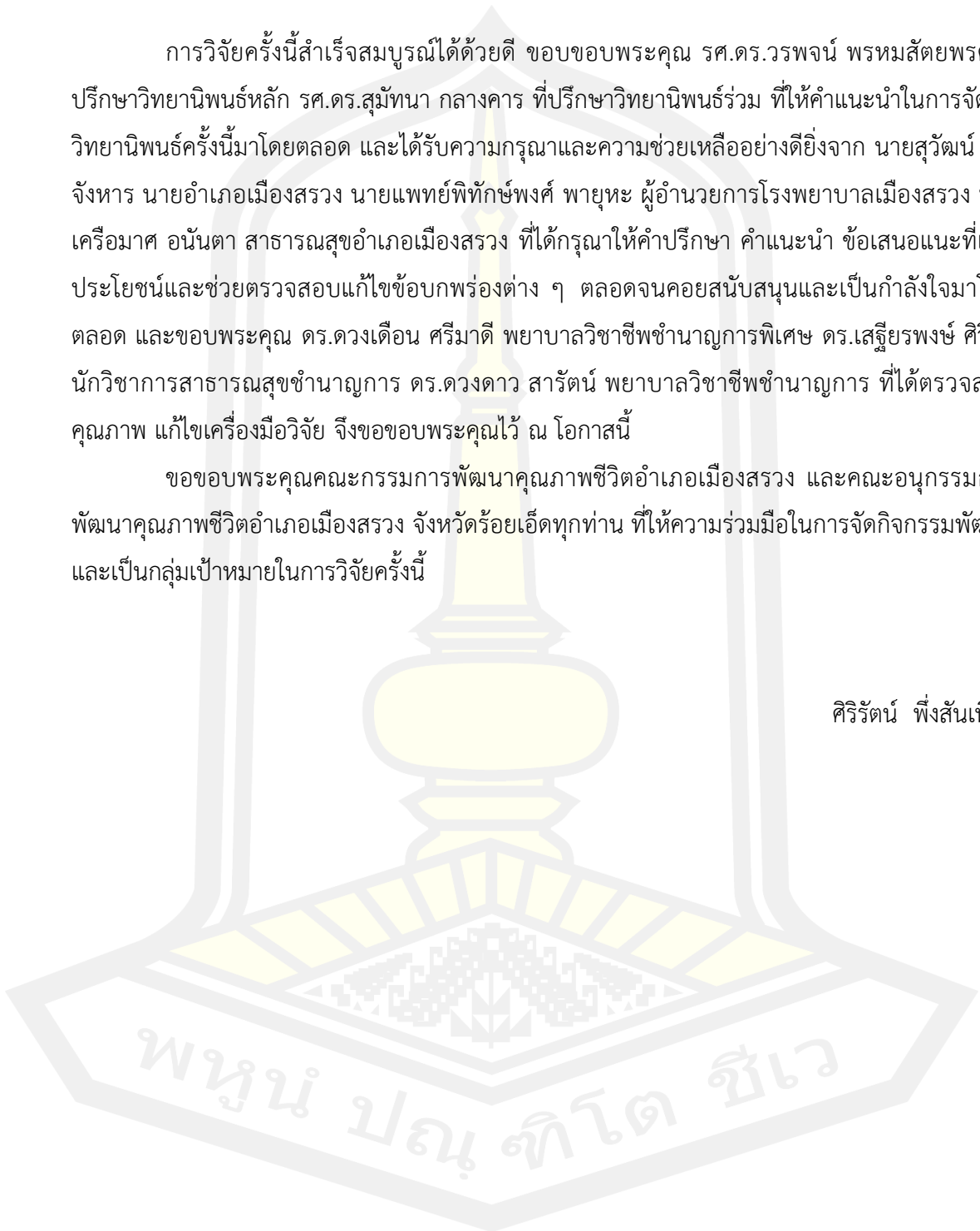


กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ให้คำแนะนำในการจัดทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้มาโดยตลอด และได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก นายสุวัฒน์ เบ้าจันทาร นายอำเภอเมืองสรวง นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายูหะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองสรวง นางเครือมาศ อนันตา สาธารณสุขอำเภอเมืองสรวง ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนคอยสนับสนุนและเป็นที่กำลังใจมาโดยตลอด และขอขอบคุณ ดร.ดวงเดือน ศรีมาตี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินานักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ดร.ดวงดาว สารัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่ได้ตรวจสอบคุณภาพ แก้ไขเครื่องมือวิจัย จึงขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง และคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ดทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมพัฒนาและเป็นกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้

ศิริรัตน์ พิงส์สันเทียะ



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญภาพประกอบ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามงานวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
1.4 ขอบเขตการวิจัย	5
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	6
บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล	7
2.1 แนวคิดและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ.....	7
2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	9
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ.....	53
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....	63
2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research).....	71
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	78
2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	81
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	83

3.1 รูปแบบการวิจัย	83
3.2 กลุ่มเป้าหมาย	85
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	87
3.4 การสร้างเครื่องมือ.....	89
3.5 การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	90
3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	91
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	93
3.8 จริยธรรมในการวิจัย.....	94
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	95
4.1 บริบทการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด	95
4.2 ผลของกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด	98
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	132
5.1 สรุปผลการวิจัย	132
5.2 อภิปรายผล	134
5.3 ข้อเสนอแนะ	137
บรรณานุกรม.....	138
ภาคผนวก.....	143
ภาคผนวก ก หนังสือรับจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	144
ภาคผนวก ข หนังสือยินยอมการเข้าร่วมกิจกรรม.....	146
ภาคผนวก ค เครื่องมือในการวิจัย.....	150
ภาคผนวก ง คำสั่งคณะกรรมการฯ.....	165
ภาคผนวก จ แผนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านหนองยาง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด	172

ประวัติผู้เขียน.....	178
----------------------	-----



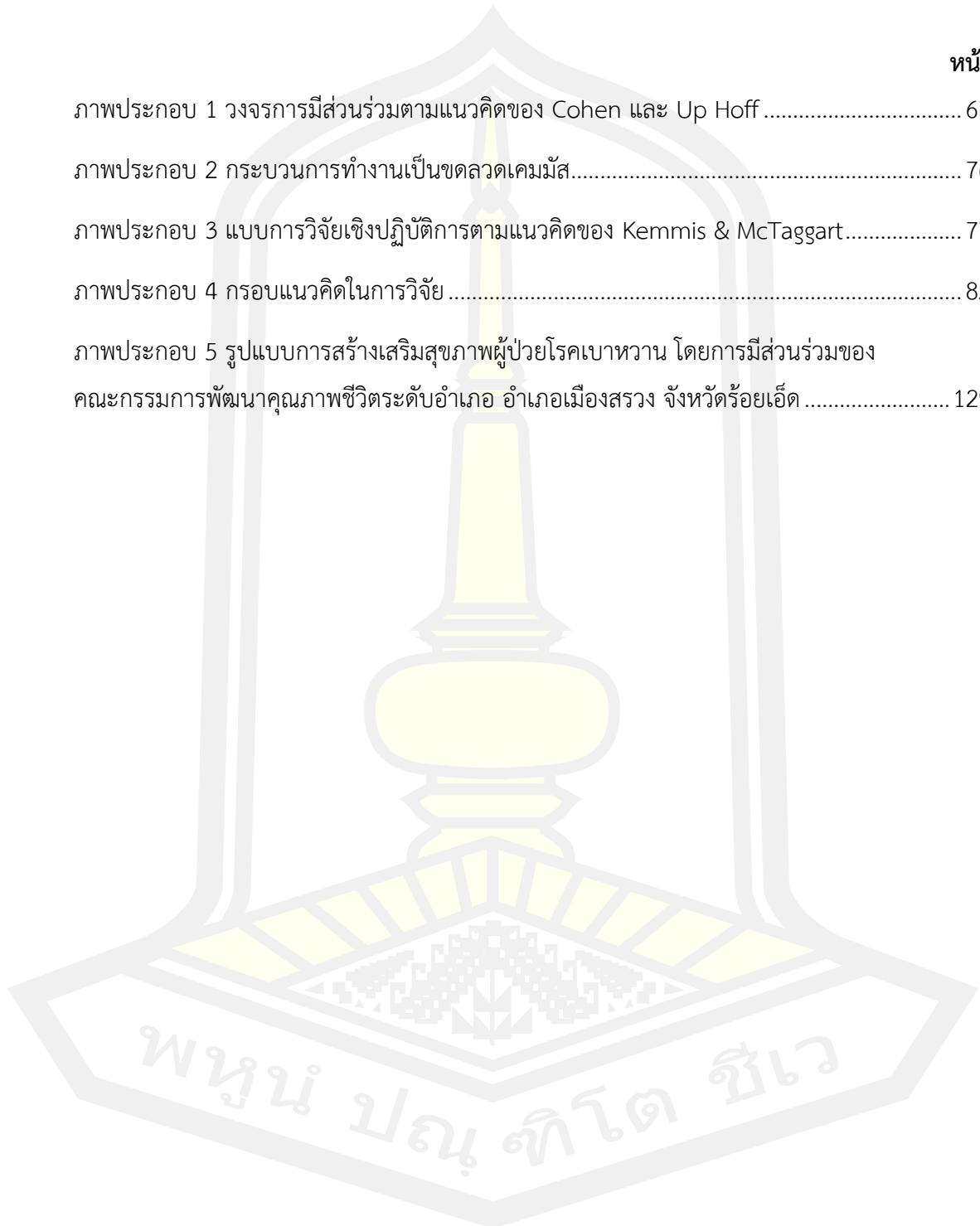
สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 ประสิทธิภาพในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของการรักษาวิธีต่าง ๆ และข้อพิจารณา.....	14
ตาราง 2 การแบ่งระยะไตวายเรื้อรังตามค่า GFR.....	19
ตาราง 3 แสดงกิจกรรมการออกกำลังกายให้พลังงาน 150 กิโลแคลอรี.....	35
ตาราง 4 ข้อพึงระวังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในการออกกำลังกาย	36
ตาราง 5 แสดงค่าภาวะโภชนาการและระดับคะแนนในการทำกิจกรรม	39
ตาราง 6 แสดงการเปลี่ยนแปลงของสารอาหารหลักไปเป็นน้ำตาล	40
ตาราง 7 จำนวน ร้อยละ และลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน (n=25).....	99
ตาราง 8 จำนวน และร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n=25).....	101
ตาราง 9 จำนวน และร้อยละของความรู้โดยรวมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	103
ตาราง 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (n=25).....	104
ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของทักษะโดยรวมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (n=25)	104
ตาราง 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (n=25).....	105
ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติตัวโดยรวมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n=25).....	105
ตาราง 14 ร้อยละพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานหลังการพัฒนา (n=25)	106
ตาราง 15 ร้อยละการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังพัฒนา (n=25).108	
ตาราง 16 แสดงผลการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด	122
ตาราง 17 ร้อยละพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานหลังการพัฒนา (n=25).....	124

สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 วงจรการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Cohen และ Up Hoff	67
ภาพประกอบ 2 กระบวนการทำงานเป็นขดลวดเคมีส.....	76
ภาพประกอบ 3 แบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart.....	77
ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย	82
ภาพประกอบ 5 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด	129



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

ในปัจจุบันมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง และอีกหนึ่งโรคที่มีความสำคัญอย่างยิ่งคือ โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นทั้งหลอดเลือดขนาดใหญ่ และหลอดเลือดขนาดเล็ก เช่น โรคหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา ปลายประสาท และเท้า เป็นต้น ซึ่งมีผลกระทบทางสังคมอันเนื่องมาจาก อัตราการเสียชีวิต และคุณภาพของประชากรเพิ่มขึ้น และผลกระทบทางเศรษฐกิจซึ่งเกิดจาก ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามมา ประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2568 โดยจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และจะมีผู้สูงอายุ 1 คนในทุก ๆ 5 คนเป็นโรคเบาหวาน สหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็น ถึงความสำคัญดังกล่าว โดยระบุให้เบาหวานเป็นหนึ่งในโรคที่กระทรวงให้ความสำคัญในแง่ของการป้องกันและรักษา ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ซึ่งจัดทำโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ในปี พ.ศ. 2560 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติในหลักการของแผนยุทธศาสตร์การ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีความเป็นเอกภาพใน การบริหารจัดการเพื่อสุขภาพของประชาชน บูรณาการการทำงานร่วมกัน และเน้นป้องกันโรค มากกว่าการรักษา โดยการสร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยตลอดช่วงชีวิตทุกกลุ่มวัย เพื่อการก้าวสู่สังคมสุขภาพที่ยั่งยืน

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของเขตสุขภาพที่ 7 และของจังหวัดร้อยเอ็ด (ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 – 2562 พบว่า อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อ 4 โรค คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และจังหวัดร้อยเอ็ดพบอัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อสูงกว่า อัตราตายของเขตสุขภาพที่ 7 โดยอัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อ 4 โรค ของเขตสุขภาพที่ 7 เท่ากับ อัตรา 107.63, 112.13, 111.57 และ 122.07 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และอัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อ 4 โรค ของจังหวัดร้อยเอ็ด เท่ากับ 117.27, 122.57, 128.28 และ 147.42 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ของเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ.2560 – 2563 เท่ากับ 709.92,

610.62, 575.75 และ 562.62 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ของจังหวัดร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ.2560 – 2563 เท่ากับ 760.3, 648.97, 648.55 และ 573.63 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อัตราตายโรคเบาหวานของเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ.2559 – 2562 เท่ากับ 39.01, 40.75, 40.74 และ 43.73 ต่อแสนประชากร เมื่อเทียบกับอัตราตายด้วยโรคเบาหวานของจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ามี แนวโน้มสูงกว่าของเขต คือ 38.99, 44.07, 45.31 และ 51.64 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

สถานการณ์โรคเบาหวานของอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จากสรุปผลการดำเนินงาน พ.ศ. 2560 - 2562 อัตราความชุกของโรคเบาหวานต่อประชากรพันคน คือ 37.39, 40.21 และ 43.59 ผู้ป่วยเบาหวานและมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง จำนวน 363, 622 และ 688 คน คิดเป็นร้อยละ 41.87, 66.74 และ 68.12 อุบัติการณ์โรคเบาหวานรายใหม่ ต่อประชากรพันคน คือ 7.87, 9.32 และ 11.58 ด้านภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางตา จำนวน 112, 141 และ 101 คน คิดเป็นร้อยละ 12.92, 15.16 และ 10.01 ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า จำนวน 6, 10 และ 11 คน คิดเป็นร้อยละ 0.74, 1.07 และ 1.08 ตัดนิ้ว/อวัยวะ จำนวน 0, 4 และ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 0, 0.43 และ 0.99 ไตวาย ระดับ 3-5 จำนวน 120, 82 และ 116 คน คิดเป็นร้อยละ 13.85, 8.82 และ 11.51 เปลี่ยนไต 1 คน ทั้งนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้ คิดเป็นร้อยละ 24.45, 23.28 และ 38.45 (เป้าหมายร้อยละ 40) ค่ายาของผู้ป่วยเบาหวาน ปี 2560 - 2562 พบว่า ค่ายาผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดทั้งรายเก่ารายใหม่ จำนวน 906,761.79, 951,443.00 และ 982,765.28 บาท ค่ายาฉีดจำนวน 642,762.00, 656,368.00, 691,438.00 บาท ค่ายาผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน 176,739.00, 152,919.00 และ 78,167.00 บาท ตามลำดับ

จากสรุปผลการดำเนินงาน พ.ศ. 2560 - 2562 พบว่า อุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน อัตราความชุกของโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน พื้นที่ที่มีปัญหาสูงอันดับต้นๆ ของ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด และมีแนวโน้มที่สูงขึ้น คือเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีอุบัติการณ์โรคเบาหวานรายใหม่ ต่อประชากรพันคน 3.97, 4.76 และ 4.08 อัตราความชุกของโรคเบาหวาน 41.77, 43.25 และ 42.00 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วม จำนวน 32, 42 และ 66 คน คิดเป็นร้อยละ 30.47, 38.53 และ 58.40 ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานพบว่ามีไตวาย ระดับ 3-5 จำนวน 7, 11 และ 21 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67, 9.24 และ 19.47 ฟกไตทางหน้าท้อง 1 คน ภาวะแทรกซ้อนทางตา จำนวน 3,3 และ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.86, 2.52 และ 2.65 ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า จำนวน 2, 1 และ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.90, 0.84 และ 1.77 ตัดนิ้ว/อวัยวะ จำนวน 1, 1 และ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.95, 0.84 และ 1.77 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คิดเป็นร้อยละ 9.30, 19.35 และ 25.71 (เป้าหมายร้อยละ 40.00) ซึ่งจากการสอบถาม และสัมภาษณ์ สอดคล้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ ส่วนใหญ่กินอาหาร หวาน มัน

และเค็ม กินข้าวปริมาณที่เกิน กินข้าวเหนียวเป็นหลัก และกินผักในปริมาณที่น้อย การออกกำลังกาย ทำได้ไม่ต่อเนื่องและไม่เหมาะสมกับอายุของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) เป็นระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพ อย่างมีประสิทธิภาพบูรณาการภาคี เน้นเป้าหมายที่ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และได้รับความไว้วางใจจากประชาชน ผ่านกระบวนการชื่นชม และจัดการความรู้แบบอิงบริบทของแต่ละสถานที่การทำงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การผลักดันผ่าน ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นระบบการทำงานที่มุ่งตอบคำถามสุขภาพในแต่ละพื้นที่ และหัวใจสำคัญในการทำงาน ร่วมคือ UCCARE ที่เน้นการทำงานเป็นหนึ่งเดียวกันเป็นทีม โดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมีการจัดระบบบริการพื้นฐานและมีการใช้และแบ่งปันทรัพยากรในพื้นที่อย่างมีคุณค่าและมีประสิทธิภาพสูงสุด เกิดความพึงพอใจและรู้สึกปิติในผลงานและคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ดีขึ้น กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพ ที่มีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการปัญหาสุขภาพอย่างเป็นเอกภาพ มีเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและได้รับความไว้วางใจจากประชาชน ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการปรับปรุง การบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีความสอดคล้องกับภาพในพื้นที่ตามบริบทอันจะส่งผลให้ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งพา ตนเองได้ในระดับหนึ่ง มีขีดความสามารถในการจัดการปัญหาโรคประจำท้องถิ่นและภัยสุขภาพให้ลดลงได้ โดยหลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพอำเภอประกอบด้วย 5 ประการ ได้แก่ ประการที่ 1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (unity district health team) ของภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญกับ working relationship คือ ความสัมพันธ์ที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนและกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมงานอย่างชัดเจน ประการที่ 2 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอในทุกขั้นตอนของการพัฒนา โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือ การทำงานด้านสุขภาพเพื่อยกระดับการพึ่งตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประการที่ 3 การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง คุณค่าที่สำคัญของการบริการปฐมภูมิเป็นคุณค่าที่เกิดขึ้นทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการการสร้างคุณค่าทำได้หลากหลายวิธี ประการที่ 4 การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากรโดยให้ความสำคัญกับการระดมทรัพยากรมาใช้ร่วมกันภายใต้การบริหารจัดการที่ดีและการแบ่งปันทรัพยากรทั้งคน เงิน เครื่องมือความรู้เทคโนโลยีและฐานข้อมูล เพื่อใช้ในการกิจทางสุขภาพ ประการที่ 5 การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น เน้นการจัดการปัญหาสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องตามบริบท และวัฒนธรรม รวมทั้งสภาพปัญหาสุขภาพครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา

และฟื้นฟู ตามหลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีระเบียบและหลักการเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการ เป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ความเป็นเจ้าของและภาวะการณ้นำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้ บุคคล ครอบครัว และ ชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคม

การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอของอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ผ่านมามีการดำเนินงานขับเคลื่อน 5 ประเด็น ได้แก่ อุบัติเหตุจลาจล โรคเบาหวาน ส่งเสริมอาชีพสร้างรายได้ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การจัดการขยะ แต่ยังพบปัญหาในการดำเนินงาน ได้แก่ คณะกรรมการไม่เข้าใจในแนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ เป็นการดำเนินการเฉพาะวิชาชีพด้านสาธารณสุข ขาดการบูรณาการ ภาคส่วนอื่น ๆ ยังไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ซึ่งคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอมีส่วนสำคัญทั้งการคิดวางแผน การร่วมดำเนินงาน และการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป

จากปัญหาอุบัติการณ์ อัตราความชุก และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาสูงอันดับต้น ๆ ของอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด มีแนวโน้มที่สูงขึ้น และยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย คือร้อยละ 40.00 ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานจากการสอบถามและสัมภาษณ์ คือ รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม รับประทานข้าวเกิน และรับประทานผักน้อย และการออกกำลังกายทำไม่ได้ต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าส่วนราชการมีข้อจำกัดในการดำเนินงานร่วมกัน จึงแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานและร่วมสนับสนุนดำเนินงานสู่ระดับพื้นที่ตำบล โดยร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ร่วมกันวางแผน ร่วมดำเนินงาน ร่วมติดตามประเมินผล นำยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพของกฎบัตรรอดตาว่า ใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community action) โดยกลไกของคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเด็นเบาหวาน ในการช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง มี

การปฏิบัติตัวและการพัฒนาสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ตลอดจนจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และสนับสนุนให้ชุมชนเข้มแข็ง พึ่งตนเองได้ โดยชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจและจัดการ มีการระดมทรัพยากรภายในชุมชนในการดำเนินงาน โดยชุมชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสาร โอกาสการเรียนรู้ และแหล่งทุนสนับสนุนจากภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.2 คำถามงานวิจัย

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทของการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลของกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

1.4 ขอบเขตการวิจัย

1.4.1 ด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้ครอบคลุมเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ และการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

1.4.2 ด้านประชากรและกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายรวมทั้งสิ้น 67 คน ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 21 คน คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 21 คน และผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 25 คน

1.4.3 ด้านระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือนเมษายน 2564 – กันยายน 2564

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ และเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเมืองสรวง ทั้งผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

1.5.2 การเสริมสร้างสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง การปฏิบัติตัวและการพัฒนาสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ตลอดจนจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อการสนับสนุนด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

1.5.3 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หมายถึง คณะกรรมการที่ประกอบด้วยนายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ ผู้แทนส่วนราชการ ผู้แทนหน่วยงานรัฐ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนกำนันหรือผู้แทนผู้ใหญ่บ้าน จำนวนไม่เกิน 6 คน เช่น ปลัดอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พัฒนาการอำเภอ ผู้อำนวยการสถานศึกษา หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผู้แทนภาคเอกชน จำนวนไม่เกิน 6 คน คัดเลือกจากผู้ประกอบการวิชาชีพด้านการแพทย์ ในอำเภอ ผู้แทนสถานพยาบาล ผู้แทนร้านขายยา สถานประกอบกิจการด้านสุขภาพ ผู้แทนภาคประชาชน จำนวนไม่เกิน 7 คน คัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์ในการพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น ผู้นำศาสนา องค์กรในพื้นที่ที่ไม่แสวงกำไร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ

1.5.4 การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หมายถึง กิจกรรมของภาคีเครือข่าย ในการสร้างกระบวนการดำเนินงานร่วมกัน 6 ร่วม ได้แก่ การรับรู้ข้อมูล ร่วมกันวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินกิจกรรม ร่วมติดตามประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ เพื่อจัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการ บูรณาการงบประมาณ ทรัพยากร และองค์ความรู้ การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ
- 2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
- 2.4 แนวคิดการมีส่วนร่วม
- 2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 แนวคิดและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

1) ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ มีผู้ให้ความหมายทั้งในทางทฤษฎีและเชิงปฏิบัติไว้ดังนี้

WHO (1986) หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพ ให้บรรลุถึงความสมบูรณ์ จิตใจ สังคม กลุ่มชุมชน และบุคคลต้องเข้าใจ ปัญหาความยากได้ ความต้องการและการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของสังคม และธรรมชาติ

ยุวดี รอดจากภัย (2554) หมายถึง เป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะของบุคคล ให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น และปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเกิดสภาพการดำรงชีวิตที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี

นิตย์ ทศนิยม (2555) หมายถึง การสร้างพลังอำนาจเป้าหมายคือการสร้างคุณค่าในตนเอง สร้างภาพพจน์ต่อตนเองในทางบวก และเคารพในสิทธิและศักยภาพของตนเอง ฐานคิดเกิดจากการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ความหมายของสุขภาพ ซึ่งมองสุขภาพในมิติของสังคมวัฒนธรรม (Social model of health) ซึ่งครอบคลุมหลายมิติ มากกว่ามองการเป็นโรค (Biomedical Model) เพียงประการเดียว

นิตย ทัศนียม (2555) หมายถึง การสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเน้นการทำงานที่ครอบคลุม ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ ผู้ที่สามารถทำบทบาทนี้ได้ดี คือผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพราะอยู่ใกล้ชิดประชาชนและได้รับการยอมรับ โดยการประสานงานให้ภาคส่วนอื่น ๆ เข้ามาร่วมในการสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชน เพราะปัจจัยทางสังคมเป็นภาพกว้างไม่สามารถทำได้โดยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเพียงกลุ่มเดียว

2) กลยุทธ์พื้นฐาน 3 ประการ ในการสร้างเสริมสุขภาพ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

2.1) การสร้างกระแส (Advocacy) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณะชนเพื่อสร้างกระแสกดดันให้มียุทธศาสตร์ในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยปรับเปลี่ยนปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ การเมืองและสังคมให้เอื้อต่อสุขภาพ

2.2) การเสริมสร้างความสามารถ (Enabling) เป็นการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพเต็มที่เพื่อให้มีสุขภาพดี กำหนดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพให้ข้อมูลอย่างทั่วถึง มีทักษะในการดำเนินชีวิต และมีโอกาสที่จะเลือกทางเลือกเพื่อสุขภาพ

2.3) การเป็นสื่อกลาง (Mediating) การเป็นสื่อกลางและการไกล่เกลี่ยประสานระหว่างกลุ่มเพื่อให้หน่วยงานต่าง ๆ เข้ามาร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนและช่วยกันขับเคลื่อนให้บรรลุวัตถุประสงค์

3) ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ กฎบัตรอตตาวา ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการสร้างเสริมสุขภาพไว้ดังนี้

3.1) การสร้างนโยบายสาธารณะสุขภาพเพื่อสุขภาพ (Build healthy public) นโยบายส่งเสริมสุขภาพมีวิธีการที่หลากหลาย แต่สอดคล้องสนับสนุนกัน โดยผู้กำหนดนโยบายจะต้องคำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพเป็นสำคัญ

3.2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environment) ส่งเสริมให้คนและสิ่งแวดล้อม อยู่ร่วมกันอย่างเกื้อกูลและสมดุล ถือว่า การอนุรักษ์ทรัพยากร ธรรมชาติทั่วโลกเป็นภารกิจร่วมกันของประชากรโลก เปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตการทำงาน การพักผ่อน ให้มีสุขภาพที่ดีและปลอดภัยโดยไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม

3.3) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community action) เป็นการสนับสนุนให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ โดยชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจและจัดการ มีการระดมทรัพยากร และวัตถุดิบในชุมชน ทั้งนี้ชุมชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสาร โอกาสการเรียนรู้และแหล่งทุนสนับสนุน

3.4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills) การส่งเสริมสุขภาพ โดยการ สนับสนุนในเรื่องการพัฒนาบุคคลและสังคม ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาเพื่อสุขภาพ และการเสริมทักษะชีวิตในการจัดการที่ดีเพื่อป้องกันและควบคุมสุขภาพของตน

3.5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Reorient health services) การจัดระบบบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข สถานบริการสาธารณสุขและรัฐบาล มีการทำงานร่วมกัน เพื่อมุ่งไปสู่สุขภาพของประชาชน และในการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องให้ความสำคัญในด้านการวิจัยทางสาธารณสุข หลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขสาขาต่าง ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนเจตคติ โดยมองปัญหาของปัจเจกบุคคลไปสู่การมองปัญหาในองค์รวม

สรุปการวิจัยเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสระบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ยึดความหมายว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills) จนตัดสินใจเลือกการกินและออกกำลังกายที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ และปรับพฤติกรรมกรรมการกิน การออกกำลังกาย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่เหมาะสมกับสภาพวิถีชีวิต เป็นการสร้างคุณค่าในตนเอง สร้างภาพพจน์ต่อตนเองในทางบวก เกิดความมั่นใจในศักยภาพว่าสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง

2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

เพื่อให้เข้าใจปัญหาเรื่องนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ความหมายโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติของเมตาบอลิซึม ทำให้ตับอ่อนมีความพร่องในการหลั่งอินซูลิน หรืออินซูลินออกฤทธิ์ได้ไม่เต็มที่ หรือจากสาเหตุทั้งสองอย่างร่วมกันทำให้เกิดการเสียสมดุลของระดับน้ำตาลในเลือด เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจะถูกไตกรองออกมาทางปัสสาวะ และดื่มน้ำออกมาด้วย ทำให้มีอาการปัสสาวะบ่อยและมาก (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2552)

2. ชนิดของโรคเบาหวาน แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน (วรภณ วงศ์ถาวรรวัฒน์ และวิทยา ศรีมาตา, 2549) ได้แบ่งชนิดของโรคเบาหวานเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

2.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 diabetes, T1D) พบในคนอายุน้อยกว่า 30 ปี รูปร่างไม่อ้วน อาการที่พบ คือ ปัสสาวะมาก กระหายน้ำดื่มๆ น้ำบ่อย อ่อนเพลียน้ำหนักลด อาจตรวจพบคีโตนในปัสสาวะ

2.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes, T2D) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด พบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป รูปร่างท้วมหรืออ้วน อาจไม่มีอาการผิดปกติหรือมีอาการก็ได้ เช่น กระหายน้ำบ่อย ดื่มน้ำมาก อ่อนเพลียน้ำหนักลด อาการมักไม่รุนแรงค่อยเป็นค่อยไป มักมีประวัติเป็นโรคเบาหวานในพ่อแม่ พี่น้อง

2.3 โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (Other specific type) ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติบนสายพันธุ์กรรมที่ควบคุมการทำงานของอินซูลิน จากโรคของตับอ่อน (Hemochromatosis) จากโรคของต่อมไร้ท่อ จากยาหรือสารเคมีบางชนิด เช่น Pentamidine, Steroid, Dilantin, interferon, Vacor เกิดจากโรคติดเชื้อ Congenital rubella

2.4 โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus, GDM) คือ การตรวจพบโรคครั้งแรกในขณะมีครรภ์

3. อาการของผู้เป็นโรคเบาหวาน นิรมล เมืองโสเม (2553) กล่าวว่า อาการที่พบบ่อยคือ ปัสสาวะบ่อยและมากรวมทั้งปัสสาวะกลางคืน กระหายน้ำดื่ม น้ำมาก หิวบ่อยกินจุ แต่ผอมลง อ่อนเพลีย น้ำหนักลดและผอมลง คันตามผิวหนัง มีการติดเชื้อรา เช่น บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ขา บริเวณปลายมือปลายเท้าเป็นแผลหรือฟิ่่ง่ายแต่หายยากและตาพร่ามัว

4. การให้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ใหญ่ ยาที่ใช้มี 3 กลุ่ม คือ ยากิน ยาฉีดอินซูลิน และยาฉีด GLP-1 analog ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ต้องฉีดอินซูลินเป็นหลัก สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนหนึ่งอาจเริ่มด้วยการปรับพฤติกรรม คือ ควบคุมอาหารและการออกกำลังกายก่อน หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเป้าหมายจึงเริ่มให้ยา โดยเลือกยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ในบางกรณีจำเป็นต้องเริ่มยาลดระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่แรก ซึ่งอาจเป็นยากินหรือยาฉีด ขึ้นกับระดับน้ำตาลในเลือด

4.1 การให้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีดังนี้

4.1.1 การรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เริ่มด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ก่อนการให้ยาหรือพร้อมกับการเริ่มยา ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ให้เริ่มยาฉีดอินซูลินพร้อมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานควรเน้นย้ำเรื่องการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกรายในทุกขั้นตอนของการรักษา

4.1.2 การเริ่มต้นให้การรักษาขึ้นอยู่กับ

- 1) ระดับน้ำตาลในเลือด และ A1C (ถ้ามีผลการตรวจ)
- 2) อาการหรือความรุนแรงของโรค (อาการแสดงของโรคเบาหวานและโรคแทรกซ้อน)
- 3) สภาพร่างกายของผู้ป่วย ได้แก่ โรคอ้วน โรคอื่น ๆ ที่อาจมีร่วมด้วย การทำงานของตับและไต

4.1.3 ระยะเวลาที่พิจารณาผลการรักษา เมื่อเริ่มการรักษาควรติดตามและปรับขนาดยาทุก 1-4 สัปดาห์จนได้ระดับน้ำตาลในเลือดตามเป้าหมาย ในระยะยาว เป้าหมายการรักษาใช้ระดับ A1C เป็นหลัก โดยติดตามทุก 2-6 เดือนหรือโดยเฉลี่ยทุก 3 เดือน

4.2 ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับอนุมัติการใช้จากคณะกรรมการอาหารและยาแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ตามกลไกของการออกฤทธิ์ ได้แก่

4.2.1 กลุ่มที่กระตุ้นให้มีการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อนเพิ่มขึ้น (insulin secretagogues) ได้แก่ ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (sulfonylureas) ยากลุ่มที่ไม่ใช่ซัลโฟนิลยูเรีย (non-sulfonylureas หรือ glinides) และยาที่ยับยั้งการทำลาย glucagon like peptide-1 (GLP-1) ได้แก่ ยากลุ่ม DPP-4 inhibitors (หรือ gliptins)

4.2.2 กลุ่มที่ลดภาวะดื้ออินซูลินคือ biguanides และกลุ่ม thiazolidinediones หรือ glitazone

4.2.3 กลุ่มที่ยับยั้งเอนไซม์ alpha-glucosidase (alpha-glucosidase inhibitors) ที่เยื่อลำไส้ ทำให้ลดการดูดซึมกลูโคสจากลำไส้

4.2.4 กลุ่มที่ยับยั้ง sodium-glucose co-transporter (SGLT-2) receptor ที่ไตทำให้ขับกลูโคสทั้งทางปัสสาวะ

4.3 ยาฉีดอินซูลิน อินซูลินที่ใช้ในปัจจุบัน สังเคราะห์ขึ้นโดยกระบวนการ genetic engineering มีโครงสร้างเช่นเดียวกับ อินซูลินที่ร่างกายคนสร้างขึ้น เรียกว่า ฮิวแมนอินซูลิน (human insulin) ระยะเวลาหลังมีการดัดแปลงฮิวแมนอินซูลินให้มีการออกฤทธิ์ตามต้องการ เรียกอินซูลินดัดแปลงนี้ว่าอินซูลินอะนาล็อก (insulin analog) อินซูลินแบ่งเป็น 4 ชนิด ตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ คือ

4.3.1 ฮิวแมนอินซูลินออกฤทธิ์สั้น (short acting หรือ regular human insulin, RI)

4.3.2 ฮิวแมนอินซูลินออกฤทธิ์นานปานกลาง (intermediate acting human insulin, NPH)

4.3.3 อินซูลินอะนาล็อกออกฤทธิ์เร็ว (rapid acting insulin analog, RAA) เป็นอินซูลินที่เกิดจากการดัดแปลงกรดอะมิโนที่สายของฮิวแมนอินซูลิน

4.4 อินซูลินอะนาล็อกออกฤทธิ์ยาว (long acting insulin analog, LAA) เป็นอินซูลินรุ่นใหม่ที่เกิดจากการดัดแปลงกรดอะมิโนที่สายของฮิวแมนอินซูลิน และเพิ่มเติมกรดอะมิโนหรือเสริมแต่งสายของอินซูลินด้วยกรดไขมัน นอกจากนี้ยังมีอินซูลินผสมสำเร็จรูป (premixed insulin) เพื่อสะดวกในการใช้ ได้แก่ ฮิวแมนอินซูลินออกฤทธิ์สั้นผสมกับฮิวแมนอินซูลินออกฤทธิ์นานปานกลาง และอินซูลินอะนาล็อกออกฤทธิ์เร็วผสมกับอินซูลินอะนาล็อกออกฤทธิ์นานปานกลาง ข้อจำกัดของอินซูลินผสมสำเร็จรูป คือ ไม่สามารถเพิ่มขนาดอินซูลินเพียงชนิดใดชนิดหนึ่งได้ เมื่อปรับเปลี่ยนปริมาณที่ฉีด สัดส่วนของอินซูลินทั้งสองชนิดจะคงที่ อินซูลินที่จำหน่ายมีความเข้มข้นของอินซูลิน 100 ยูนิตต่อมิลลิกรัม ในประเทศไทยอินซูลินที่ใช้โดยทั่วไป คือ RI, NPH และฮิวแมนอินซูลินผสมสำเร็จรูป ตารางที่ 2 (ท้ายบท) แสดงอินซูลินที่มีใช้ในประเทศไทย

4.5 ยาฉีด GLP-1 Analog หรือ GLP-1 Receptor Agonists เป็นยากลุ่มใหม่ที่สังเคราะห์ขึ้นเลียนแบบ GLP-1 เพื่อให้ออกฤทธิ์ได้นานขึ้น ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นการหลั่งอินซูลิน ยับยั้งการหลั่งกลูคากอน ลดการบีบตัวของกระเพาะอาหารให้อิ่มเร็วขึ้นและลดความอยากอาหาร โดยออกฤทธิ์ที่ศูนย์ความอยากอาหารที่ไฮโปทาลามัส ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ exenatide, Liraglutide

ข้อบ่งชี้การรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน การรักษาเบาหวานด้วยยาฉีดอินซูลินมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน ได้แก่

1. เป็นเบาหวานชนิดที่ 1
2. เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน มีภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตน (diabetic ketoacidosis) หรือภาวะเลือดข้นจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมาก (hypersmolar hyperglycemic state)
3. เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีปัญหาต่อไปนี้ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมากใช้ยาเม็ดรับประทาน 2-3 ชนิด ในขนาดสูงสุดแล้วควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้อยู่ในภาวะผิดปกติ เช่น การติดเชื้อรุนแรง อุบัติเหตุรุนแรง และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงรวมทั้งภาวะขาดอาหาร (malnutrition) ระหว่างการผ่าตัด การตั้งครรภ์มีความผิดปกติของตับและไตที่มีผลต่อยาแพ้ยามีดรับประทาน
4. เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการปรับพฤติกรรม
5. เป็นเบาหวานจากตับอ่อนถูกทำลาย เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง ถูกตัดตับอ่อน

4.6 สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การเริ่มยาชนิดเดียวให้เริ่มด้วย metformin เป็นยาตัวแรก ยาอื่น ๆ ที่เป็นทางเลือกแสดงในแผนภูมิที่ 1 เมื่อยาชนิดเดียวควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเป้าหมาย ให้เพิ่มยาชนิดที่ 2 (combination therapy) ที่ไม่ใช่ยากลุ่มเดิม อาจพิจารณาเพิ่มยาชนิดที่ 2 ในขณะที่ยาชนิดแรกยังไม่ถึงขนาดสูงสุดได้ เพื่อให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ยาร่วมชนิดที่ 2 ที่แนะนำในกรณีนี้ metformin เป็นยาหลักคือ sulfonylurea หากมีข้อจำกัดในการใช้ sulfonylurea อาจใช้เป็นยาชนิดอื่นได้ หากแรกวินิจฉัยพบระดับน้ำตาลในเลือดสูง >220 มก./ดล. หรือ A1C >9% อาจเริ่มยา 2 ชนิดพร้อมกันได้

4.7 ในบางรายอาจต้องใช้ยา 3 ชนิดหรือมากกว่าร่วมกัน เช่น ใช้ยา 3 ชนิดร่วมกัน หรือยา 2 ชนิดร่วมกับยาฉีดอินซูลิน หรือยา 2 ชนิดที่ไม่ใช่ DPP4-inhibitor ร่วมกับ GLP1-analog หลักการเลือกยาชนิดที่ 2 หรือเพิ่มยาชนิดที่ 3 คือ

4.7.1 Thiazolidinediones: สามารถให้เป็นยาชนิดที่ 2 ร่วมกับ metformin ในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดระดับน้ำตาลต่ำในเลือด หรือให้เป็นยาชนิดที่ 3 หรืออาจใช้ร่วมกับอินซูลิน แต่ต้องใช้ในขนาดต่ำ และห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว

4.7.2 DPP-4 inhibitors: พิจารณาเลือกใช้เป็นยาชนิดที่ 2 หรือชนิดที่ 3 ในกรณีที่ไม่สามารถใช้อาตัวอื่นได้ นิยมให้ร่วมกับ metformin และ/หรือ thiazolidinedione

4.7.3 SGLT-2 inhibitors: พิจารณาเลือกใช้เป็นยาชนิดที่ 2 หรือชนิดที่ 3 ในกรณีที่ไม่สามารถใช้อาตัวอื่นได้

4.7.4 Alpha-glucosidase inhibitors: พิจารณาเลือกใช้เป็นยาชนิดที่ 2 หรือชนิดที่ 3 ในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้

4.7.5 Repaglinide: พิจารณาเลือกใช้เป็นยาชนิดที่ 2 หรือชนิดที่ 3 แทน sulfonylureas ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารและมีกิจวัตรประจำวันไม่แน่นอนและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด แต่จะไม่ใช้ร่วมกับ sulfonylureas เนื่องจากเป็นยาที่ออกฤทธิ์คล้ายกัน

4.7.6 GLP-1 analog: พิจารณาเลือกใช้เป็นยาชนิดที่ 2 หรือชนิดที่ 3 ในกรณีผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วนมีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 กก./ตารางเมตร มีปัญหาสุขภาพเนื่องจากความอ้วน และไม่สามารถใช้อาชนิดอื่นได้ (คุณภาพหลักฐานระดับ 2, น้ำหนักคำแนะนำ +/-) ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อ GLP-1 analog ได้แก่ ระดับ A1C ไม่ลดลงหรือลดลงน้อยกว่า 1% หรือน้ำหนักตัวลดลงน้อยกว่าร้อยละ 3 ใน 6 เดือน ให้พิจารณาหยุดยา ไม่ใช้ GLP-1 analog ร่วมกับ DPP-4Inhibitor

4.8 ประสิทธิภาพของการลด HbA1C พิจารณาตามวิธีการรักษามีดังนี้

ตาราง 1 ประสิทธิภาพในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของการรักษาวิธีต่าง ๆ และข้อพิจารณา

การรักษา	ประสิทธิภาพในการลดHbA1C	ข้อพิจารณา
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชีวิตโดยควบคุมอาหาร และออกกำลังกาย	0.5-2%	- ประหยัด - มีผลดีอื่น ๆ ต่อร่างกายหลายประการ เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด - ช่วยลด/ควบคุมน้ำหนัก
Metformin	1-2%	- ราคาถูก - ไม่เปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว - ความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดระดับน้ำตาลต่ำในเลือดยกเว้นใช้ร่วมกับ sulfonylurea หรืออินซูลิน - ควรเริ่มด้วยขนาดต่ำเพื่อลดโอกาสเกิดผลข้างเคียงทางระบบทางเดินอาหาร - ลดขนาดในผู้ป่วยที่มี estimated GFR <45 มล./นาที่/1.73 ม.2 - ไม่ควรให้ในผู้ป่วยที่มี estimated GFR <30 มล./นาที่/1.73 ม.2
Sulfonylureas	1-2%	- ราคาถูก - น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น - ระวังการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดหลีกเลี่ยงยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง - ไม่ควรให้ในผู้ป่วยที่มีระดับ estimated GFR <30 มล./นาที่/1.73 ม.2 (ยกเว้น glipizide ซึ่งอาจใช้ได้ด้วยความระมัดระวัง) ควรระวังในผู้ที่แพ้สารซัลฟาอย่างรุนแรง

ตาราง 1 ประสิทธิภาพในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของการรักษาวิธีต่าง ๆ และข้อพิจารณา (ต่อ)

การรักษา	ประสิทธิภาพในการลด HbA1C	ข้อพิจารณา
Glinides	1-1.5%	- ออกฤทธิ์เร็ว - ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้ดี - เหมาะสำหรับผู้ที่รับประทานอาหารเวลาไม่แน่นอน - ราคาค่อนข้างแพง
Thiazolidinediones (TZD, Glitazone)	0.5-1.4%	- เหมาะสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติต่ออินซูลิน เช่น อ้วนหรือ อ้วนลงพุง - ความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดน้ำตาลต่ำในเลือดเมื่อใช้เป็นยาเดี่ยว หรือใช้ร่วมกับ metformin หรือ DPP-4 inhibitors หรือ SGLT-2 inhibitors - อาจทำให้เกิดอาการบวมและน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ 2-4 กิโลกรัม ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติหรือมีภาวะ congestive heart failure - เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคกระดูกพรุนและกระดูกหัก - อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
Alpha-glucosidase Inhibitors (α -GI)	0.4-0.6%	- ไม่เปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว เหมาะสำหรับผู้ที่ปัญหาในการควบคุมน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร - ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มี estimated GFR <30 มล./นาที่/1.73 ม.2
DPP-4 inhibitors	0.6-1.0%	- ไม่เปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว - ความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดน้ำตาลต่ำในเลือดเมื่อใช้เป็นยาเดี่ยวหรือใช้ร่วมกับ metformin หรือ thiazolidinedione หรือ SGLT-2 inhibitors - ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคตับอ่อนอักเสบ - ราคาค่อนข้างแพง

ตาราง 1 ประสิทธิภาพในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของการรักษาวิธีต่าง ๆ และข้อพิจารณา (ต่อ)

การรักษา	ประสิทธิภาพในการลดHbA1C	ข้อพิจารณา
Sodium-Glucose Co-Transporter (SGLT-2) inhibitors	0.6-1.2%	- น้ำหนักตัวลดลงความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดระดับน้ำตาลต่ำในเลือดเมื่อใช้เป็นยาเดี่ยว หรือใช้ร่วมกับ metformin หรือ glitazone หรือ DPP-4 inhibitors - ลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยที่เป็นโรคแล้ว - ไม่ควรให้ในผู้ป่วยที่มีระดับ estimated GFR น้อยกว่า 45-60 มล./นาที/1.73 ม.2 (ขึ้นอยู่กับชนิดของยา) - เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด genitourinary tract infection
		- เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด DKA โดยที่ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูง - ควรใช้ด้วยความระมัดระวังหรือควรหยุดยาในบางสถานการณ์ที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการขาดน้ำหรือการเกิดภาวะ DKA เช่น การเจ็บป่วยเฉียบพลัน การผ่าตัด ได้รับยา furosemide ต็ม น้ำหรือรับประทานอาหารไม่ได้ ติดสุรา เป็นต้น (ระดับน้ำตาลในเลือด - อาจอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสูงเล็กน้อยขณะเกิด DKA) - ยังไม่มีข้อมูลความปลอดภัยในระยะยาว - ราคาค่อนข้างแพง
GLP-1 Analogs หรือ GLP-1 Receptor Agonists	0.8-1.8%	- ผลข้างเคียงทางระบบทางเดินอาหารได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักตัวลดลง

ตาราง 1 ประสิทธิภาพในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของการรักษาวิธีต่าง ๆ และข้อพิจารณา (ต่อ)

การรักษา	ประสิทธิภาพในการลดHbA1C	ข้อพิจารณา
		- มีข้อมูลลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยที่เป็นโรคแล้ว ไม่ใช่ยานี้ร่วมกับยา DPP-4 inhibitors - ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคตับอ่อนอักเสบ และ medullary thyroid Carcinoma - ราคาแพงมาก
Insulin	1.5-3.5% หรือมากกว่า	- สามารถเพิ่มขนาดจนควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามต้องการ - ความเสี่ยงสูงต่อการเกิดน้ำตาลต่ำในเลือด - น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น - ราคาไม่แพง (ฮิวแมนอินซูลิน)

สรุป การกินยาของผู้ป่วยเบาหวานสำคัญมากต่อการควบคุมและการลดระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วย ควบคู่ไปกับการปรับพฤติกรรม ตามหลักโภชนาการอาหารเพื่อการปรับสมดุลร่างกายและการออกกำลังกาย และเนื่องจากยาบางชนิดมีราคาค่อนข้างแพงและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานด้วย จากพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด มีพฤติกรรมการกินอาหารที่แตกต่างกัน และส่วนมากที่ลืมกินยา และลดยาเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการออกฤทธิ์ของยาด้วย ดังนั้นวิจัยเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จึงเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่ไปกับการรับประทานยาอย่างถูกต้องเหมาะสมตามคำแนะนำของแพทย์และเภสัชกรด้วย

5. ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

5.1 โรคไตจากเบาหวาน (diabetic nephropathy) จากแนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง พ.ศ.2558 โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า อุบัติการณ์และการดำเนินโรคของ diabetic nephropathy สัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตสูง และปัจจัยทางพันธุกรรม โรคไตจากเบาหวานระยะเริ่มแรกตรวจพบได้โดย การตรวจอัลบูมินในปัสสาวะ

(albuminuria) ระดับอัลบูมินในปัสสาวะที่ผิดปกติ คือ มีค่าตั้งแต่ 30 มก.ต่อวัน หรือ 30 มก.ต่อกรัมครีเอตินิน การตรวจปัสสาวะโดยใช้ dipstick จะให้ผลบวกเมื่อค่าอัลบูมินในปัสสาวะมากกว่า 300 มก.ต่อวัน หรือ 300 มก.ต่อกรัมครีเอตินิน ดังนั้นการตรวจปัสสาวะด้วย dipstick จึงไม่ไวพอสำหรับการวินิจฉัยโรคไตจากเบาหวานระยะเริ่มแรก

5.1.1 คำจำกัดความของโรคไตเรื้อรังผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อต่อไปนี้

1) ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอัตรากรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้

2) ตรวจพบความผิดปกติอย่างน้อย 2 ครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือน

3) ตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะ (albuminuria) โดยใช้ค่า albumin excretion rate (AER) มากกว่า 30 มก./24 ชม. หรือ albumin-to-creatinine ratio (ACR) มากกว่า 30 มก./กรัม (หมายเหตุ: ในสถานบริการที่ไม่สามารถตรวจเชิงปริมาณ (quantitative) ให้ใช้แถบกระดาษจุ่มตรวจโปรตีนในปัสสาวะ) แนวทางการตรวจคัดกรอง (2) ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ (hematuria)

4) มีความผิดปกติของเกลือแร่ (electrolyte) ที่เกิดจากท่อไตผิดปกติ

5) ตรวจพบความผิดปกติทางรังสีวิทยา

6) ตรวจพบความผิดปกติทางโครงสร้างหรือพยาธิสภาพ

7) มีประวัติการได้รับผ่าตัดปลูกถ่ายไต

8) ผู้ป่วยที่มี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยอาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีภาวะไตผิดปกติก็ได้ ความชุกของการเกิดโรคไตเรื้อรังพบได้ประมาณร้อยละ 40.00 ในผู้ป่วยเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และ 2 ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีการดำเนินโรคเป็นไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage renal disease, ESRD) ซึ่งต้องได้รับการรักษาด้วยการทำ hemodialysis (HD) หรือ peritoneal dialysis (PD) จากข้อมูลการสำรวจในประเทศไทยปี พ.ศ. 2557 พบว่าผู้ป่วยที่เป็น ESRD และได้รับการรักษาด้วย dialysis มีสาเหตุจากโรคเบาหวานถึงร้อยละ 38.51 การควบคุมเบาหวานในผู้ป่วยโรคไตมีข้อพิจารณาหลายประการ ตั้งแต่เป้าหมายของการควบคุมเบาหวาน โภชนบำบัด การปรับเปลี่ยนยา/ขนาดยาที่สามารถให้ได้เมื่อการทำงานของไตลดลง รวมถึงปัจจัยกระทบจากการทำ dialysis ซึ่งทำให้ต้องมีการปรับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ใช้รักษาโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานอาจเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่จากโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรังหมายความถึงการมีความผิดปกติของไตนานมากกว่า 3 เดือน อาจมีหรือไม่มีการลดลงของ estimated glomerular filtration rate (eGFR) ผู้ป่วยเบาหวานที่มี mild

proteinuria อาจมี CKD ระยะ 1 และ 2 ขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานบางรายอาจมี CKD ระยะ 3 ขึ้นไป โดยไม่มี proteinuria โรคไตเรื้อรัง แบ่งได้เป็น 5 ระยะ ดังตาราง 2

ตาราง 2 การแบ่งระยะไตวายเรื้อรังตามค่า GFR

GFR (ระยะของ CKD./นาที่/1.7)	Estimated GFR (มล./นาที่ /1.73 ม2)
ระยะที่ 1	90 ปกติหรือสูง
ระยะที่ 2	60-89 ลดลงเล็กน้อย
ระยะที่ 3	
3A	45-59 ลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง
3B	30-44 ลดลงปานกลางถึงมาก
ระยะที่ 4	15-29 ลดลงมาก
ระยะที่ 5	น้อยกว่า 15 ไตวาย (kidney failure)
1.non-dialysis dependent (CKD5ND)	
2.dialysis dependent (CKD5D)	
- CKD5HD (hemodialysis)	
- CKD5PD (peritoneal dialysis)	

ระดับครีเอตินินในเลือดที่วัดโดยการใช้เอ็นซายม์ที่เป็นมาตรฐาน หากห้องปฏิบัติการไม่รายงานค่า eGFR สามารถคำนวณ eGFR โดยใช้สูตรดังนี้

เพศหญิง ระดับ serum creatinine ≤ 0.7 (mg/dL) ระดับ serum creatinine > 0.7 (mg/dL)	สูตรที่ใช้ $GFR = 144 \times (Scr/0.7)^{-0.329}$ $(0.993)^{Age}$ สูตรที่ใช้ $GFR = 144 \times (Scr/0.7)^{-1.209}$ $(0.993)^{Age}$
เพศชาย ระดับ serum creatinine ≤ 0.9 (mg/dL) ระดับ serum creatinine > 0.9 (mg/dL)	สูตรที่ใช้ $GFR = 141 \times (Scr/0.9)^{-0.411}$ $(0.993)^{Age}$ สูตรที่ใช้ $GFR = 141 \times (Scr/0.9)^{-1.209}$ $(0.993)^{Age}$

5.1.2 แนวทางการคัดกรองและการวินิจฉัยโรคไตจากเบาหวาน คัดกรองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่เป็นโรคนานเกิน 5 ปี สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค ควรได้รับการตรวจหาโรคไตจากเบาหวาน และหลังจากนั้นควรตรวจตามที่แพทย์แนะนำหรือปีละ 1 ครั้ง วิธีการตรวจ albuminuria ที่แนะนำ โดยให้เก็บปัสสาวะในเวลาเช้าตรวจหา urinary albumin creatinine ratio (Alb/Cr) ถ้า Alb/Cr = 30-299 มก./กรัม ควรตรวจซ้ำอีก 1-2 ครั้งในเวลา 3-6 เดือน เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานบางรายสามารถกลับมาเป็นปกติควรประเมินค่าประมาณอัตราการกรองของไต (estimated GFR, eGFR) 16 โดยคำนวณจากค่า serum creatinine ทุกปี ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การพบ albuminuria หรือการทำงานของไตลดลง อาจมีสาเหตุอื่นนอกเหนือจาก diabetic nephropathy

5.1.3 แนวทางการป้องกันและการดูแลรักษาโรคไตจากเบาหวาน มีดังนี้

1) ระยะที่ยังไม่พบ albuminuria ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เท่ากับหรือใกล้เคียงค่าปกติเท่าที่สามารถทำได้ โดยพิจารณาความเหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย พบว่าสามารถลดความเสี่ยงและชะลอการเกิดโรคไต ควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดความเสี่ยงและชะลอการเกิดโรคไตจากเบาหวานได้ ยาลดความดันโลหิตกลุ่มที่ยับยั้งระบบเร็นนิน แองจิโอเทนซิน (Renin-angiotensin system inhibition) เช่น angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI) หรือ angiotensin II receptor blocker (ARB) สามารถป้องกันการเกิด albuminuria ได้ดีกว่ายาอื่น

2) ระยะที่ตรวจพบ albuminuria 30-299 มก./กรัมครีเอตินิน ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เท่ากับหรือใกล้เคียงค่าปกติเท่าที่สามารถทำได้ โดยพิจารณาความเหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย พบว่า สามารถชะลอการเสื่อมสมรรถภาพของไตหรือลดปริมาณ albuminuria หรือกลับเป็นปกติ ควบคุมระดับความดันโลหิตใกล้เคียงปกติ สามารถชะลอการเสื่อมสมรรถภาพของไตในผู้ป่วยโรคไตจากเบาหวาน จึงแนะนำให้ลดความดันโลหิตในเป้าหมายเดียวกันกับผู้ป่วยโรคไตที่ตรวจพบ urine protein คือ ให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ยาลดความดันโลหิตกลุ่มที่ยับยั้งระบบเร็นนิน แองจิโอเทนซิน (Renin-angiotensin system inhibition) เช่น angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI) หรือ angiotensin II receptor blocker (ARB) มีส่วนช่วยชะลอการเพิ่มขึ้นของปริมาณโปรตีนในปัสสาวะและการเสื่อมสมรรถภาพของไตได้ดีกว่ายาอื่น ไม่แนะนำให้ใช้ยา 2 กลุ่มนี้ร่วมกัน เนื่องจากเพิ่มโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยไม่เพิ่มประสิทธิภาพในการชะลอการเสื่อมของไตยาในกลุ่ม SGLT2 inhibitor อาจจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของโรคไตจากเบาหวานได้ดีกว่ายาอื่น หลีกเลี่ยงการใช้ยาหรือสารที่อาจมีอันตรายต่อไต เช่น ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยาอื่น ๆ เช่น ยาปฏิชีวนะกลุ่ม aminoglycoside และการฉีดสารทึบรังสีเพื่อถ่ายภาพเอ็กซเรย์ ควรสืบค้นหาและให้การรักษาโรค

หรือภาวะอื่นที่อาจทำให้ไตเสื่อมสภาพ เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะหัวใจล้มเหลว ควรตรวจหาและให้การดูแลรักษา diabetic retinopathy ซึ่งอาจพบร่วมด้วย

3) ภาวะที่มี albuminuria ตั้งแต่ 300 มก./กรัมครีเอตินีน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติ และความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท รวมทั้งการจำกัดปริมาณโปรตีนในอาหารช่วยชะลอการเสื่อมของไตให้ช้าลงได้ ยาลดความดันโลหิตกลุ่มที่ยับยั้งระบบเร็นนิน แองจิโอเทนซิน (Renin-angiotensin system inhibition) เช่น angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI) หรือ angiotensin II receptor blocker (ARB) มีส่วนช่วยชะลอการเพิ่มขึ้นของปริมาณโปรตีนในปัสสาวะและการเสื่อมสมรรถภาพของไตได้ดีกว่ายาในกลุ่มอื่น ไม่แนะนำให้ใช้ยา 2 กลุ่มนี้ร่วมกัน เนื่องจากเพิ่มโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยไม่เพิ่มประสิทธิภาพในการชะลอการเสื่อมของไต ยาในกลุ่ม SGLT2 inhibitor อาจจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของโรคไตจากเบาหวานได้ดีกว่ายาในกลุ่มอื่น ควรตรวจหาและให้การดูแลรักษา diabetic retinopathy ซึ่งมักพบร่วมด้วยในระยนี้ ผู้ป่วยที่มีค่าประมาณอัตราการกรองของไตเสื่อมลงต่ำกว่า 30 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ม² หรือถ้าสงสัยว่าไตเสื่อมอาจจะมีสาเหตุจากโรคอื่น ควรพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต เพื่อพิจารณา การรักษาที่เหมาะสม ควรจำกัดปริมาณโปรตีนในอาหารน้อยกว่า 0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กก.ต่อวัน

4) ภาวะไตวายเรื้อรัง (end stage renal disease) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าประมาณอัตราการกรองของไตเสื่อมลงต่ำกว่า 30 มิลลิลิตร/นาที่ ควรพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม การจำกัดปริมาณโปรตีนในอาหารช่วยชะลอการเสื่อมไตของให้ช้าลงได้

5.1.4 ผลกระทบของโรคไตเรื้อรังต่อเบาหวาน เมื่อเป็นโรคไตเรื้อรัง มีการทำงานของไตลดลง พบมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด จากสาเหตุต่อไปนี้

2) ลดการขจัดอินซูลินและยาเม็ดลดระดับน้ำตาลบางชนิด ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลบางชนิดอาจต้องลดขนาดของยาเมื่อเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3 สำหรับอินซูลินที่หลังจากตับอ่อนในคนปกติจะผ่าน portal system และถูกทำลาย (metabolized) ที่ตับประมาณร้อยละ 75.00 และร้อยละ 25.00 ถูกทำลายที่ไตระยะ 3 ในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลินเข้าชั้นใต้ผิวหนังยาจะเข้าสู่กระแสเลือดโดยไม่ต้องผ่านตับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อระดับ eGFR <20 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร ส่งผลให้ค่าครึ่งชีวิตของอินซูลินนานขึ้น

3) ลดขบวนการสร้างน้ำตาลจากไต (renal gluconeogenesis) ในคนปกติไตจะมีส่วนในการสร้างน้ำตาลร้อยละ 25.00

4) ลดการหลั่งอินซูลิน เป็นผลโดยรวมจากภาวะเลือดเป็นกรด การขาด 1,25 dihydroxy vitamin D และ secondary hyperparathyroidism ซึ่งพบร่วมด้วยในโรคไตเรื้อรัง

5) ภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance, IR) มีรายงานการเกิด IR ที่เนื้อเยื่อส่วนปลาย โดยปริมาณและคุณภาพของ insulin receptor ที่เซลล์ไขมัน กล้ามเนื้อและเซลล์ตับลดลง สาเหตุเชื่อว่าอาจเกิดจากuremic toxin ภาวะเลือดเป็นกรดเรื้อรัง การอักเสบ ภาวะโลหิตจาง รวมทั้งการออกกำลังกายที่ลดลงเมื่อทำการล้างไตโดย PD หรือ HD ประมาณ 5-6 สัปดาห์ จะทำให้ภาวะ IR ดีขึ้น

6) ความต้องการอินซูลินลดลงในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะ 3 ขึ้นไป แม้จะมีการหลั่งอินซูลินลดลงและดื้อต่ออินซูลิน แต่กลับมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด เนื่องมาจากการขจัดอินซูลินลดลงทั้งที่ตับและไต นอกจากนั้น การที่มีภาวะทุโภชนาการร่วมด้วย และความผิดปกติในการทำงานของกลูคาгон ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดเพิ่มขึ้น พบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งทำ dialysis เกิดปรากฏการณ์ “burn-out diabetes” ต้องหยุดยารักษาเบาหวานเนื่องจากภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่าสามารถลดปริมาณอินซูลินหรือจำนวนครั้งที่ฉีดอินซูลิน

5.1.5 การรักษาเบาหวานในผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง เป้าหมายในการควบคุมเบาหวานในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังมีดังนี้

1) โดยทั่วไปแนะนำให้ควบคุมเบาหวานให้ระดับ A1C ประมาณ 7.0 % เพื่อป้องกันและชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังจากหลอดเลือดเล็ก รวมถึงชะลอการเพิ่มระยะโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน

2) ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ไม่ควรควบคุมเบาหวานให้ A1C < 7.0 %

3) ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรค หรือคาดว่าจะมีช่วงชีวิตสั้น อาจลดเป้าหมายการควบคุมเบาหวานให้ A1C มากกว่า 7.0 %

4) ในผู้ที่ได้รับการรักษาด้วย hemodialysis ต่อเนื่อง ควรพิจารณาเป้าหมายของ A1C เฉพาะรายในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด อาจต้องลดยารักษาเบาหวาน ถ้า A1C < 7.5 %

โดยรวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังระยะต้นๆ การควบคุมเบาหวานยังมีประโยชน์ในการลดโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดงฝอยและระบบประสาท จึงแนะนำให้เป้าหมาย A1C ไม่เกิน 7.0 % สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มี ESRD และทำ HD ถ้าอายุไม่มาก (<50 ปี) ไม่ได้มีโรคร่วมด้วย หรือยังอยู่ในช่วงที่จะได้รับการปลูกถ่ายไตควรควบคุมเบาหวานให้ A1C ใกล้เคียง 7.0 % (7.0 % - 7.5 %) แต่ถ้าผู้ป่วยอายุมาก มีโรคร่วมด้วยหรือมีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด อาจให้เป้าหมาย A1C ใกล้ร้อยละ 8.0 หรือระหว่าง 7.5 - 8.0 %

5.2 ภาวะจอตาผิดปกติจากเบาหวาน (diabetic retinopathy) แนวทางการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค, 2559) ได้ให้คำแนะนำไว้ดังนี้

5.2.1 ระยะของความผิดปกติจากการตรวจทางคลินิก

- 1) No diabetic retinopathy ตรวจไม่พบภาวะจอตาผิดปกติจากเบาหวาน
- 2) Non-proliferative diabetic retinopathy (NPDR) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ เริ่มต้น (mild) ปานกลาง (moderate) และรุนแรง (severe)
- 3) Proliferative diabetic retinopathy (PDR) จอตาผิดปกติจากเบาหวานที่มีเส้นเลือดงอกใหม่ (neovascularization) ซึ่งสามารถทำให้เกิดภาวะเลือดออกในวุ้นตา (vitreous hemorrhage) หรือเลือดออกหน้าจอตา (preretinal hemorrhage) และกลายเป็นพังผืดในจอตา ร่วมกับเกิดจอตาลอก (tractional retinal detachment) ซึ่งทำให้สูญเสียการมองเห็นได้ นอกจากการระบุระยะของจอตาผิดปกติจากเบาหวานแล้ว ผู้คัดกรองควรตรวจหาภาวะจุดภาพชัดบวมจากเบาหวาน (diabetic macular edema) ซึ่งสามารถเกิดร่วมกับภาวะจอตาผิดปกติจากเบาหวานในทุกระยะ เนื่องจากภาวะนี้สามารถทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความคมชัดในบริเวณส่วนกลางของการมองเห็นได้ผู้ป่วย NPDR ที่ไม่รุนแรงจะไม่มีอาการใด ๆ เมื่อตรวจพบ และสามารถให้การดูแลรักษาเพื่อชะลอหรือป้องกันไม่ให้เปลี่ยนแปลงเป็นระยะรุนแรงได้ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นปัจจัยหลักที่จะป้องกันและลดการดำเนินโรคของจอตาผิดปกติจากเบาหวาน โดยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งก่อนและหลังมื้ออาหาร หรือระดับ A1C ให้อยู่ในเกณฑ์ที่แนะนำส่วนผู้ป่วยที่มี PDR และผู้ป่วยที่มี macula edema อาจมีบางรายที่ยังมีการมองเห็นเป็นปกติ แต่จำเป็นต้องได้รับการส่งต่อไปยังจักษุแพทย์เพื่อรับการประเมินและรักษาทุกราย เพราะอาจลุกลามถึงตาบอดได้

5.2.2 แนวทางการตรวจคัดกรองและการวินิจฉัยภาวะจอตาผิดปกติจากเบาหวานการตรวจคัดกรองภาวะจอตาผิดปกติจากเบาหวาน มีแนวทางปฏิบัติ คือ

- 1) ถามอาการทางตาและสายตา
- 2) วัดการมองเห็น (visual acuity) ก่อนทำการขยายม่านตา ผู้ป่วยได้รับการตรวจจอตา โดย ได้รับการขยายม่านตาและตรวจจอตาโดยจักษุแพทย์ หรือ การตรวจด้วยกล้องถ่ายภาพจอตา (Fundus photography) ในกรณีที่ไม่มีจักษุแพทย์ อาจถ่ายภาพจอตา ด้วย digital fundus camera โดยขยายม่านตาหรือไม่ขยายม่านตา และอ่านภาพถ่ายจอตาโดยผู้ชำนาญการ
- 3) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ควรตรวจจอตาหลังเป็นเบาหวาน 5 ปี หรือเมื่ออายุ 10 ปี และตรวจครั้งต่อไปตามแพทย์นัดหรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- 4) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควรรับการนัดหมายเพื่อตรวจจอตาหลังการวินิจฉัยโรคเบาหวานโดยไม่ล่าช้า และตรวจครั้งต่อไปตามแพทย์นัดหรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

5) ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานและมีครรภ์ ควรได้รับการนัดหมายเพื่อตรวจจอตาทันทีที่ทราบว่ามีการตั้งครรภ์หรือภายในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ และตรวจครั้งต่อไปตามนัดของจักษุแพทย์

6) ผู้ที่ไม่เคยเป็นเบาหวานมาก่อนแต่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การตรวจคัดกรองจอตาไม่มีความจำเป็น เนื่องจากภาวะเบาหวานที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ไม่ได้เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดจอตาผิดปกติจากเบาหวาน (ยกเว้นในกรณีที่มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 126 มก./ดล. แสดงว่าน่าจะเป็นเบาหวานมาก่อนการตั้งครรภ์แต่ไม่ได้รับการวินิจฉัย ควรส่งจักษุแพทย์เพื่อตรวจจอตาเช่นเดียวกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีการตั้งครรภ์)

5.2.3 แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาภาวะจอตาผิดปกติจากเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ใกล้เคียงปกติตลอดเวลา สามารถลดความเสี่ยงและชะลอการเกิดภาวะจอตาผิดปกติจากเบาหวานได้ แนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาล และ A1C ให้ได้ตามเป้าหมายที่เหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย

1) ควรวัดความดันโลหิตทุกครั้งที่มาพบแพทย์ และควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมายจะลดความเสี่ยงการเกิดภาวะจอตาผิดปกติจากเบาหวาน

2) ควบคุมระดับไขมันในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย

3) ผู้ที่เป็น severe NPDR หรือ PDR หรือ macular edema ควรพบจักษุแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญในการรักษาภาวะจอตาผิดปกติจากเบาหวานทันที

4) การรักษาด้วยเลเซอร์ในเวลาที่เหมาะสม สามารถป้องกันการสูญเสียสายตาในผู้ที่มีภาวะจอตาผิดปกติจากเบาหวาน

5) การรักษาด้วย Anti-vascular endothelial growth factor (VEGF) เพื่อรักษา diabetic macular edema สามารถทำให้การมองเห็นดีขึ้นและลดความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์

6) ยาแอสไพรินสามารถให้ได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะจอตาผิดปกติจากโรคเบาหวานโดยไม่เพิ่มโอกาสการเกิดเลือดออกในวุ้นตา

5.3 ผลที่เท้า แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้เป็นโรคเบาหวาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค, 2559) (สำนักงาน. หลักประกันสุขภาพเขต 7 ขอนแก่น, 2557) พบว่าอาการนี้เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการตัดขาหรือเท้า (lower limb amputation) ที่ไม่ได้มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ การเกิดแผลที่เท้าและการถูกตัดขาหรือเท้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นผลจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการร่วมกัน ดังนั้นแนวทางการปฏิบัติในการดูแลรักษาเท้าจึงมีความสำคัญมากในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและการถูกตัดขา

หรือเท้า การดูแลรักษาเท้าที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ทุกด้านที่เกี่ยวข้อง โดยจะต้องร่วมกันกำหนดแนวทางการดูแลและรักษาเท้าดังนี้

5.3.1 ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายควรได้รับการตรวจประเมินเท้าโดยละเอียดอย่างน้อยปีละครั้ง

5.3.2 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางขึ้นไป ควรทำการตรวจประเมินเท้า ทุก 3-6 เดือน ควรดำเนินการโดยแพทย์หรือบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรม

5.3.3 การตรวจเท้าผู้ป่วยเบาหวาน ควรประเมินลักษณะภายนอกของเท้ารวมถึงเท้าผิดรูป ประเมินปลายประสาทโดยใช้ monofilament น้ำหนัก 10 กรัม คลำชีพจรที่เท้า และตรวจร่องเท้าของผู้ป่วยควรให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาการเกิดแผลที่เท้า รวมทั้งการป้องกันและ การดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวานทุกราย ตั้งแต่แรกวินิจฉัยโรคเบาหวานและควรทำอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าปฏิบัติตัวทั่วไปสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า

5.3.4 ผู้ป่วยที่มีปัญหาหลอดเลือดแดงส่วนปลายที่ขาตีบ (peripheral arterial disease) จนมีอาการของขาขาดเลือด อาจต้องพิจารณาให้การรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนเส้นทางของเลือด (arterial bypass surgery)

5.3.5 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าและการถูกตัดขาหรือเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

- 1) ประวัติเคยมีแผลที่เท้าหรือถูกตัดขาหรือเท้ามาก่อน
- 2) มีภาวะแทรกซ้อนที่ปลายประสาทจากเบาหวาน
- 3) มีหลอดเลือดส่วนปลายที่ขาตีบ
- 4) มีจอตาผิดปกติจากเบาหวานและสายตาเสื่อม
- 5) เท้าผิดรูป (foot deformities)
- 6) หนังกแข็ง (callus) ใต้ฝ่าเท้า
- 7) เล็บผิดปกติ
- 8) รองเท้าไม่เหมาะสม
- 9) พฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้อง
- 10) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี
- 11) ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูง
- 12) ระดับ A1C สูง
- 13) อายุมาก
- 14) เพศชาย
- 15) สูบบุหรี่

16) มีภาวะแทรกซ้อนที่ไตจากเบาหวาน

5.3.6 การจำแนกระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าแบ่งได้เป็น

1) มีความเสี่ยงต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานไม่มีแผลที่เท้าขณะประเมิน ไม่มีประวัติการมีแผลที่เท้าหรือการถูกตัดตัดขา/เท้า/นิ้วเท้า ผิวหนังและรูปเท้าปกติ ผลการประเมินการรับรู้ความรู้สึกในการป้องกันตนเองที่เท้าและชี้พจนเท้าปกติ

2) มีความเสี่ยงปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีประวัติการมีแผลที่เท้าหรือถูกตัดขา/เท้า/นิ้วเท้า และไม่มีเท้าผิดปกติ แต่ตรวจพบการรับรู้ความรู้สึกในการป้องกันตนเองที่เท้าผิดปกติ และ/หรือชี้พจนเท้าเบาลง หรือตรวจ ABI <0.9

3) มีความเสี่ยงสูง หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีประวัติมีแผลที่เท้าหรือถูกตัดขา/เท้า/นิ้วเท้า หรือมีความเสี่ยงปานกลางร่วมกับพบเท้าผิดปกติ

5.3.7 ข้อควรปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

- 1) ให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องการตรวจและดูแลเท้าด้วยตนเอง
- 2) ติดตามพฤติกรรมดูแลเท้าของผู้ป่วย
- 3) ควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม
- 4) งดสูบบุหรี่
- 5) นัดตรวจเท้าอย่างละเอียด

5.3.8 ข้อควรปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในกลุ่มเสี่ยงปานกลาง ปฏิบัติเช่นเดียวกับความเสี่ยงต่ำร่วมกับ

- 1) ส่งพบแพทย์เชี่ยวชาญวินิจฉัยเพิ่มเติมในกรณีที่พบชี้พจนที่เท้าเบาลงหรือตรวจ ABI <0.9
- 2) พิจารณาอุปกรณ์เสริมรองเท้าหรือรองเท้าที่เหมาะสม นัดตรวจเท้าอย่างละเอียดทุก 6 เดือน

5.3.9 ข้อควรปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในกลุ่มเสี่ยงสูง ปฏิบัติเช่นเดียวกับความเสี่ยงต่ำร่วมกับ

- 1) ส่งพบทีมแพทย์เชี่ยวชาญ
- 2) พิจารณาตัดรองเท้าพิเศษ
- 3) นัดตรวจเท้าอย่างละเอียดทุก 3 เดือน

5.4 โรคหัวใจและหลอดเลือด การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2558) โรคหัวใจและหลอดเลือดในที่นี้ หมายถึง โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) และ โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดแดงใหญ่ (Macro vascular complication) ที่สำคัญในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงเนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบตันสูงกว่าประชากรทั่วไป และมีความรุนแรงขึ้นเมื่อผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตได้ตามค่าเป้าหมาย หรือมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) ผู้ป่วยเบาหวานเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะมีการพยากรณ์โรคเลวร้ายกว่าผู้ไม่เป็นเบาหวาน ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้น

5.4.1 อาการที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

1) ประเมินอาการนำที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจดังนี้

1.1) กลุ่มอาการเจ็บเค้นอก เช่น อาการเจ็บแน่นหรืออึดอัดบริเวณหน้าอก หรือปวดเมื่อย หัวไหล่หรือปวดกรามหรืออุ้งบริเวณลิ้นปี่ เป็นมาขณะออกกำลังกาย เป็นนานครั้งละ 2-3 นาที

1.2) เหนื่อยง่ายขณะออกกำลังกาย เช่น อาการเหนื่อยขณะออกกำลังกายที่เกิดขึ้นเฉียบพลันภายใน 1-2 สัปดาห์ หรือ อาการเหนื่อยขณะออกกำลังกายที่เกิดขึ้นเรื้อรังเกินกว่า 3 สัปดาห์ขึ้นไป

1.3) กลุ่มอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง เช่น หายใจหอบ นอนราบไม่ได้แน่นอึดอัด หายใจเข้าไม่เต็มปอดอาจมีอาการเจ็บเค้นอกร่วมด้วย

1.4) อาการเนื่องจากความดันโลหิตเฉียบพลัน เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ เป็นลม ร่วมกับอาการแน่นหน้าอก

1.5) อาการหมดสติหรือหัวใจหยุดเต้น

2) แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ประเมินภาวะเร่งด่วนที่ต้องให้การบำบัดภาวะฉุกเฉิน (หัวใจหยุดเต้น, ความดันโลหิตต่ำอยู่ในภาวะช็อกและภาวะหัวใจล้มเหลว) ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิต

3) ให้การบำบัดภาวะฉุกเฉินตามความจำเป็น

4) สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กให้ส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยภาวะหัวใจขาดเลือดทุกราย สถานพยาบาลระดับอื่น ให้การวินิจฉัยและรักษาขึ้นกับระดับของสถานพยาบาล (ศึกษาแนวทางการวินิจฉัย รักษาและส่งต่อ เพิ่มเติมจากแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดใน

ประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557 และ Service Plan สาขาโรคหัวใจ) การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

5.4.2 อาการที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

1) ชักประวัติถึงอาการเตือนที่สำคัญอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า 1 ใน 5 อย่างต่อไปนี้

1.1) การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ เช่น มีอาการชาหรืออ่อนแรงแขนขาหรือใบหน้าส่วนใหญ่มักเป็นที่ร่างกายเพียงซีกใดซีกหนึ่ง

1.2) การมองเห็นผิดปกติ เช่น ตามัว มองเห็นภาพซ้อนหรือตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็นทันที

1.3) การพูดผิดปกติ เช่น พูดลำบาก พูดตะกุกตะกักหรือพูดไม่ได้หรือไม่เข้าใจคำพูด

1.4) มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงทันที โดยไม่มีสาเหตุชัดเจน

1.5) เวียนศีรษะ มีอาการมึนงง บ้านหมุน หรือเดินเซเสียการทรงตัว

2) ประเมินอาการและชักประวัติเพิ่มเติม ดังนี้ ระยะเวลาที่เริ่มเป็นการตรวจร่างกาย สัญญาณชีพ และความผิดปกติทางระบบประสาท

3) ส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าตามระบบเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัด (ศึกษาแนวทางการวินิจฉัย รักษาและส่งต่อ เพิ่มเติมจากแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป พ.ศ. 2550 แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สำหรับแพทย์ พ.ศ. 2550 และ Service Plan สาขาโรคหลอดเลือดสมอง)

5.4.3 ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ ได้แก่

1) รับประทานผัก ผลไม้ น้อย

2) ความอ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอ้วนลงพุง

3) วิถีชีวิตนั่ง ๆ นอน ๆ

4) ประวัติครอบครัวญาติสายตรง (first degree relative) ได้แก่ พ่อ แม่ พี่หรือน้องท้องเดียวกัน การได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease) หรือโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ก่อนวัยอันควร คือก่อนอายุ 55 ปีในชาย และก่อนอายุ 65 ปีในหญิง ซึ่งกำลังรับการรักษายู่หรือไม่ก็ได้

5) รับประทานความดันโลหิต

6) ระดับไขมัน triglycerides สูง มากกว่า 180 มก./ดล.

7) ระดับ HDL ต่ำกว่า 40 มก./ดล. ในชาย หรือต่ำกว่า 50 มก./ดล. ในหญิง

- 8) มีการเพิ่มขึ้นของ C-reactive protein, fibrinogen, homocysteine, apolipoprotein B, Lp (a), fasting impaired glucose หรือ impaired glucose tolerance
- 9) มี microalbuminuria (จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงใน 5 ปีอีก 5% ในผู้ที่เป็เบาหวาน)
- 10) มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) มากกว่า 7.0%
- 11) Premature menopause
- 12) เศรษฐฐานะต่ำ

6. การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555) รายงานว่า มีหลักฐานแน่นอนว่าการออกกำลังกายอย่างถูกต้องเป็นประจำ แม้กระทั่งผู้สูงอายุแล้วก็ยังคงมีความกระฉับกระเฉง มีสมรรถภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ มีโรคภัยไข้เจ็บเบียดเบียนน้อย ผู้ป่วยเบาหวานก็เช่นเดียวกัน การเจริญและการเสื่อมโทรมของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายมนุษย์เกิดขึ้นตลอดเวลา จึงทำให้เกิดพยาธิสภาพในอวัยวะต่าง ๆ ได้โดยทั่วไป และเกิดโรคที่พบเสมอ เช่น หลอดเลือดตีบแข็ง ข้อติด โรคหัวใจเสื่อมสภาพ ถุงลมโป่งพอง ซึ่งแต่ละคนแตกต่างกันไปตามระยะเวลา โดยทั่วไปหลังอายุ 30 ปีไปแล้วร่างกายจะค่อย ๆ เสื่อมโทรมลง ดังนั้นการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานจึงเป็นสิ่งจำเป็นมากเพื่อให้อวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะตับอ่อนเสื่อมสภาพลงช้าทำให้ร่างกายสามารถหลั่งอินซูลินออกมาได้อย่างมีประสิทธิภาพทำงานทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นอกจากนั้น (ในพระราชบัญญัติสมเด็จพะเทพรัตนราชสุตาฯสยามบรม, 2554 อ้างถึงในแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, 2560) ยังยืนยันว่า ผู้ป่วยเบาหวานนอกจากออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อสุขภาพที่ดีแล้ว การออกกำลังกายยังได้ประโยชน์ในเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต รวมทั้งน้ำหนักตัว นอกจากนี้ยังทำให้ผ่อนคลายลดความเครียด ความกังวลได้

6.1 ชนิดของการออกกำลังกาย แบ่งเป็น 2 ชนิดดังนี้

1) การออกกำลังกายแบบแอนแอโรบิค (Anaerobic Exercise) หมายถึง การออกกำลังกายแบบไม่ต้องใช้ออกซิเจน หรือในขณะที่ออกกำลังกายแทบไม่ต้องหายใจเอาอากาศเข้าสู่ปอดเลย เช่น การวิ่งเร็วระยะสั้น หรือการวิ่งในกีฬาบางอย่าง เช่น การวิ่งเต็มทีเพื่อเข้าไปรับลูกเทนนิสที่ข้าม ตาข่ายมา การกระโดดสูง กระโดดไกล ขว้างจักร พุ่งแหลน ทุ่มน้ำหนัก ซึ่งผลจากการออกกำลังกายแบบแอนแอโรบิคคล้ายกับการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก

2) การออกกำลังกายแบบแอโรบิค (Aerobic Exercise) หมายถึง การออกกำลังกายชนิดที่ต้องใช้ออกซิเจน หรือมีการหายใจในขณะที่ออกกำลังกาย เป็นการบริหารให้ร่างกายเพิ่มความสามารถสูงสุดในการรับออกซิเจน ในการออกกำลังกาย ร่างกายจะต้องใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น

ดังนั้น ในการขนส่งออกซิเจนไปยังเซลล์ของกล้ามเนื้อและอวัยวะที่เกี่ยวข้องและการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นนี้ ระบบการลำเลียงออกซิเจนไปยังจุดหมายปลายทาง ก็คือระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจ จำเป็นต้องทำงานเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้นการออกกำลังกายเป็นประจำจึงทำให้ระบบการไหลเวียนเลือดและระบบหายใจปรับตัวในทางดีขึ้น โดยสามารถเพิ่มการขนส่งออกซิเจนไปยังเซลล์กล้ามเนื้อและอวัยวะที่เกี่ยวข้องได้มากขึ้น ซึ่งเป็นผลกลับกันกับการขาดการออกกำลังกายที่กล่าวข้างต้น ตัวอย่างเช่น เคยทำงานหนึ่งซึ่งเป็นงานในขณะที่ไม่เคยออกกำลังกาย ต้องให้อัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายมากถึง 170 ครั้งต่อนาที แต่หลังจากออกกำลังกายเป็นประจำระยะหนึ่งแล้ว อัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายอาจลดลงเหลือเพียง 130 ครั้งต่อนาที และถ้าจะให้อัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายมากถึง 170 ครั้งต่อนาที ก็จะต้องเพิ่มความหนักของงานขึ้นอีกมาก ซึ่งแสดงว่าร่างกายยังมีกำลังสำรอง ผลของการออกกำลังกายเป็นประจำจะทำให้ขณะพัก หัวใจทำงานอย่างประหยัดหรือไม่หนักโดยบีบตัวน้อยครั้งลง ผู้ที่เคยมีอัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก 70 ครั้งต่อนาที หลังจากการออกกำลังกายเป็นประจำที่ทำให้หัวใจเต้นเพิ่มขึ้นเพียง 1,500-2,000 ครั้งต่อวันติดต่อกันเพียง 2-3 เดือน อัตราการเต้นของหัวใจขณะพักอาจลดลงเหลือ 60 ครั้งต่อนาที ซึ่งทำให้ประหยัดการทำงานของหัวใจได้กว่า 10,000 ครั้งต่อวัน ผลคือหัวใจมีอายุยืนยาวขึ้น ประโยชน์ของการออกกำลังกายแบบ แอโรบิก มีผลดังต่อไปนี้

1. ได้ปริมาณอากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพราะอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น
2. อัตราการเต้นของหัวใจและประสิทธิภาพในการสูบฉีดเลือดเพิ่มขึ้น
3. การไหลเวียนเลือดในร่างกายดีขึ้น
4. ออกซิเจนถูกส่งไปตามอวัยวะต่าง ๆ ได้สะดวกและรวดเร็ว
5. ลดอาการเมื่อยล้า ทำให้กล้ามเนื้อทำงานได้นานขึ้น
6. ส่งเสริมบุคลิกภาพ ทำให้ร่างกายได้สัดส่วน
7. กล้ามเนื้อและอวัยวะต่าง ๆ แข็งแรงมากขึ้น

6.2 ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีดังนี้

- 1) ช่วยลดความเสี่ยงจากการตายก่อนวัยอันควร
- 2) ลดอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ
- 3) ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง
- 4) ช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือด ปอด หัวใจ ทำงานดีขึ้น เพื่อป้องกันโรคหัวใจและ

ความดันโลหิตสูงและช่วยไม่ให้เป็นลมหน้ามืดง่าย

- 5) ช่วยป้องกันโรคกระดูกผุ ทำให้กระดูกแข็งแรงไม่หักง่าย
- 6) ทำให้การทรงตัวดีขึ้น รูปร่างดีขึ้น เดินได้คล่องแคล่วไม่หกล้ม
- 7) เพิ่มความต้านทานโรคและชะลอความชราภาพ

8) ช่วยผ่อนคลายความเครียด ไม่ซึมเศร้า ไม่วิตกกังวล สุขภาพจิตดีนอนหลับสบาย

9) ช่วยทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและอดทนยิ่งขึ้น

10) ช่วยให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น

11) ช่วยรักษาโรคบางชนิดได้ พบว่าผู้ป่วยเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูงสามารถลดระดับน้ำตาลและไขมันลงได้จากการออกกำลังกาย

12) ควบคุมน้ำหนักตัว

13) ทำให้พลังทางเพศดีขึ้น

6.3 หลักปฏิบัติในการออกกำลังกายมีดังนี้

1) การทำกายบริหาร จุดมุ่งหมายหลักของการทำกายบริหารคือการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบกล้ามเนื้อ และข้อต่อ เช่น ปลายกระดูก เยื่อหุ้มข้อ เอ็นยึดข้อ ควรปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน โดยใช้เวลาวันละ 5 ถึง 15 นาที วิธีกายบริหารมีหลายรูปแบบ เช่น การบริหารแบบหัดพละ การรำมวยจีน การฝึกโยคะ เป็นต้น แต่ละรูปแบบให้ผลต่างกันในบางแง่ ขึ้นอยู่กับความหนักเบาของการปฏิบัติและระยะเวลาในการปฏิบัติ แต่ทุกแบบจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการเคลื่อนไหวได้ โดยทำกายบริหารต่าง ๆ นับเป็นวิธีที่ดีอย่างหนึ่ง มีหลายท่าที่ก่อให้เกิดการออกกำลังกายทุกสัดส่วนของร่างกาย เช่น การฝึกให้ความอดทนแข็งแรง การทรงตัว การยืดหยุ่นของข้อต่าง ๆ ได้ดี

2) การฝึกแรงกล้ามเนื้อ โดยใช้อุปกรณ์และไม่ใช้อุปกรณ์ ส่วนการฝึกโดยใช้อุปกรณ์ จะใช้ในการเสริมสมรรถภาพของกล้ามเนื้อเป็นพิเศษในนักกีฬาบางประเภท ส่วนในคนทั่วไปที่มีสุขภาพดีและสามารถทำกายบริหารและฝึกแรงกล้ามเนื้อโดยไม่ใช้อุปกรณ์ได้อยู่แล้ว

3) การฝึกความอดทนทั่วไป เป็นการฝึกที่จำเป็นที่สุดสำหรับผู้สูงอายุเพราะทำให้การไหลเวียนเลือดและการหายใจดีขึ้น ซึ่งนอกจากทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทั่วไปดีขึ้นยังเป็นการป้องกันโรคหลายชนิดในผู้สูงอายุ และช่วยฟื้นฟูสภาพในผู้ที่เกิดอาการของโรคร่วมจากการเสื่อมสภาพร่างกายและสิ่งแวดล้อม ระหว่างการออกกำลังกาย ควบคุมการหายใจให้เป็นจังหวะตามการออกกำลังกาย โดยอาศัยการสังเกตความเหนื่อย คือไม่เหนื่อยจนหอบ หายใจไม่ทันให้พัก 10 นาที จะรู้สึกหายใจเหนื่อยหรือหายใจเหนื่อยจนเกือบปกติ อาจอาศัยการนับชีพจร กล่าวคือพักแล้ว 10 นาที อัตราชีพจรควรลดลงต่ำกว่า 100 ครั้งต่อนาที เมื่อฝึกไปได้ระยะหนึ่งความเหนื่อยจะน้อยลง และชีพจรหลังออกกำลังกายต่ำกว่าเดิมอาจลองเพิ่มความหนักขึ้นทีละน้อยถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้นระหว่างการออกกำลังกายเช่นเวียนศีรษะควบคุมการเคลื่อนไหวไม่ได้ เจ็บหน้าอก หายใจขัด ต้องลดความหนักลง หรือหยุดออกกำลังกายต่อไป การออกกำลังกายในผู้สูงอายุควรเป็นการออกกำลังกายใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆให้ทำต่อเนื่องอย่างน้อย 20-30 นาทีโดยออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน การออกกำลังกายเป็นประจำจะทำให้ร่างกายแข็งแรง กระฉับกระเฉง

4) การใช้ร่างกายในชีวิตประจำวันและงานอดิเรก การออกกำลังกายแบบนี้ หากจัดให้พอเหมาะแล้วจะเป็นการฝึกฝนร่างกายได้อย่างดี งานอดิเรกหลายอย่างที่นอกจากให้ประโยชน์ทางสุขภาพกายและจิตแล้วยังให้ผลประโยชน์ด้านการครองชีพอีกด้วย เช่นการทำสวน ซ่อมแซมเครื่องใช้ ไม้สอย เลี้ยงเด็ก

5) การเดินหรือวิ่งช้า ๆ (เหยาะ ๆ) นิยมกันทั่ว ๆ ไป เพราะค่าใช้จ่ายน้อยเดินคนเดียวก็ได้ เดินเป็นกลุ่มเป็นคณะก็ดี เดินต่างจากวิ่งตรงที่ว่าขณะเดินเท้าข้างหนึ่งจะเหยียบติดพื้นดินตลอดเวลาสลับกันไป แต่วิ่งนั้นจะมีช่วงหนึ่งที่เท้าทั้งสองข้างไม่เหยียบติดดิน ดังนั้นการเดินจึงลงน้ำหนักที่เท้าเท่าน้ำหนักของผู้เดิน แต่การวิ่งน้ำหนักที่ลงที่เท้าจะมากขึ้นกว่าเดิม ผู้สูงอายุที่มีข้อเท้าหรือข้อเข่าไม่ดีจึงไม่ควรวิ่ง จะทำให้เจ็บข้อควรเปลี่ยนเป็นการออกกำลังกายชนิดอื่น เช่น การเดินในน้ำ หรือการว่ายน้ำ

6) การออกกำลังกายโดยวิธีว่ายน้ำ - เดินในน้ำ เป็นการออกกำลังกายที่ดีอย่างหนึ่งที่กล้ามเนื้อทุกส่วนได้มีการเคลื่อนออกกำลังกายเป็นการฝึกความอดทน ความอ่อนตัว และความคล่องแคล่วว่องไว เหมาะสำหรับผู้ที่ข้อเข่าเสื่อม น้ำหนักไม่ได้ลงที่เท้าทำให้เท้าไม่มีการเจ็บปวด

7) การออกกำลังกายโดยวิธีขี่จักรยาน ถ้าขี่จักรยานเคลื่อนที่ไปตามที่ต่าง ๆ เป็นการออกกำลังกายที่ดีมากเพราะเกิดประโยชน์ทั้งความอดทน การทรงตัวและความคล่องแคล่วว่องไว มีความสุขใจ แต่มีจุดอ่อนที่ต้องมีเพื่อนเป็นหมู่คณะจึงจะสนุก แต่ปัจจุบันสถานที่ขี่จักรยานปลอดภัยลำบาก บนถนนมีรถยนต์มาก โอกาสเกิดอุบัติเหตุสูง สวนสาธารณะส่วนใหญ่ก็ห้ามขี่จักรยาน ดังนั้นปัจจุบันจึงนิยมขี่จักรยานอยู่กับที่ในส่วนตัว

8) การรำมวยจีน เป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ได้ทั้งความอดทน ความแข็งแรงความยืดหยุ่น การฝึกการทรงตัวของร่างกาย ซึ่งเป็นกลวิธีหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพ รวมไปถึงการป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ การรำมวยจีนเป็นทางเลือกใหม่ของการออกกำลังกายซึ่งได้รับการนิยมนำแพร่หลายโดยเฉพาะในกลุ่มวัยทองและผู้สูงอายุ หลักพื้นฐานของการฝึกรำมวยจีน มี 3 ประการ คือ

8.1) ฝึกกาย (ขบวนท่าต่าง ๆ) เริ่มจากการยืนที่ถูกต้อง คือก้าวขาซ้ายออกให้กว้างเท่ากับช่วงไหล่ ปลายเท้าทั้ง 2 ข้างต้องตรงเท่ากับช่วงส้นเท้า มองดูคล้ายเลขหนึ่งสองตัว และพร้อมที่จะย่อตัวในท่าที่ปักหลักได้ คือย่อเข่าลงลำตัวตั้งตรงลักษณะเหมือนนั่งเก้าอี้บนเวหา ส่วนมือเมื่อยกขึ้นเคลื่อนไหวไปมาหัวแม่มือทั้งสองต้องกางออกตลอดเวลา แต่นิ้วมืออื่นไม่เหยียดตรงโค้งไปตามธรรมชาติอุ้งมือเป็นแอ่ง สองมือพร้อมที่จะเคลื่อนไหวอย่างนิ่มนวลเชื่องช้าไปตามจังหวะดนตรีอย่างสม่ำเสมอ

8.2) ฝึกการหายใจ (หายใจเข้า-ออกให้ลึกและยาว) คือ การหายใจเข้าออกตามธรรมชาติให้ลึกและยาว หรือวิธีหายใจด้วยท้อง หรือหายใจแบบผืนหายใจอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้

8.3) ผีกรจิต (ผีการตั้งสมาธิ) ให้มุ่งสมาธิไปทุกส่วนของร่างกายที่เกิดโรคและผ่อนคลายบริเวณนั้น ๆ การผ่อนคลายร่างกายควรทำตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า การร่ำรวยเงิน จะช่วยรักษาสมดุลภาพร่างกาย การแพทย์โบราณของจีนถือว่าภาวการณ์ดำรงชีวิตตามปกติเป็นผลจากภาวะสมดุลของจิตใจและร่างกาย การเสียความสมดุลจะนำโรคร้ายมาให้ การฝึกการร่ำรวยเงินจะทำให้คนเรามีความสมดุลระหว่างจิตใจและร่างกาย

9) การออกกำลังกายโดยวิธีฝึกโยคะ ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนี้ยืนยันว่า โยคะเป็นวิชาวิทยาศาสตร์แขนงหนึ่งมีวัตถุประสงค์ที่จะทำให้ผู้ฝึกปฏิบัติมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจทำให้ดำรงชีวิตอยู่ด้วยความสุข โยคะที่ใช้ฝึกออกกำลังกายเป็นโยคะเบื้องต้น เป็นการบริหารท่ามือเปล่าที่มีการหายใจเข้าออกควบคู่ไปด้วยท่าต่าง ๆ ที่ใช้ฝึกมีหลายท่า เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่าการฝึกโยคะเป็นเรื่องละเอียดอ่อนผู้ฝึกจำเป็นต้องฝึกกับผู้ที่มีความรู้ความชำนาญจริง ๆ จึงจะไม่เกิดอันตราย ดังนั้นจึงไม่แนะนำให้ฝึกด้วยตนเอง

10) การออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน วิทิต วิตรานันท์ (2552) ได้รายงานไว้ในกรวิจัยเรื่อง ผลการฝึกแอโรบิคแบบช่วงหนักสลับเบาผสมผสานกับการใช้แรงต้านที่มีสุขสมรรถนะและหน้าที่การทำงานของผนังเซลล์บุผนังหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ว่าการออกกำลังกายโดยการใช้แรงต้านหมายถึง การออกกำลังกายอีกรูปแบบหนึ่งที่ใช้แรงต้านการออกแรงของการหดตัวของกล้ามเนื้อประเภทของการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้าน แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

10.1) ไอโซเมตริกการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric Exercise or Static Exercise) หมายถึง การออกกำลังกายแบบมีการหดตัวของกล้ามเนื้อ ชนิดที่ความยาวของกล้ามเนื้อคงที่ แต่มีการเกร็งหรือตึงตัว (Tension) ของกล้ามเนื้อเพื่อต้านกับแรงต้านทาน ดังนั้น เมื่อมีการออกกำลังกายชนิดนี้ อวัยวะต่าง ๆ จึงไม่มีการเคลื่อนไหวแต่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อในลักษณะออกแรงเต็มที่ในระยะสั้น ๆ เช่น ออกแรงดันผนังกำแพง ออกแรงบีบวัตถุหรือกำหมัดไว้แน่น หรือในขณะที่ทำงานเอวฝ่ามือกดลงบนโต๊ะเต็มที่ เป็นต้น

10.2) การออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค (Isotonic Exercise or Dynamic Exercise) หมายถึง การออกกำลังกายแบบมีการหดตัวของกล้ามเนื้อ ชนิดที่ความยาวของกล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลง และอวัยวะมีการเคลื่อนไหว เป็นการบริหารกล้ามเนื้อตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายโดยตรงซึ่งสามารถแบ่งการทำงานของกล้ามเนื้อออกเป็น 2 ลักษณะคือ คอนเซนตริก (Concentric) คือ การหดตัวของกล้ามเนื้อชนิดที่ความยาวของกล้ามเนื้อหดสั้นเข้าทำให้น้ำหนักเคลื่อน เข้าหาลำตัว เช่น การยกน้ำหนักเข้าหาลำตัว ทำวิดพื้นในขณะที่ลำตัวลงสู่พื้น และเอกเซนตริก (Eccentric) คือ การหดตัวของกล้ามเนื้อชนิดที่มีการเกร็งกล้ามเนื้อและความยาวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เช่น ยกน้ำหนักออกจากลำตัว ทำวิดพื้นในขณะที่ยก ลำตัวขึ้น

10.3) ไอโซไคเนติก (Isokinetic Exercise) หมายถึง การออกกำลังกายชนิดที่การทำงานของกล้ามเนื้อเป็นไปอย่างสม่ำเสมอตลอดช่วงเวลาของการเคลื่อนไหว เช่น การขี่จักรยานวัดงาน การก้าวขึ้นลงตามแบบทดสอบของฮาร์วาร์ด (Harvard Step Test) หรือการใช้เครื่องมืออื่น ๆ เข้าช่วย

6.4 ข้อเสนอแนะการออกกำลังกาย มีดังนี้

- 1) ควรออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น แขน ขา ลำตัว
- 2) ควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 - 5 วัน
- 3) ควรออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 20 - 60 นาที
- 4) ควรออกกำลังกายที่มีการพัฒนาความเหนื่อยเพิ่มขึ้นเท่าที่ร่างกายรับได้และหยุดพักเป็นช่วงสั้นๆเพื่อไม่ให้เกิดอาการวิงเวียน ขณะที่หยุดพักหรือเปลี่ยนท่า

5) ก่อนและหลังการออกกำลังกายทุกครั้งควรอบอุ่นร่างกายและผ่อนคลายร่างกายด้วยการเดินหรือทำท่าบริหารร่างกายอย่างน้อยครั้งละ 5 -10 นาที เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ

นอกจากการออกกำลังกายด้วยท่าบริหารต่าง ๆ แล้ว ยังมีการเล่นกีฬาชนิดต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น การฝึกสมาธิ แอโรบิกแดนซ์ เปตอง แบดมินตัน เทนนิส กอล์ฟ เป็นต้น ในด้านการมีกิจกรรมร่างกายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ดวงดาว สารรัตน์ (2560) รายงานในคู่มือโภชนาการกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ว่ากิจกรรมการออกกำลังกายที่ใช้พลังงาน 150 กิโลแคลอรี เมื่อทราบว่าตนเองกินเท่าไรถึงพอดีในวันหนึ่งแล้วถ้ามีการกินอาหารเกินพอดีในวันนั้น ควรออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเพื่อเผาผลาญพลังงานที่เกินออกมา ในคนที่น้ำหนักเกิน หรือเอวเกิน ต้องลดน้ำหนักด้วยการลดปริมาณอาหารหรือเพิ่มกิจกรรมออกกำลังกายให้มากขึ้น การมีกิจกรรมทางกาย เช่น ทำงานบ้าน ขุดดิน ทำสวน เดินอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 10 นาที เท่ากับการออกกำลังกายระดับเบาถึงระดับหนักปานกลางได้ ขึ้นกับการใช้แรงในแต่ละกิจกรรมการแนะนำให้ออกกำลังกาย ให้เริ่มออกกำลังกายระดับเบา คือ ซีพจรร้อยละน้อยกว่าร้อยละ 50.00 ของซีพจรสูงสุด (ซีพจรสูงสุด = 220 - อายุเป็นปี) แล้วเพิ่มขึ้นช้า ๆ จนถึงระดับหนักปานกลาง คือ ให้ซีพจรอยู่ระหว่างร้อยละ 50.00 ถึงร้อยละ 70.00 ของซีพจรสูงสุด และประเมินอาการเป็นระยะไม่ควรออกกำลังกายระดับหนักมาก (ซีพจรมากกว่าร้อยละ 70.00 ของซีพจรสูงสุด) หรือประเมินความหนักของการออกกำลังกายด้วยการพูด (talk test) คือระดับเหนื่อยที่ยังสามารถพูดเป็นประโยคได้ถือว่า หนักปานกลาง แต่ถ้าพูดได้เป็นคำ ๆ เพราะต้องหยุดหายใจถือว่าหนักมาก การออกกำลังกายรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเผาผลาญพลังงานออก 150 กิโลแคลอรี รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงกิจกรรมการออกกำลังกายให้พลังงาน 150 กิโลแคลอรี

กิจกรรม	เวลาที่ใช้ในการเผาผลาญ 150 กิโลแคลอรี
เดินขึ้นบันได	15 นาที
ถูบ้าน (ทำงานบ้าน)	45-60 นาที
ทำสวน ทำนา	30-45 นาที
เดิน 2.8 กิโลเมตร (80 เมตร/นาที)	35 นาที
ขี่จักรยาน 8 กิโลเมตร (270 เมตร/นาที)	30 นาที
เดิน 3.2 กิโลเมตร (110 เมตร/นาที)	30 นาที
ขี่จักรยาน 6.4 กิโลเมตร (430 เมตร/นาที)	15 นาที
วิ่ง 2.4 กิโลเมตร (160 เมตร/นาที)	15 นาที

6.5 การออกกำลังกายที่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน (2560) มีข้อแนะนำดังนี้

1) ออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดลดน้ำหนักตัว และลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระยะเวลาและความหนักของการออกกำลังกายควรเป็นการออกกำลังกายแบบให้ออกซิเจน ออกกำลังกายหนักปานกลาง 150 นาที/สัปดาห์ โดยออกกำลังกายวันละ 30 - 50 นาที 3-5 วันต่อสัปดาห์ ในแต่ละวันอาจแบ่งเป็น 2-3 ครั้งได้ หรือออกกำลังกายระดับหนักมาก 75 นาที/สัปดาห์ ควรกระจายอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ และไม่ได้ออกกำลังกายติดต่อกันเกิน 2 วัน

2) ออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวให้ลดลงตลอดไปซึ่งส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยควรออกกำลังกายความหนักปานกลางถึงหนักมาก 7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

3) ออกกำลังกายเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร แนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับออกกำลังกายแบบต้านแรง (resistance) เช่น ยกน้ำหนัก ออกกำลังกายด้วยยางยืด หรืออุปกรณ์จำเพาะ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อออกแรงกล้ามเนื้อของขา แขน หลังและท้อง ประกอบด้วย 8-10 ท่า (หนึ่งชุด) แต่ละท่าทำ 8-12 ครั้ง วันละ 2-4 ชุด การเดินนับเป็นการออกกำลังกายหนักปานกลางที่มีข้อจำกัดน้อย ทำได้ทุกวัย การเดิน 10 นาทีหลังอาหารสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีข้อมูลสนับสนุนว่าการออกกำลังกายแบบจิก โยคะเพิ่มความยืดหยุ่นและการทรงตัวของร่างกายช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ เช่นกัน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับยาอินซูลินหรือยากระตุ้นการหลั่งอินซูลิน ต้องปรับลดอินซูลินและ/หรือเพิ่มคาร์โบไฮเดรตอย่างเหมาะสม ตามเวลาที่จะเริ่มออกกำลังกาย ความหนักและระยะเวลา

ในการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดจากการออกกำลังกาย การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนออกกำลังกายมีความจำเป็นเพื่อปรับขนาดอินซูลิน ควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อหยุดออกกำลังกาย และหลังออกกำลังกายหลายชั่วโมง เพื่อตรวจสอบว่าเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดหรือไม่ถ้ามีระดับน้ำตาลต่ำในเลือดต้องแก้ไขทันที และจำเป็นต้องปรับลดยา ก่อนออกกำลังกายและ/หรือเพิ่มอาหารคาร์โบไฮเดรตให้เหมาะสม หากระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น จำเป็นต้องปรับเพิ่มยา ก่อนออกกำลังกายและ/หรือลดอาหารคาร์โบไฮเดรตให้เหมาะสม สำหรับการออกกำลังกายครั้งต่อไปในรูปแบบเดิม

6.6 ข้อพึงระวังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในการออกกำลังกาย ถึงแม้ว่าการออกกำลังกายจะมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน แต่มีความจำเป็นจะต้องออกกำลังกายให้เหมาะสมตามภาวะร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนและระดับน้ำตาลในเลือดของแต่ละบุคคลซึ่งแตกต่างกัน รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 ข้อพึงระวังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในการออกกำลังกาย

เป้าหมาย	ระยะเวลาและความหนักของการออกกำลังกาย
ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก (เกิน 250 มก./ดล. ในเบาหวานชนิดที่ 1 หรือเกิน 300 มก./ดล. ในเบาหวานชนิดที่ 2)	- งดหรือไม่ควรออกกำลังกายในขณะที่มีภาวะ ketosis - ถ้าน้ำตาลสูงอย่างเดียวโดยไม่มี ketosis และรู้สึกสบายดี สามารถออกกำลังหนักปานกลางได้ในผู้ที่ฉีดอินซูลินหรือกินยากระตุ้นอินซูลินอยู่
ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด	- ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนออกกำลังกาย <100 มก./ดล. ควรกินอาหารคาร์โบไฮเดรตเพิ่มเติมก่อนออกกำลังกาย
โรคแทรกซ้อนที่ตาจากเบาหวาน	- ถ้ามี proliferative diabetic retinopathy (PDR) หรือ severe NPDR ไม่ควรออกกำลังกายหนักมากหรือ resistance exercise
โรคแทรกซ้อนที่ประสาทส่วนปลายจากเบาหวาน (peripheral neuropathy)	- การออกกำลังกายหนักปานกลางโดยการเดิน ไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีอาการเท้าชาควรสวมใส่รองเท้าที่เหมาะสม - สำหรับการออกกำลังกายและตรวจเท้า ทุกวัน ผู้ที่มีแผลที่เท้าควรเลี่ยงแรงกดกระแทกที่แผล ให้ออกกำลังโดยไม่ลงน้ำหนักที่เท้า (non-weightbearing exercise) แทน
ระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติ	- ควรตรวจประเมินระบบหัวใจ หากจะออกกำลังกายเพิ่มขึ้นกว่าที่เคยปฏิบัติอยู่
ไตเสื่อมจากเบาหวาน	- ไม่มีข้อห้ามจำเพาะใด ๆ ในการออกกำลังกาย

สรุป การออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานของวิจัยเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของพฤติกรรมให้มากขึ้นและไม่เพิ่มค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วย ทำออกกำลังกายจึงเน้นให้สามารถทำได้ ทุกสถานที่ แม้กระทั่งที่บ้านหรือในห้องนอนทำคนเดียวหรือทำรวมกลุ่มก็ได้ เป็นการประยุกต์การออกกำลังกายแบบออกแรงกล้ามเนื้อ กับการทำกายบริหาร โดยให้สามารถเลือกใช้อุปกรณ์การออกกำลังกายที่สามารถหาได้ง่ายประหยัดในท้องถิ่น และนอกจากช่วยในการฝึกกายแล้วยังส่งเสริมให้ฝึกหายใจ ฝึกจิตไปพร้อมกัน และเนื่องจากเป้าหมายเป็นการลดระดับน้ำตาลในเลือดสะสมให้ต่ำกว่า 7 ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำได้ยากเพราะพฤติกรรมจะต้องต่อเนื่อง ดังนั้นจึงเพิ่มการใช้น้ำตาลที่กลั่นเนื้อให้มากขึ้นด้วยการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน โดยเลือกท่าที่ผู้สูงอายุจำได้ง่ายและจำนวนท่าไม่มากเกินไป สามารถใช้กล้ามเนื้อสำคัญ 2 มัด คือ กล้ามเนื้อไหล่และกล้ามเนื้อน่องให้ได้มากขึ้น และเป็นการเพิ่มสมรรถนะให้กับร่างกายผู้ป่วยเบาหวานด้วย โดยต้องออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 4 วัน โดยการออกกำลังกายเน้นให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งไม่เหมือนกัน นอกจากนั้นยังให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการทำงานอดิเรกโดยการส่งเสริมให้ปลูกพืชผักพื้นบ้านฤทธิ์เย็นไว้รับประทานเอง ซึ่งเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

7. อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

7.1 ระบบการจัดการปัญหาเบาหวานและการกินของผู้ป่วยเบาหวาน ระบบสุขภาพมีการนำแนวคิดหลายแนวคิดมาใช้ในการจัดการปัญหาเบาหวานดังนี้

1) โภชนาการอาหารบำบัดโรค

1.1) โภชนาการ (Nutrition) จากเอกสารการสอนชุดวิชาอาหารบำบัดโรคของ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาเกษตรศาสตร์ (2554) ได้ให้ความหมายว่า หมายถึงกระบวนการที่อาหารเข้าสู่ร่างกายแล้วร่างกายนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ทั้งในด้านของการเจริญเติบโตซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ขึ้นอยู่กับต้องการพลังงานและสารอาหารของร่างกาย ตามเพศ อายุ ขนาด ส่วนประกอบของร่างกายและกิจกรรมในการทำงาน การช่วยให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานและสารอาหารที่ถูกต้อง ต้องดัดแปลงให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ทั้งในด้านพลังงานและสารอาหาร เรียกว่าอาหารบำบัดโรคหรืออาหารเฉพาะโรค เช่น ดัดแปลงลักษณะของอาหาร ดัดแปลงพลังงานและดัดแปลงสารอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและสามารถรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม

1.2) อาหารโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus Diet) จุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานกินอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ทั้งชนิดและปริมาณเพื่อให้ร่างกายมีสุขภาพดี โดยไม่ต้องอดอาหารหรือรับประทานอาหารเพียงบางอย่างเท่านั้น ซึ่ง รุจิรา สัมมะสุติ (2552) ได้ให้คำแนะนำเรื่องอาหารโรคเบาหวานเพื่อนำมาใช้ในการควบคุมอาหารให้ผู้ป่วยมีดังนี้

1.2.1) เพื่อรักษา หรือปรับปรุงสภาวะโภชนาการของผู้ป่วยให้อยู่ในสภาวะปกติ

1.2.2) เพื่อรักษาน้ำหนักตัวของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควรจะเป็น

1.2.3) เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับภาวะปกติ

1.2.4) เพื่อชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อน

1.2.5) เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.3) ความต้องการพลังงานและสารอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน มีความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดแข็งเนื่องจากอ้วน หรือไขมันสูง การควบคุมปริมาณพลังงานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ควรจะเป็น (Ideal body weight) เป็นการช่วยให้ Glucose tolerance กลับคืนสู่สภาพปกติได้ การกำหนดพลังงานและอาหารปริมาณอาหารและพลังงานขึ้นอยู่กับ อายุ เพศ น้ำหนัก และกิจกรรมประจำวัน โดยมุ่งเน้นให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และเพียงพอกับการเจริญเติบโตพลังงาน มีหน่วยวัดเป็นกิโลแคลอรี พลังงานจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสารอาหารที่ให้พลังงาน อาหารที่ให้ไขมันสูงย่อมให้พลังงานสูงด้วย (คู่มือธงโภชนาการ กินพอดี สุขีทั่วไทย) โดยคาร์โบไฮเดรตและโปรตีน 1 กรัม ให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรีและไขมัน 1 กรัม ให้พลังงาน 9 กิโลแคลอรี

1.4) ความต้องการพลังงานเกณฑ์ในการคำนวณภาวะโภชนาการ ในคนอายุ 20 ปีขึ้นไป คำนวณพลังงานจากค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และกิจกรรมที่ทำ รุจิรา สัมมะสุติ (2552)

สูตรคำนวณปริมาณความต้องการพลังงาน = น้ำหนักปัจจุบัน (กก.) × ค่าพลังงาน

การคำนวณพลังงานตามภาวะโภชนาการ โดยแยกเพศชาย - หญิง ตามระดับกิจกรรมตามภาวะโภชนาการ

เพศชาย คือ (ส่วนสูง-100) × 0.9 × ระดับกิจกรรมตามภาวะโภชนาการ

เพศหญิงคือ (ส่วนสูง-100) × 0.8 × ระดับกิจกรรมตามภาวะโภชนาการ

ความต้องการพลังงานขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการและการออกกำลังกาย ดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงค่าภาวะโภชนาการและระดับคะแนนในการทำกิจกรรม

ภาวะโภชนาการ	เป้าหมาย	ระดับกิจกรรม		
		น้อย	ปานกลาง	มาก
อ้วน (ดัชนีมวลกาย 25 กก./ม ²)	ลดน้ำหนัก	15-20	30	35
ปกติ(ดัชนีมวลกาย 18.5-24.9 กก./ม ²)	คงน้ำหนัก	30	35	40
ผอม (ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กก./ม ²)	เพิ่มน้ำหนัก	35	40	40-45

หมายเหตุ :

ระดับกิจกรรมน้อย เช่น นักเรียน นักศึกษา นักบัญชี สถาปนิก เสมียนหน้าร้าน
ผู้ว่างงาน แม่บ้านที่ทำงานด้วยเครื่องผ่อนแรง

ระดับกิจกรรมปานกลาง เช่น คนก่อสร้างที่ไม่ใช้แรงงานหนัก ชาวประมง พนักงาน
ห้างสรรพสินค้า แม่บ้านที่ทำงานโดยไม่ได้ใช้เครื่องผ่อนแรง

ระดับกิจกรรมมาก เช่น ชาวไร่ ชาวนาฤดูทำนาหรือเกี่ยวข้าว กรรมกรแบกหาม
พนักงานป่าไม้ ทหารประจำการกรรมกร นักกีฬา ช่างตีเหล็ก คนลากรถ คนตัดไม้ ยืนหรือเดินทั้งวัน

การกระจายตัวของสารอาหาร ในการจัดอาหารให้ผู้ป่วยเบาหวานนอกจากจะต้อง
คำนึงถึงพลังงานแล้ว ยังต้องนึกถึงสารอาหารหลักที่ให้พลังงาน 3 ชนิด คือ คาร์โบไฮเดรต ไขมัน
โปรตีน โดยระบุการกระจายตัวของสารอาหารดังนี้

โปรตีน ปริมาณการให้ขึ้นอยู่กับน้ำหนักและโครงสร้างการเจริญเติบโตของร่างกาย
โดยทั่วไปปริมาณโปรตีนสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ไม่แตกต่างจากคนทั่วไป คือประมาณร้อยละ 12.0 ถึง
ร้อยละ 20.0 ของพลังงานที่ได้รับหรือ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมนอกจากผู้ป่วยมีอาการแทรก
ซ้อนที่ต้องการโปรตีนสูง เช่น ตั้งครรภ์

ไขมัน การรักษาโรคเบาหวาน เป็นการพยายามป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก
Atherosclerosis พลังงานที่ได้จากไขมันจึงไม่ควรเกินร้อยละ 30.00 ของพลังงานที่ได้รับและควรเป็น
ไขมันจากพืชที่ไม่อิ่มตัวสูง (Unsaturated fat) เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอก
ทานตะวัน เป็นต้น

คาร์โบไฮเดรต ความต้องการอินซูลินมีความสัมพันธ์กับปริมาณ พลังงานทั้งหมดที่
ผู้ป่วยได้รับ ถ้าพลังงานพอเหมาะสม ผู้ป่วยจะสามารถทนต่ออาหาร ที่ไม่จำกัดคาร์โบไฮเดรตได้
และ ADA (American Diabetes Association) ได้แนะนำให้รับพลังงาน คาร์โบไฮเดรต ร้อยละ
50.00-60.00 ของพลังงานทั้งหมดและควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น แป้งเผือกมัน ผลไม้ เพราะ
พบว่าทำให้น้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นน้อยกว่าคาร์โบไฮเดรต เชิงเดี่ยว เช่น น้ำตาล

วิตามินและเกลือแร่ การรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการจะทำให้ผู้ป่วยได้รับวิตามินและเกลือแร่ที่เหมาะสมแต่ถ้ามีภาวะแทรกซ้อน ถ้ามีโรค ติดเชื้อ ท้องเดินต้องเสริมวิตามินและเกลือแร่ แต่ถ้า มีโรคเกี่ยวกับไต หรือหลอดเลือด หรือหัวใจล้มเหลวต้องจำกัดโซเดียมด้วย

ใยอาหาร (Dietary fiber) ถ้ารับประทานอาหารที่มีกากใยเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่วนมากมีใน ธัญพืชที่ไม่ได้ขัดสี ถั่ว ผัก ผลไม้ และควรได้รับใยอาหารวันละ 25-30 กรัมต่อวัน

1.5) โรคเบาหวานกับการรับประทานคาร์โบไฮเดรต โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากมีอินซูลินน้อยหรือร่างกายไม่ตอบสนองต่ออินซูลิน ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้ปัสสาวะบ่อย หิวบ่อย อ่อนเพลีย ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานเช่น มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน อ้วน การควบคุมการบริโภคจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันรักษาและควบคุมการเกิดโรคเบาหวานโดยเฉพาะการควบคุมพลังงานที่ได้จากอาหารที่บริโภคเข้าไปให้สมดุลกับแรงงานที่ใช้ในแต่ละวัน (ในพระราชบัญญัติสมเด็จพะเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรม, 2554) ในด้านการควบคุมอาหารต้องเรียนรู้ปริมาณอาหาร การแลกเปลี่ยนอาหารเพื่อให้เกิดทางเลือก ไม่รู้สึกเบื่อว่าถูกบังคับเรื่องอาหารมากเกินไป การนับคาร์โบไฮเดรต รุจิรา สัมมะสุติ (2552) กล่าวว่า เป็นหลักปฏิบัติด้านโภชนาการ แนวทางหนึ่งที่น่าสนใจในการควบคุมอาหาร การย่อยอาหารดังกล่าวในร่างกายให้ผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างกัน ดังตาราง 6

ตาราง 6 แสดงการเปลี่ยนแปลงของสารอาหารหลักไปเป็นน้ำตาล

สารอาหาร	เปลี่ยนเป็นน้ำตาล (%)	ใช้เวลา (นาที)
คาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว	100	15-30 นาที
คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน	90 -100	30 - 90 นาที
โปรตีน	58	3 - 4 ชั่วโมง
ไขมัน	10	หลายชั่วโมง

จากตาราง 6 พบว่าสารอาหารที่ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงที่สุดคือ คาร์โบไฮเดรตโดยเปลี่ยนเป็นน้ำตาลกลูโคสได้ปริมาณมากและระยะเวลาสั้นกว่าสารอาหารตัวอื่น ดังนั้นปริมาณคาร์โบไฮเดรตและอินซูลินที่ออกจากตับอ่อนเพื่อนำกลูโคสไปใช้ต้องสมดุลกันไม่เช่นนั้นระดับน้ำตาลในเลือดก็สูงได้ หน่วยในการนับ คาร์โบไฮเดรต เรียกว่า carbo choice , carb unit หรือ (คาร์บ) ซึ่ง 1 คาร์บ เท่ากับคาร์โบไฮเดรต 15 กรัม จำนวน “คาร์บ” ในรายการอาหารแลกเปลี่ยน 1 ส่วน มีดังนี้

1.5.1) หมวดข้าวแบ่ง 1 ส่วน มีคาร์โบไฮเดรต 18 กรัม หรือเรียกว่า 1 คาร์บ ให้พลังงาน 80 กิโลแคลอรี

1.5.2) หมวดผัก ข. ผัก 1 คาร์บให้ คาร์โบไฮเดรต 15 กรัมให้พลังงาน 80 กิโลแคลอรี ผักสด 3 ถ้วยตวง เท่ากับ 1 คาร์บ ผักลวก 1 ½ ถ้วยตวง เท่ากับ 1 คาร์บ

1.5.3) หมวดผลไม้ 1 คาร์บ เท่ากับผลไม้ 1 ส่วน มี คาร์โบไฮเดรต 15 กรัม ให้พลังงาน 60 กิโลแคลอรี

1.5.4) หมวดนม 1 คาร์บ เท่ากับ 1 ส่วน มีคาร์โบไฮเดรต 12 กรัม ให้พลังงาน 150 กิโลแคลอรี (นมธรรมดา)

ปริมาณการกินคาร์โบไฮเดรต ความต้องการพลังงานของแต่ละคน แตกต่างกันไปตาม เพศอายุ น้ำหนักตัว และกิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน ดังนั้น เมื่อทราบความต้องการพลังงานที่ต้องการ แล้ว จึงนำมาหารคาร์โบไฮเดรตที่บริโภค ให้เหมาะสมซึ่งพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตเป็นครึ่งหนึ่งของ พลังงานทั้งหมด ตัวอย่างเช่น

เมื่อทราบจำนวนพลังงานที่ต้องการในแต่ละวันแล้ว นำมาคิดคาร์โบไฮเดรต (เป็น ครึ่งหนึ่งของพลังงานทั้งหมด) ดังนั้น ความต้องการคาร์โบไฮเดรต ของนายสำรอง คือ $1,260 \div 2 = 630$ กิโลแคลอรี

คาร์โบไฮเดรต 1 กรัม ให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี

คาร์โบไฮเดรต 630 กิโลแคลอรี จะเป็นคาร์โบไฮเดรต เท่าไหร่ $= 630 \div 4 = 157.5$ กรัม

การคิดปริมาณ คาร์บ ทำได้ดังนี้คือ คาร์โบไฮเดรต 15 กรัม = 1 คาร์บ ดังนั้น นาย สำรอง สามารถรับประทานคาร์โบไฮเดรต = 10.5 คาร์บ

การแบ่งคาร์โบไฮเดรต หรือ คาร์บ ในมื้ออาหาร ควรบริโภคให้เท่ากันทุกมื้อตาม บริโภคนิสัย เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ และถึงแม้ว่าจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ดีแล้ว สารอาหารอื่น ทั้งโปรตีนและไขมันก็ยังมีมีความสำคัญเพราะถ้ากินมากหรือน้อยจะทำให้น้ำหนัก มากหรือน้อยได้ดังนั้นในแต่ละมื้อควรมีการกำหนดปริมาณที่กินและบันทึกการกินทุกวันด้วย

1.6) รายการอาหารแลกเปลี่ยน หมายถึง การจัดอาหารออกเป็นหมวดหมู่ตาม ลักษณะของอาหารที่ให้พลังงานและสารอาหารที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งต่างจากอาหารหลัก 5 หมู่เพียงแค่ แยกนมออกมาจากเนื้อสัตว์ เพราะมีสารอาหาร คือ คาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีน ครบ ซึ่งอาหาร แลกเปลี่ยน แบ่งเป็น 6 หมวด คือ หมวดนํ้านม หมวดผัก หมวดผลไม้ หมวดข้าว แบ่งและผลิตภัณฑ์ หมวดเนื้อสัตว์ และหมวดไขมัน (พชรวีร์ ทั่นละกิจ, 2554) ปริมาณอาหารในหมวดรายการอาหาร แลกเปลี่ยนเรียกว่าส่วน หรือ exchange ต้องเป็นอาหารที่สุกแล้ว และแต่ละหมวดก็กำหนดปริมาณ ไว้ว่ามากน้อยเท่าใด การแบ่งหมวดของอาหารแลกเปลี่ยน แบ่งออกเป็น 6 หมวด ในแต่ละหมวดมี

สารอาหารต่าง ๆ เช่น โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรตแตกต่างกันตามชนิดของอาหาร และในหมวดอาหารบางหมวดที่มีสารอาหารคล้ายกันสามารถแลกเปลี่ยนกันได้การแบ่งหมวดอาหารแลกเปลี่ยนมีดังนี้

1.6.1) หมวดข้าว-แป้ง ให้โปรตีน 2 กรัม คาร์โบไฮเดรต 18 กรัม ให้พลังงาน 80 กิโลแคลอรี

1.6.2) หมวด ผักมี 2 ชนิด คือ

ประเภท ก. ผัก 1 ส่วน คือ ผักสุกครึ่งถ้วยตวง หรือ 50 -70 กรัม หรือผักดิบ 1 ถ้วยตวง หรือ 70 -100 กรัม ให้พลังงานต่ำมาก ได้แก่ ผักเหล่านี้

ผักกาดขาว	ผักกาดสลัด	ผักบุ้งแดง	บวบ
ฟักเขียว	ผักแว่น	ผักกาดเขียว	สายบัว
พริกหนุ่ม	น้ำเต้า	ผักปวยเล้งใบ	ยอดฟักทองอ่อน
โหระพา	พริกหยวก	แฟง	กะหล่ำปลี
ดอกกะหล่ำ	คื่นฉ่าย	แตงกวา	หยวกกล้วยอ่อน
มะเขือเทศ	มะเขือ	ขมิ้นขาว	ตังโอ๋
แตงโมอ่อน	แตงร้าน		

ประเภท ข. ผัก 1 ส่วนคือ ผักสุกครึ่งถ้วยตวง หรือ 50 -70 กรัม หรือผักดิบ 1 ถ้วยตวง หรือ 70 -100 กรัม ให้โปรตีน 2 กรัม คาร์โบไฮเดรต 5 กรัม และพลังงาน 28 กิโลแคลอรี ได้แก่ ผักต่าง ๆ ดังนี้

ฟักทอง	หอมหัวใหญ่	สะตอ	เห็ดนางรม
ใบยอ	แครอท	ใบ-ดอกขี้เหล็ก	ผักหวาน
มะละกอดิบ	รากบัว	ถั่วงอกหัวโต	ถั่วงอก
ถั้วฝักยาว	หน่อไม้ปิ้งไผ่ตรง	ถั้วแขก	ถั้วอก
ถั้วพู	เห็ดเป่าฮื้อ	หัวผักกาดแดง	ต้นกระเทียม
ยอดชะอม	มะระจีน	ยอดแค	ยอดมะพร้าวอ่อน
ยอดกระถิน	มะเขือกรอบ	ยอดสะเดา	ยอดขจร
ดอกโสน	มะเขือเสวย	พริกหวาน	ดอกผักกวางตุ้ง
ตำลึง	ผักต้ว	ผักกะเฉด	ผักคะน้า
ใบทองหลาง	บร็อคโคลี่	ข้าวโพดอ่อน	กะหล่ำ

1.6.3) หมวดผลไม้ ผลไม้ 1 ส่วนให้ คาร์โบไฮเดรต 15 กรัม และพลังงาน 60 กิโลแคลอรี ได้แก่ ผลไม้ต่าง ๆ ในปริมาณที่แตกต่างกัน

1.6.4) หมวดเนื้อสัตว์แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เนื้อสัตว์ที่มีไขมันมันต่ำมาก เนื้อสัตว์หนึ่งส่วน คือ เนื้อสัตว์ที่มีน้ำหนักสุก 30 กรัม (2 ช้อนโต๊ะ) หรือ น้ำหนักดิบ 40 กรัม ให้โปรตีน 7 กรัม ไขมัน 0 -1 กรัม และพลังงาน 35 กิโลแคลอรี

กลุ่มที่ 2 เนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ (Lean Meat) เนื้อสัตว์ 1 ส่วน คือเนื้อสัตว์ที่มีน้ำหนักสุก 30 กรัม หรือน้ำหนักดิบ 40 กรัม (3 ช้อนโต๊ะ) ให้โปรตีน 7 กรัม ไขมัน 3 กรัมและพลังงาน 55 กิโลแคลอรี ได้แก่ เนื้อสัตว์

กลุ่มที่ 3 เนื้อสัตว์มีไขมันปานกลาง (Medium fat Meat) เนื้อสัตว์หนึ่งส่วน คือเนื้อสัตว์ที่มีน้ำหนักสุก 30 กรัม (2 ช้อนโต๊ะ) หรือน้ำหนักดิบ 40 กรัม (3 ช้อนโต๊ะ) ให้โปรตีน 7 กรัม ไขมัน 3 กรัมและพลังงาน 75 กิโลแคลอรี

กลุ่มที่ 4 เนื้อสัตว์มีไขมันสูง (High fat Meat) เนื้อสัตว์หนึ่งส่วนคือเนื้อสัตว์ที่มีน้ำหนักสุก 30 กรัม (2 ช้อนโต๊ะ) หรือน้ำหนักดิบ 40 กรัม (3 ช้อนโต๊ะ) ให้โปรตีน 7 กรัม ไขมัน 8 กรัมและพลังงาน 100 กิโลแคลอรี

1.6.5) หมวดไขมัน หรือหมวดน้ำมัน ไขมัน 1 ส่วน มีน้ำหนัก 5 กรัม หรือ 1 ช้อนชา ให้ไขมัน 5 กรัม และพลังงาน 45 กิโลแคลอรี ไขมันแต่ละชนิดให้กรดไขมันต่างกัน

1.6.6) หมวดนม นม 1 ส่วน หรือ 240 มล.หรือ 1 ถ้วยตวง ให้โปรตีน 8 กรัม ไขมัน 0 - 8 กรัมและพลังงาน 90-150 กิโลแคลอรี

1.7) การนำธงโภชนาการไปประยุกต์ใช้อาหารแลกเปลี่ยน ในรูปแบบสูตร 2 1 1 หมายถึง การกินสารอาหารหลักให้เหมาะสมแต่เพิ่มปริมาณการกินผักมากกว่าสารอาหารหลักอื่น ๆ โดยการกิน ผักสองส่วน กินคาร์โบไฮเดรต 1 ส่วน การกินโปรตีน 1 ส่วน โดยเมื่อเพิ่มจำนวนคาร์โบไฮเดรต หรือหมวดข้าวแป้ง มากขึ้นต้องเพิ่มจำนวนผักมากขึ้นตามส่วนด้วย

สรุป จะเห็นว่าแนวทางเกี่ยวกับการแก้ปัญหาการกิน ที่ระบบสุขภาพนำมาใช้ในการแก้ปัญหาคือหลักโภชนาการ ซึ่งคำนึงถึงสารอาหารหลักและความหลากหลายของสารอาหารที่ร่างกายต้องการรวมทั้งปริมาณพลังงานที่จำเป็นเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายของแต่ละบุคคล จะเห็นว่าเป็นการจำกัดจำนวนพลังงานที่กินเข้าไปให้เหมาะสม อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าการคำนวณพลังงาน หรือการจำกัดพลังงานในอาหารแต่ละชนิดที่กินเข้าไปเป็นเรื่องซับซ้อนมากเนื่องจากมีอาหารหลากหลายชนิด ดังนั้นถ้ามีวิธีการอื่นที่สามารถจัดการกับปัญหาได้เข้ามา ทำให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานสามารถทำได้ง่าย และนำไปสู่การกินได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น จึงเป็นสิ่งที่เป็นนวัตกรรมเรื่องนี้ ดังนั้นโภชนาการจึงหมายถึง การรับประทานอาหารหลากหลายหมวดโดยเน้นไปที่ผักและจำกัดการกินข้าวและโปรตีนอย่างเหมาะสมด้วย ชุดความรู้ที่จะนำไปใช้ในงานวิจัยเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมือง

สรวง จังหวัดร้อยเอ็ด คือ อาหารแลกเปลี่ยน การรู้พลังงานที่กินได้อย่างเหมาะสม การจำกัดอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตและการใช้สูตร 2 1 1 เพื่อกระตุ้นการเพิ่มการกินผักและลดปริมาณการกินโปรตีนและไขมัน

7.2 ระบบการจัดการปัญหาเบาหวานและการกินของผู้ป่วยเบาหวาน

อาหารสร้างสุขภาพในการสร้างตำหรับอาหารพื้นบ้านอีสานเชิงพุทธนี้ผู้วิจัยทบทวนแนวคิดดังต่อไปนี้

1) อาหารเพื่อสุขภาพและเหมาะกับวิถีชีวิต นัยนา หนูนิล (2543) กล่าวว่า โภชนาการที่ดีเป็นพื้นฐานของร่างกายช่วยเพิ่มความต้านทานโรค ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง เพิ่มความต้านทานต่อความเครียดและความผิดปกติที่เกิดจากความเครียด ป้องกันการเสื่อมก่อนวัย ทำให้รู้สึกกระฉับกระเฉง ช่วยให้มีพลังงานเพียงพอที่จะทำงานได้อย่างเต็มที่ การเลือกรับประทานอาหารอย่างเพียงพอ ถูกสัดส่วนทั้งคาร์โบไฮเดรตไขมันโปรตีน วิตามินและเกลือแร่ทำให้ร่างกายแข็งแรงและป้องกันการเกิดโรคต่างที่พบบ่อยได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง ข้อเข่าเสื่อม มะเร็งเป็นต้นโดยเลือกรับประทานอาหารโดยคำนึงถึง เป็นอาหารเพื่อสุขภาพและเหมาะกับวิถีชีวิตคือ อาหารมังสวิรัต อาหารแมคโคไบโอติก และอาหารชีวะจิต ซึ่งอาหารทั้ง 3 ชนิด มีลักษณะดังนี้

1.1) อาหารมังสวิรัต หรือที่เรียกว่าอาหารเจ เป็นอาหารอายุวัฒนะแบบอายุรเวทของอินเดีย หรือกลุ่มคนจีนที่อยู่ในเมืองไทย โดยมีความเชื่อว่า ถ้ารับประทานผัก ผลไม้เป็นประจำจะช่วยให้ร่างกายบริสุทธิ์แข็งแรงและไม่เจ็บป่วย การรับประทานเนื้อสัตว์เป็นจำนวนมากมีอัตราการเกิดโรคหัวใจและมะเร็งสูงกว่าการรับประทานเนื้อสัตว์น้อย แต่ต้องระวังโรคขาดวิตามินและเป็นโรคโลหิตจาง เช่น ไอโอดีน ทอรีน บี12 และกรดไขมันดีเอชเอ เพราะวิตามินเหล่านี้ไม่มีในผัก และต้องระวังเรื่องโลหิตจางดังนั้นในคนที่รับประทานผักเป็นประจำต้องรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก และวิตามินซีให้เพียงพอ

1.2) อาหารแมคโคไบโอติก เป็นอาหารอายุวัฒนะแบบญี่ปุ่นโดยมีที่มาจากอาหารของพระวัดเซน ผสมผสานกับกับอาหารของชาวตะวันตก โดยเชื่อว่าการมีชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติรอบตัวทำให้ร่างกายแข็งแรง แสงแดด ดิน น้ำ อากาศ จะผสมผสานอยู่ในผักที่ปลูก ดังนั้นแมคโคไบโอติก คืออาหารที่มีตามท้องถิ่นที่ไม่ผ่านการดัดแปลง และต้องรับประทานในสัดส่วนที่เหมาะสม เช่นข้าวกล้อง เมล็ดธัญพืชที่ไม่ขัดขาวโดยรับประทานร้อยละ 50.00 ผักต้มปลอดสารพิษรับประทานร้อยละ 25.00 สาหร่ายทะเลและถั่วต่าง ๆ ร้อยละ 15.00 ชุปเต้าหู้ ปลา ผลไม้ร้อยละ 10.00 ของอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ

1.3) อาหารชีวะจิต เป็นอาหารจากธรรมชาติเช่นเดียวกันกับ อาหารแมคโคไบโอติก โดยต้องเป็นอาหารที่มีในท้องถิ่นและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของคนในพื้นที่ ซึ่งสูตรการ

รับประทานคือ แป้งไม่ขัดขาว ร้อยละ 50.00 ผักร้อยละ 25.00 ซึ่งเป็นได้ทั้งผักสุกผักดิบอย่างละครึ่ง ถั่วต่าง ๆ ร้อยละ 15.00 ผลไม้ร้อยละ 10.00 และต้องระวังไม่ให้มีพฤติกรรมในเรื่อง การดื่ม แอลกอฮอล์ สารเสพติดต่าง ๆ ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ คือ เนื้อ หมู ไก่ งดนํ้าตาลทุกชนิด งดอาหารที่ใช้ไขมัน นมเนย กะทิ และงดแป้งขาวทุกชนิด เช่น ข้าวขาว ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน

2) ผักพื้นบ้านอาหารพื้นเมือง ผักพื้นบ้าน สถาบันการแพทย์แผนไทยกรม พัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก (โรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรม & ราชกุมารี, 2557) ได้ให้ความหมายว่า หมายถึงพรรณ พืชผักพื้นบ้านหรือพรรณไม้พื้นเมืองในท้องถิ่นที่ชาวบ้านนำมาบริโภคเป็นผักตามวัฒนธรรมการ บริโภคของท้องถิ่นในแหล่งธรรมชาติ (ป่าเขา ป่าละเมาะ ป่าแพะ หนองบึง ริมแม่น้ำและธารน้ำ) สวนนาไร่หรือชาวบ้านนำมาปลูกไว้ใกล้บ้านเพื่อสะดวกในการเก็บมาบริโภค ผักพื้นบ้านเหล่านี้จะมี ชื่อเฉพาะ และนำไปประกอบเป็นอาหารพื้นเมืองตามกรรมวิธีเฉพาะของแต่ละท้องถิ่น คุณค่าด้าน อาหารของพืชผักพื้นบ้านปัจจัยแรกสุดที่สำคัญคือการเป็นอาหารการกิน ซึ่งผักพื้นบ้านมีคุณค่าต่าง ๆ ดังนี้

2.1) การแต่งรสอาหาร เครื่องปรุงที่ให้รสเปรี้ยว เช่น มะสัง มะอึก ยอด มะขาม ยอดส้มป่อย บอนส้ม เครื่องปรุงที่ให้รสเผ็ดร้อน เช่น โหระพา ดีปลี ผักแว่นหรือผักไผ่ เครื่องปรุงที่ให้รสหวาน เช่นมะเขือเทศลูกเล็ก ๆ ของทางเหนือ เครื่องปรุงที่ให้รสไย่านาง เครื่องปรุง ที่ให้รสขม เช่น สะเลโด (กะเหรี่ยง) เพี้ยพาน (เหนือ) ให้กลิ่นหอม เช่น ผักไผ่ โหระพา ใบขิง ช่วยดับ กลิ่นคาว เช่น ตะไคร้ ข่า ขมิ้น ใบและผิวมะกรูด

2.2) คุณค่าด้านโภชนาการ คือ การมีเส้นใยอาหารหรือที่เรียกว่า fiber ซึ่ง เส้นใยอาหารนี้เป็นโครงสร้างของผัก มีมากที่เปลือก ใบและก้าน ร่างกายเราไม่สามารถย่อยได้เมื่อ รับประทานเข้าไปแล้วจึงเหลือเป็นกากช่วยกระตุ้นให้ลำไส้ใหญ่บีบตัวขับถ่ายของเสียออกมา จึงทำให้ ป้องกันการท้องผูกได้นอกจากนี้ ใยอาหารยังมีคุณสมบัติในการที่จะจับโคเลสเตอรอลไว้ แล้วขับถ่าย ออกมาพร้อมกันจึงทำให้ลดระดับโคเลสเตอรอลในเส้นเลือดได้ด้วย และจากการที่ใยอาหารทำให้อาหารผ่านจากปากถึงทวารหนักในอัตราที่เร็วขึ้นจึงทำให้เวลาในการที่เยื่อบุลำไส้เล็กจะสัมผัสกับ สารพิษ และสารที่ก่อให้เกิดมะเร็งที่มีอยู่ในอาหารลดลงร่างกายจึงได้รับสารพิษน้อยลงไปด้วยในผัก พื้นบ้านให้คุณค่าทางโภชนาการ ดังนี้

โปรตีน เช่น ผักกูด ใบขี้เหล็ก ใบชะพลู ผักแว่น ผักขายาและข้าวโพด

วิตามินเอ เช่น ยอดตำลึง ใบชะพลู ใบย่านาง ใบยอ ยอดมะระ โหระพา ผักโขม ฟักทอง ผักบุ้ง พริกชี้ฟ้า เป็นต้น

วิตามินซี เช่น ยอดกระถิน ยอดแค ยอดมะม่วง ยอดมะขาม

แคลเซียม เช่น ดอกงิ้วแดง ใบชะพลู ใบยอ สะเดา ผักแพว หรือ ผักไผ่ ผักขม ถั่วพู ผักเบี้ย

เหล็ก เช่น ถั่วลิ้นเต่า ผักชีฝรั่ง ผักเป็ด ผักแว่น

ใยอาหาร เช่น ผักไผ่ ยอดสะเดา ยอดมะม่วงหิมพานต์ ยอดมะกอก ใบยี่หระ ยอดผักเหียง ดอกแค ขนุนอ่อน

สรุป อาหารสุขภาพและเหมาะกับวิถีชีวิต คืออาหารที่มีในท้องถิ่นปลูกแบบธรรมชาติ โดยเชื่อว่าการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติรอบตัวทำให้ร่างกายแข็งแรง ขณะเดียวกันก็สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ เน้นไปที่ผักธัญพืชและผลไม้ เป็นส่วนประกอบหลัก โดยลดเนื้อสัตว์ลงโปรตีนที่รับประทานได้ คือ ปลาและโปรตีนจากพืช ส่วนข้าวเน้นข้าวกล้องผสมข้าวขาว ประุงรสให้จัดลง ไม่ผ่านการดัดแปลงและคำนึงถึงสัดส่วนของสารอาหารหลักที่ร่างกายต้องการตามสภาวะร่างกายของแต่ละบุคคล วิจัยเรื่องนี้เน้นการสร้างตำรับอาหาร ที่เป็นตำรับพื้นถิ่นมีผักที่พบมากในท้องถิ่นเกิดเอง หรือปลูกได้ง่ายเป็นส่วนประกอบหลัก ชุดความรู้ที่จะนำไปใช้คือผักพื้นบ้านที่ปลูกมากในท้องถิ่น เพื่อให้กลุ่มป่วยได้รับประทานผักที่สอดคล้องกับธรรมชาติรอบตัวและให้เหมาะสมกับสภาวะร่างกายของผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งไม่เหมือนกันและนำพืชผักที่มีรสชาติหวานนำมาปรุงเป็นน้ำซूपเพื่อลดการใช้เครื่องปรุงต่าง ๆ ที่มีน้ำตาลและเกลือลง

3) ข้าวอาหารสำคัญของชีวิตคนไทย ความสำคัญของข้าวนี้ผูกพันกับชีวิตของคนไทยมาเนิ่นนาน ได้กล่าวถึงที่มาของความศักดิ์สิทธิ์ของข้าวไว้ว่าพระแม่โพสพ หรือขวัญข้าว ยาข้าว คอยพิทักษ์รวงข้าว คนไทยเคารพบูชาและแสดงความกตัญญูมาตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ส่วนคนไทยใหญ่ทางภาคเหนือเชื่อว่าตรงปลายข้าวจะมีรอยหยิกของพระพุทธรูปเจ้า เป็นสิ่งสื่อแสดงว่าข้าวมีพระคุณที่ทำให้ท่านได้เสวยหลังจากบำเพ็ญทุกขกิริยา ซึ่งรอยหยิกนี้มีความเชื่อว่า พระคุณของพระองค์ที่มีต่อมนุษย์นั้นน้อยกว่าพระคุณที่ข้าวที่มีต่อมวลมนุษย์ และมีเพียงมนุษย์เท่านั้นที่สามารถมีภูมิปัญญาในการปลูกข้าว เพราะว่าการจะกินข้าวเป็นอาหารหลักได้ ต้องรู้จักกะเทาะ เปลือกข้าวออก ก่อไฟได้ ปั่นหม้อเป็น ข้าวจึงเป็นอาหารที่ดีที่สุดที่ธรรมชาติเตรียมไว้ให้สำหรับการเกิดมาของมนุษย์ (อดิสร พวงชมพู และ เสถียร ทองสวัสดิ์, 2557)

ประโยชน์ตามลักษณะของข้าว สุภาภรณ์ ปิณฑิร (2551) กล่าวว่าข้าวในฐานะเป็นอาหารหลัก ถือว่าข้าวคือชีวิตทีเดียว ดังนั้นประโยชน์ของข้าว มีการเรียกตามวิธีกะเทาะเปลือกหรือส่วนประกอบ ในเมล็ดข้าวหรือตามอายุการเจริญเติบโตของเมล็ดข้าว มีประโยชน์ ดังนี้

1. ข้าวกล้อง คือ ข้าวที่ผ่านการกะเทาะเปลือกเอาแกลบออกไปเหลือส่วนที่เป็นจมูกข้าวและเยื่อหุ้มเมล็ด สรรพคุณเป็นยาบำรุงเลือด แก้โรคเหน็บชา
2. แกลบ คือ เปลือกข้าวที่ถูกกะเทาะออกใช้ในการทำลูกประคบเพื่อเก็บความร้อน

3. น้ำข้าว คือ น้ำที่ได้จากการหุงข้าวแบบแช่น้ำ ช่วยบำรุงร่างกาย แก้อ่อนในกระหายน้ำ อาเจียนเป็นเลือด เลือดกำเดาออกง่าย ขับปัสสาวะ แก้อาพา

4. น้ำข้าวขาว คือ น้ำที่ได้จากการล้างข้าวก่อนนำไปหุงแบบไม่แช่น้ำ แก้อาพาสำแดง ร้อนใน แก้อาพาข้าวต้ม แก้อาพา แก้อาพา แก้อาพา แก้อาพา

5. น้ำนมข้าว คือ ของเหลวที่อยู่ในเมล็ดข้าวที่กำลังพัฒนาเป็นเนื้อ ข้าว ช่วยบำรุงร่างกาย

6. น้ำข้าวหม่า คือ น้ำที่ได้จากการแช่ข้าวเหนียวก่อนนำไปนึ่งให้สุกใช้แก้อาพา รักษาสิ่ว ธรรมดา ลำไส้

7. ข้าวเปลือก คือ ข้าวสารที่นำไปแช่น้ำจนน้ำเข้าไปในข้าวแล้วนำไปตำเพื่อประกอบอาหารอีสานเช่นแกงหอย แกงเห็ด แกงหน่อไม้ ช่วยแก้อาพา

8. ข้าวคั่ว คือ ข้าวที่เอาเปลือกออกแล้วนำไปคั่วแล้วตำละเอียดพอควรใช้ในการทำลาบ ปลา

9. ข้าว เป็นยาเย็น น้ำข้าวขาวเป็นกระสายยาในการแก้อาพาใช้ออกตุ่ม เช่น น้ำข้าวขาวละลายยาเขียว เพื่อแก้อาพาใช้ใส่ในตำรายาโอสถพระนารายณ์ ใช้เป่าผิว พ่นตัวเด็กเวลามีไข้ นอกจากนั้นการแพทย์ธรรมชาติ เน้นการนำข้าวมาปรับอาหารและวิถีชีวิตมารักษากลุ่มโรคความเสื่อมของร่างกาย ดังนี้

1. กินข้าวกล้อง คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ย่อยสลายอย่างช้า ๆ ให้เวลาแก้อาพาขับอินซูลิน

2. วิตามินบีในข้าวกล้องช่วยการเผาผลาญน้ำตาลได้อย่างหมดจด เส้นใยในข้าวกล้องมีมากกว่าข้าวขาว 9 เท่า ช่วยให้ท้องง่าย น้ำตาลในเลือดไม่สูง

3. วิตามินอีและเซเลเนียม ด้านอนุมูลอิสระปกป้องหลอดเลือด และหัวใจ ประโยชน์ตามสารอาหารที่มีในข้าว สุภาภรณ์ ปิณฑ (2551)กล่าวว่ามีมากมายเหลือคณานับ ดังนี้

1. มีสาร GABA (Y-Amino butyric acid) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ผ่อนคลายรู้สึกสงบ ลดความเครียดและกังวลและลดอาการชัก สารกาบากระตุ้นให้หลังฮอร์โมนเร่งการเจริญเติบโต ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่มีบทบาทสำคัญในการเผาผลาญไขมันเพื่อให้พลังงานและสร้างกล้ามเนื้อ เราจะพบสารกาบา ทั้งในข้าวขาว ข้าวกล้องและรำข้าวแต่ข้าวขาวมีสารกาบาน้อยกว่าข้าวกล้อง และสารกาบาจะเกิดขึ้นช่วงข้าวเริ่มงอกแตกตุ่มรากสีขาวบริเวณจมูกข้าว(Rice Germ) จะหายไปเมื่อข้าวสร้างใบและราก ข้าวกล้องที่ทำให้งอกได้ต้องหลังจากสีมาไม่เกิน 2 สัปดาห์ นำไปแช่ 3 ชั่วโมงและบ่ม 20 ชั่วโมงสามารถนำมาหุงรับประทานได้ นอกจากนั้นยังมีวิตามิน บี 1 บี 12 และกรดไขมันที่มีประโยชน์

2. มีวิตามินบีมากที่สุด นอกจากนั้น มีกรดไลโนเลอิก (Linoleic Acid) ซึ่งให้พลังงานหลักแก่เซลล์สมอง ช่วยซ่อมแซมสมอง และระบบประสาทส่วนที่ชำรุดให้ฟื้นตัวดีขึ้น มีสารกลุ่มฟอสโฟไลปิด (phospholipid) มีหน้าที่ช่วยรักษาสสมดุลของระบบประสาท เสริมความจำ ป้องกันโรคสมองเสื่อม และยังมีแร่ธาตุ โปรแตสเซียม แมกนีเซียม ทำให้ระบบเซลล์ประสาทของสมองดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีวิตามิน (B-Complex) รักษาอาการเหน็บชาบำรุงประสาท ทั้งยังมีกลุ่มวิตามินบีป้องกันสมองถูกทำลายจากอนุมูลอิสระ

3. ทำให้ประสาทฟื้นคืนสู่ปกติ แก้กะโหลกศีรษะ เนื่องจากข้าวเป็นยาแก้พิษ ยาเย็น และมีวิตามินเกลือแร่ที่มีประโยชน์ต่อระบบประสาท วิธีการนำมารับประทานเพื่อแก้กะโหลกศีรษะโดยนำข้าวสารไปคั่ว แล้วตำให้ละเอียดชงกับน้ำร้อน อาการเมาจะค่อยๆ สว่างลง

4. ช่วยกระตุ้นระบบขับถ่ายอุจจาระตามกลไกธรรมชาติ ลดสารพิษ ลดการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่

ข้าวทุกส่วนมีประโยชน์ เป็นธัญพืชที่มีเส้นใยอาหารสูงแต่ละลักษณะมีประโยชน์ดังนี้

1. น้ำข้าว อุดมด้วยเกลือแร่และวิตามินจึงเป็นอาหารอย่างดีของคนที่มีอาการท้องเสีย นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าความสะอาดของลำไส้ส่งผลทำให้จิตใจแจ่มใส

2. ข้าวกล้อง เป็นข้าวที่ผ่านการกะเทาะเปลือก เอาส่วนที่เรียกว่า แกลบออกไป ส่วนจมูกข้าวและเยื่อหุ้มเมล็ดข้าวยังคงอยู่มีสรรพคุณเป็นยาบำรุงกำลังและป้องกันเหน็บชา

3. รำข้าว เป็นส่วนประกอบของเปลือกผลและเยื่อหุ้มเมล็ดมักมีจมูกข้าวและส่วนที่เป็นต้นอ่อนของข้าว (Embryo) ทำให้มีวิตามิน แร่ธาตุ ใยอาหารที่ไม่ละลายน้ำในปริมาณสูง การรับประทานรำข้าว ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือช่วยเพิ่มกากอาหารในลำไส้ใหญ่ ช่วยดูดน้ำไว้จึงทำให้กากอาหารนุ่มช่วยให้ขับถ่ายง่ายขึ้นโดยการนำรำข้าว 1-2 ช้อนโต๊ะ ใส่ในนมอุ่นดื่มวันละ 1-2 ครั้งหรือโรยในอาหารปกติ อาจปรับหรือลดปริมาณได้ตามสภาพร่างกายของแต่ละคน

4. น้ำข้าวรักษาอาการท้องเสีย โดยใช้ น้ำ ข้าวที่ได้จากการหุงเช็ดหม้อมาผสมกับเกลือ เมื่อนำไปดื่มจะฟื้นตัวได้เร็วกว่าน้ำธรรมดาและไม่แตกต่างจากน้ำเกลือผง (ORS) ที่องค์การอนามัยโลกและแพทย์แผนปัจจุบันแนะนำให้ดื่มเมื่อมีอาการท้องเสียลดอาการอักเสบ ระคายคอหรือเจ็บคอ ถ้าเจ็บคอธรรมดาใช้น้ำข้าวชั้นๆ สามกลืนโดยให้เคี้ยวเกลือก่อนที่จะกินน้ำข้าวข้าว ซึ่งสูตรนี้ได้จากตำรับยาของ จิรา พุทธรักษ์ อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ และถ้าเจ็บคอมากใช้สมุนไพรช่วยเพิ่มขึ้นด้วย กรณีแก้อาเจียนเป็นเลือดใช้น้ำข้าวซ้อมมือมาอุ่นรับประทาน หรือใช้น้ำข้าวสารจาวแช่น้ำผสมกับรากโสมกน้อยดื่มแล้วแก้อาเจียนได้

5. พันธุ์ของข้าวมีผลต่อดัชนีน้ำตาลในข้าว รัชณี คงคาอุยฉาย และริญ เจริญศิริ (2552) รายงานว่า จากการวัดค่า Rapidly available glucose (RAG) คือปริมาณน้ำตาลกลูโคสที่ได้

จากการย่อยคาร์โบไฮเดรต และนำไปศึกษากับผู้ป่วยเบาหวานพบว่าข้าวกล้องสีนึ่งมีค่าดัชนีน้ำตาลระดับปานกลาง 58 ซึ่งมีผลช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดและอาจจะเนื่องจากข้าวสีนึ่งมีไฟเบอร์สูง และนอกจากนั้นกรรมวิธีของการกะเทาะเปลือกยังมีผล ต่อระดับการสูญเสียวิตามินต่างในข้าวเช่น บีหนึ่ง บีหก โฟเลต โปรตีน เหล็ก พบว่าการขัดสียิ่งขาวเท่าไรสารอาหารเหล่านี้ก็น้อยลงไปด้วย

สรุป ข้าวสีนึ่งเป็นอาหารหลักของคนไทยเช่นเดียวกันก็เป็นอาหารหลักของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานของวิจัยเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ชุดความรู้ที่นำไปใช้ คือ ข้าวสีเป็นส่วนหนึ่งที่ต้องรับประทานกับตำหรับอาหาร หรือบางครั้งก็นำไปปรุงรวมกันในจานเดียว ดังนั้นจึงเน้นข้าวกล้อง หรือข้าวที่ไม่ขัดขาวเกินไป หรือข้าวขัดขาวผสมข้าวกล้อง เพื่อให้มีเส้นใยสูง ช่วยลดน้ำตาลในเลือด ลดโคเลสเตอรอล เป็นการทำให้ร่างกายแข็งแรง และยังคำนึงถึงวิตามินต่าง ๆ ที่มีในข้าวเพื่อให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานอย่างเต็มประสิทธิภาพ และดื่มน้ำสะอาดอย่างเต็มที่ เพื่อช่วยให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรับประทานอย่างมีประโยชน์และสามารถลดภาวะแทรกซ้อนเบาหวานได้

5) ตำหรับอาหารพื้นบ้าน อวย เกตุสิงห์ (2554) กล่าวว่า อาหารพื้นเมืองมีส่วนประกอบที่สำคัญคือ ผักพื้นบ้าน การรับประทานผักพื้นเมืองจะถูกกำหนดโดยฤดูกาล ความยากง่ายในการหาอาหาร ปัจจัยทางภูมิสังคมและความชอบ สำหรับสังคมเมืองเนื่องจากได้รับวัฒนธรรมจากตะวันตกเข้ามาทำให้นิยมรับประทานอาหารสำเร็จรูป การนำผักพื้นบ้านมาบริโภคจึงลดลง อาหารพื้นเมืองที่เป็นวัฒนธรรมร่วมของคนไทยที่มีอยู่ทุกภาค คือ น้ำพริกซึ่งไม่ว่าจะเป็นน้ำพริกแบบใดก็บริโภคกับผัก เพราะรสชาติของน้ำพริกจะมีรสจัด ปรุงได้หลากหลายรูปแบบ พลิกแพลงให้กลมกล่อมตามรสชาติของของส่วนผสมที่นำมาประกอบ เช่น เปรี้ยว หวาน เผ็ด ขม ร้อน ส่วนผสมคือน้ำส้มตำที่ใช้ปริมาณน้อย ส่วนผสมหลักคือผักสมุนไพรที่ปรุงแต่งให้กลมกล่อม และนำมารับประทานเป็นผักเคียงในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งการดอง การลวก การกินสด เป็นต้น ซึ่งแต่ละภาคมีเอกลักษณ์และรสชาติแตกต่างอาหารพื้นเมืองภาคอีสาน ส่วนมากจะออกไปทางเผ็ดเค็มและเปรี้ยว วิธีปรุง เช่น ก้อย ซุปแกง ปิ้งย่าง สิ่งที่จะช่วยเพิ่มรสชาติคือน้ำปลาร้าและใช้เกือบทุกตำหรับ เช่น แกงหน่อไม้ ซุปหน่อไม้ อ่อมปลาตุก ลาบปลาตุก ปลาหนัง น้ำพริกปลาร้า ขนมหินน้ำปลาร้า ส้มตำใส่มะกอก ถั่วฝักยาว

สรุป ผักพื้นบ้านนับว่าเป็นสิ่งแสดงวัฒนธรรมของคนไทยในแต่ละภาค เกิดในธรรมชาติตามภูมิสังคมของแต่ละพื้นที่ จึงหาได้ง่ายโดยเฉพาะกินแบบสดๆ เป็นสมุนไพรมีคุณค่าทางยาและ มีคุณค่าทางโภชนาการ วิจัยเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เชื่อว่าการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติรอบตัวทำให้ร่างกายแข็งแรง ดังนั้นชุดความรู้ที่นำไปใช้ คือ ตำ

หรับแบบพื้นถิ่นปรับประยุกต์ให้เหมาะกับยุคสมัย และใช้วัตถุดิบที่หาง่ายในท้องถิ่น และเป็นการอนุรักษ์วัฒนธรรมอาหารของพื้นถิ่นให้สืบทอดต่อไปด้วย

6) อาหารแพทย์วิถีธรรม ใจเพชร กล้าจน (2560) ได้รายงานไว้ในหนังสือ มาเป็นหมอดูแลตัวเองกันเถอะ องค์รวมเทคนิคสุขภาพเพื่อตนเอง แนวเศรษฐกิจพอเพียง ตามหลักแพทย์ทางเลือกวิถีพุทธ ว่าเป็นหลักการรับประทานอาหารที่คำนึงถึงสมดุลในร่างกาย คือ ร้อน และเย็น ตามแนวทางการปรับสมดุลในร่างกายที่ถูกบันทึกไว้ในกระไตรปิฎก ซึ่งพระศาสดาของศาสนาพุทธได้ตรัสไว้ หลักการคือ เมื่อมนุษย์ประกอบด้วยกายและจิตดังนั้นการที่จะปรับสมดุลร้อนเย็นต้องทำทั้งสององค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด คือ จิตมีผลถึงร้อยละ 70.00 ส่วนอาหารมีผลร้อยละ 30.00 ด้านจิตสิ่งที่ส่งผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยมากที่สุดคือความหวั่นไหว ประกอบด้วยการกลัวตาย การกลัวโรค การเร่งผล และการกังวล ซึ่งถ้าสามารถทำให้จิตใจเป็นกลางตั้งมั่นเห็นขั้นในในร่างกายเกิดดับตามความเป็นจริงแล้วจิตใจก็จะคลายออกปล่อยวางลงจนส่งผลทำให้คนไข้ไม่เครียด ส่วนอาหารเน้นการกินอาหารที่นำไปปรับสมดุลในร่างกาย การกินอาหารแบบวิถีธรรมมีดังนี้

6.1) กินเพื่อปรับสมดุลซึ่งมีลักษณะเสียสมดุล 3 ประการ คือ

1) ภาวะร้อนเกิน พบว่าร้อยละ 80.00 ของคนทั่วไปมีภาวะนี้ซึ่งภาวะร้อนเกินนี้เกิดจาก จาก 1) อารมณ์เป็นพิษ 2) อาหาร ได้แก่ กินอาหารที่มีเนื้อสัตว์มากเกินไป ประจุสัจจเนื้อสัตว์ อาหารมีสารเคมี พิษจากการรับประทานอาหารที่ไม่สมดุล พิษจากของเสียและความร้อนจากขบวนการย่อย 3) พิษจากการไม่ออกกำลังกาย 4) มลพิษต่าง ๆ ในโลกที่เพิ่มมากขึ้น เช่น โรคร้อนขึ้น ควันและของเสียต่าง ๆ อาการทั่วไปของผู้มีภาวะร้อนเกิน อาการหลัก พอกินอาหาร รสเย็นแล้วสบาย กินอาหารร้อน แล้วหนักตัวท้องอืด ไม่สบาย อาการเด่น ระบายน้ำ ปวด บวม แดง ร้อน ตึง มีน ชา อูจจาระแข็ง ปัสสาวะน้อยสีเข้ม ผื่นคันพุพอง

2) ภาวะเย็นเกิน มีร้อยละ 5.00 อาการหลักกระทบเย็นแล้วไม่สบาย อ่อนเพลียกระทบร้อนแล้ว สบาย เบากาย มีกำลัง อาการเด่น ปากคอชุ่ม ไม่ระบายน้ำ มีไข้ตามาก เย็น ตึง มีน ชา ท้องอืด เท้าเย็น ปัสสาวะใสปริมาณมาก อูจจาระเหลว กำลังตก

3) ร้อนเย็น พันกัน พบ ร้อยละ 15.00 ของคนยุคนี้ อาการหลัก กระทบสิ่งร้อนอย่างเดียว กำลังตกอ่อนเพลียกระทบเย็นอย่างเดียว กำลังตก อ่อนเพลีย หนักตัว แต่พอกระทบทั้งร้อนและเย็นจะมีกำลัง เบากาย สดชื่นขึ้นอาการเด่น มีไข้แต่หนาวสั่น มีร้อนเท้าเย็น

6.2) หลักการรับประทานอาหารปรับสมดุลร่างกาย

1) รับประทานตามลำดับ คือ ดื่มน้ำคโลโรฟิลล์ , ผลไม้สด, ผักสุกผักสด, ข้าว และตำหรับอาหารต่าง ๆ ที่ทำรับประทานในวันนั้นสามารถรับประทานด้วยกันได้, ต้มถั่ว และแกงจืด

2) เคี้ยวอาหารให้ละเอียดก่อนกลืน

3) ประจุให้จิตลง กินครั้งที่เคยกินหรือร้อยละ 70.00

4) รับประทานปริมาณที่พอเหมาะ (สบาย เบากาย มีกำลังเป็นอยู่ผาสุก)

5) กลืนให้ลงคอ

6) ไม่มีเนื้อสัตว์

6.3) อาหารฤทธิ์เย็นและฤทธิ์ร้อนสามารถแบ่งตามสารอาหารหลักและวิตามินต่าง ๆ ได้ดังนี้

1) ผลไม้

1.1) ผลไม้ฤทธิ์เย็น เช่นกล้วยน้ำว้า กล้วยหักมุก แก้วมังกร กระท้อน ลูกหิย เซอร์รี่ สมอไทย สับปะรด ส้มโอ ส้มเขียว ส้มซ่า ชมพู มังคุด แตงโม แตงไทย แคนตาลูป มะม่วงดิบ มะขามดิบ มะละกอห่าม มะยม มะดัน มะขวิด แอปเปิล สาลี่ รางสาด สตอร์เบอร์รี่ ทับทิมขาว พุทรา ลูกพลับ โดยรับประทานเท่าที่สดชื่น รู้สึกสบาย ถ้า มีรสหวานให้รับประทานเพียงเล็กน้อย

1.2) ผลไม้ฤทธิ์ร้อน ได้แก่ ทุเรียน ขนุนสุก มะม่วงสุก ลูกยอ เงาะ ลิ้นจี่ ลำไย มะไฟ มะแงว มะเฟือง มะปราง กล้วยหอม กล้วยเล็บมือนาง กล้วยเขียวหวาน สมอทิพย์ สละ องุ่น ฝรั่ง น้อยหน่า กะทกรก ละมุด ลูกลำดวน ลูกยางม่วง ลองกอง ทับทิม กระเจี๊ยบแดง ระกำ (ร้อนเล็กน้อย) มะละกอสุก (ร้อนเล็กน้อย) มะขามหวานสุก (ร้อนเล็กน้อย) ผลไม้ทุกชนิดที่ผ่านความร้อนเช่น นึ่ง ปิ้งย่าง ตากแห้ง

2) ผัก

2.1) ผักฤทธิ์เย็น ลักษณะจะมีรสจืด กรอบ และมีน้ำด้านใน เช่น อ่อมแซบ (เบญจรงค์) ผักบุ้ง แดงกวา กวางตุ้ง ผักกาดม้งกร ผักกาดขาว ผักกาดหอม (ผักสลัด) เสลดพังพอนตัวเมีย มะเขือเปาะ มะเขือลาย มะเขือยาว มะเขือเทศ ว่านกาบหอย ว่านมหากาฬ ว่านง็อก ทุ่น ยอดอีหาล้า ผักโอบเห็บ ใบมะยม ใบก้างปลา ใบทองหลาง ผักปราบนา น้ำนมราชสีห์ ลิ้นปี่ ยอดมะม่วง พลุควา (รับประทาน 5 จะมีฤทธิ์เย็น ถ้าเกิน 5 ยอดมักเกิดฤทธิ์ร้อน ผักตัว ใบมะขาม ใบมะกอก ใบชะมวง เป็นต้น

2.2) ผักฤทธิ์ร้อน มีลักษณะ เนื้อแข็ง รสจัด และมีกลิ่นฉุน เช่น พริก ขิง ขมิ้น ไพร พริกไทย ใบมะกรูด กระเทียม กระชาย กระเพรา ยี่หระ โหระพา แงลัก กุ้ยช่าย สะหระแห่น ต้นหอม ผักชี หอม หอมแดง หอมหัวใหญ่ ชะอม คื่นห้าน้ำ กะหล่ำปลี แครอท บีทรูต ถั่วฝักยาว ถั่วพู สะตอ ลูกเหม็น ลูกตำลึง กระเจต กระถิน โสมจีน โสมเกาหลี ปักกาดเขียวปลี ใบยอ แป๊ะตำปึง ผักโขม ใบปอ ผักแขยง ยอดเสาวรส พักทองแก่ หน่อไม้ เม็ดบัว สาหร่าย ไข่น้ำ รากบัว ไหลบัว แพงพวยแดง และพืชกลิ่นฉุนทุกชนิด

3) คาร์โบไฮเดรต

3.1) ฤทธิ์เย็น ได้แก่ วัณเส้น เส้นขาว ข้าวเจ้าขาว ข้าวเจ้าหอมมือ ข้าวเจ้ากล้อง (ข้าวสีเหลือง)

3.2) ฤทธิ์ร้อน ได้แก่ ข้าวเหนียว ข้าวสีแดง ข้าวสีดำ เผือก มัน กลอย ข้าวอาร์ซี ข้าวสาลี ข้าวบาร์เลย์

4) โปรตีน

4.1) ฤทธิ์เย็น ได้แก่ ถั่วขาว เชียว เหลือง ถั่วเตา โซเล่ขาว เห็ดฟาง นางฟ้า หูหนูขนขาว ลม

4.2) ฤทธิ์ร้อน ได้แก่ ถั่วดำ ถั่วแดง ถั่วลิสง เนื่อ นม ไข่ ถั่วทานที่ยังมีความ ประสงค์จะบริโภคโปรตีนจากสัตว์ให้รับประทานไข่และปลาได้

5) อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงเนื่องจากผ่านกรรมวิธีและมีฤทธิ์ร้อน ได้แก่ ขนมปัง ขนมกรุบกรอบ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ผงชูรส ชา กาแฟ โกโก้ น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง อาหารหมักดอง ทุกชนิด

วิธีเลือกอาหารคือ เลือกที่ปลอดสารเคมี เพราะทำให้ร่างกายร้อนมากขึ้น และก่อนที่จะนำมาประกอบอาหารให้ล้างให้สะอาดเพื่อเอาสารเคมีออก ด้วยวิธีธรรมชาติ เช่น การใช้ ถ่านและน้ำข้าวข้าว

ชนิดของเชื้อเพลิงที่ใช้ ให้ใช้ไฟอ่อนในการปรุงเพื่อไม่เพิ่มฤทธิ์ร้อนให้กับ อาหาร โดยความเหมาะสมเรียงตามหลังดับมากไปน้อยดังนี้ เตาฟืน เตาถ่าน เตาแก๊ส และเตาไฟฟ้า ที่ไม่ควรใช้คือ เตาไมโครเวฟ เพราะมีรายงานการวิจัยว่าไม่สามารถฆ่าเชื้อโรคได้หมดจนเกิด โรคมะเร็งได้

หลักการรับประทานอาหารหม้อเหี่ยว มีดังนี้

1) รับประทานตามลำดับคือ ต้มน้ำคลอโรฟิลล์ ผลไม้สด ผักสด ข้าวกับผักสุก (กับข้าว) ต้มถั่ว แกงจืด

2) เคี้ยวอาหารให้ละเอียดก่อนกลืน เพื่อลดภาระการทำงานของร่างกาย

3) ปรุงให้จัดลง อย่างน้อยร้อยละ 70.00

4) รับประทานปริมาณที่พอเหมาะ (สบาย เบาๆ มีกำลังเป็นอยู่ผาสุก)

น้ำคลอโรฟิลล์หรือน้ำสมุนไพรปรับสมดุล เป็นการนำผักเย็นชนิดหลักได้แก่ ย่านาง อ่อมแซบ และผักฤทธิ์เย็นอื่น ๆ ซึ่งเป็นตัวรองเช่น ใบเตย วอเตอร์เกรส ผักบุ้ง หนุ่ยปราบ นมราชสีห์ หนุ่ยมาหรือผักฤทธิ์เย็นอื่น ๆ มาปั่นหรือคั้นเป็นน้ำให้คลอโรฟิลล์ในพืชสด ออกมารวมอยู่ในน้ำ โดยเริ่ม แบบเจือจางก่อน และค่อยๆเพิ่มความเข้มข้นขึ้น โดยผู้รับประทานสามารถรับประทานได้มากหรือน้อยแล้วแต่ร่างกายของแต่ละคน เพื่อนำมาใช้รับประทานแทนน้ำเพื่อปรับฤทธิ์ร้อนในร่างกายลง หรือปรับร่างกายให้สมดุลนั่นเอง โดยต้องสังเกตภาวะสมดุลในร่างกายถ้ามีภาวะเย็นสะท้อนกลับต้อง หาผักฤทธิ์ร้อนมาปั่นผสมลงไป หรือถ้ามีทั้งเย็นและร้อนปนกันให้ใช้ผักทั้งเย็นและร้อนมาปั่นผสม

รวมกัน โดยผู้กินจะสามารถสังเกตตนเองได้ว่าขณะนั้นร่างกายขาดสมดุลอะไรเพื่อปรับรับประทานให้ได้อย่างเหมาะสม

สรุป อาหารแพทย์วิถีธรรม คือ อาหารที่เชื่อว่าการเกิดโรคเกิดจากการที่เราไม่ปรับสมดุลร้อนเย็น และการที่วิบากกรรมร้ายตามมาสังเคราะห์รวมกันจนทำให้จิตใจหวนไหว ดังนั้นอาหารของแพทย์วิถีธรรมจึงเน้นอาหารหลัก คือ ผัก ผลไม้ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ที่คำนึงถึงฤทธิ์เย็นเป็นหลัก ไม่เน้นเนื้อสัตว์ โดยต้องเป็นผักที่ปลอดสารพิษและปรุงแบบจืดเพื่อไม่เพิ่มความร้อนให้กับร่างกาย นอกจากนั้นยังกินแบบคัมครองเซลล์ โดยรับประทานน้ำผักฤทธิ์เย็นก่อน และกินตามลำดับจากเย็นมากไปเย็นน้อย และเนื่องจากผู้วิจัยเชื่อว่าการลดน้ำตาลได้ คือ การปรับสมดุล ดังนั้น ชุดความรู้เพื่อพัฒนาคู่มือการกินและการออกกำลังกาย จึงคำนึงถึงการปรับสมดุลร้อนเย็น โดยเน้นฤทธิ์ผักบ้านฤทธิ์เย็นเป็นหลักเนื่องจากหาได้ง่ายในพื้นที่และไม่ใช้สารเคมีในขั้นตอนการผลิต โดยดึงความสดหวานของผักมาทำให้รสชาติอาหารกลมกล่อม ลดการปรุงแบบรสจัด และมีการดื่มน้ำปรับสมดุลฤทธิ์เย็นก่อนรับประทานสำหรับอาหารกับข้าวโดยเน้นไปที่ข้าวฤทธิ์เย็น เพื่อลดน้ำตาลในเลือด ชุดความรู้ที่นำไปใช้ในวิจัยเรื่องนี้คือ เรื่องอาหารร้อนเย็นและการทำน้ำสมุนไพรฤทธิ์เย็นปรับสมดุลโดยเน้นวัตถุดิบพื้นถิ่น ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2.3.1 ระบบสุขภาพอำเภอ

นโยบายประเทศ Thailand 4.0 ได้น้อมนำพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวว่า รัชกาลที่ 9 มาถอดรหัสเป็น 2 ยุทธศาสตร์สำคัญ คือ 1. การสร้างความเข้มแข็งจากภายใน (Strength from Within) 2. การเชื่อมโยงกับประชาคมโลก (Connect to the World) หากการสร้างความ เข้มแข็งจากภายในคือ Competitiveness การเชื่อมโยงกับโลกภายนอกก็คือ Connectivity ซึ่งทั้ง Competitiveness และ Connectivity ทั้งสองประการต้องดำเนินควบคู่กันในการสร้างความมั่งคั่ง มั่นคง และยั่งยืนให้กับสังคมไทย ด้วยการปรับทิศทางการพัฒนาที่ความสมดุล จำเป็นอย่างยิ่งในการเน้นมี 2 มิติ อันประกอบด้วย 1.ความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ (Economic Wealth) 2.ความอยู่ดี มีสุขของผู้คนในสังคม (Social Well-beings) 3.การรักษาสิ่งแวดล้อม (Environmental Wellness) 4.การยกระดับศักยภาพและคุณค่าของมนุษย์ (Human Wisdom) รวมถึงแนวคิดการพัฒนาคนไทย ให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ในศตวรรษที่ 21 และการเตรียมคนไทย 4.0 สูโลกที่หนึ่งผ่าน 4 กระบวนการ เรียนรู้ดังกล่าวจะเป็นหัวใจสำคัญในการเปลี่ยนผ่านสังคมไทยไปสู่ “สังคมไทย 4.0” นั่นคือสังคมที่มีความหวัง (Hope) สังคมที่เปี่ยมสุข (Happiness) และสังคมที่มีความสมานฉันท์

(Harmony) รากฐานการพัฒนา Thailand 4.0 จึงเริ่มต้นที่ “คนไทยทุกคน” ความสำคัญของการสร้างและพัฒนาโลกในระดับพื้นที่เพื่อพัฒนาให้เกิดกลไกขับเคลื่อนที่คนไทยส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง (Inclusive Growth Engine) โดยพัฒนาโลกในระดับพื้นที่ให้เข้มแข็งเชื่อมโยงกับส่วนกลาง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดต่าง ๆ เป็นแพลตฟอร์มให้คนไทย ที่อยู่ทั่วประเทศได้ใช้ประโยชน์จากโครงสร้าง เสริมศักยภาพครอบครัว และชุมชน ในเรื่องการพัฒนาสุขภาวะ คุณภาพชีวิตชุมชน โดยประชาชนทุกคนทุกกลุ่มดูแลใส่ใจกัน พึ่งพากันได้ จึงจะเกิดความเข้มแข็งมั่นคงในมิติสังคม

ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงของทุกประเทศองค์การอนามัยโลกได้เสนอว่าระบบสุขภาพเป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยไม่จำกัดเพียงระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ระบุว่าระบบสุขภาพจะต้องส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันในสังคมโดยการพัฒนาระบบสุขภาพต้องคำนึงถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) ที่มีความหลากหลายทั้งจากภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และอื่น ๆ โดยจะต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งกับการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองได้ของประชาชนบนพื้นฐานของหลักคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรม ธรรมาภิบาล ความรู้และปัญญา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยคนจากทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพรวมทั้งต้องมุ่งไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

ในปัจจุบันระบบสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลกประสบปัญหาท้าทายที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกับประเทศไทยกำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความหลากหลาย ทั้งโครงสร้างของประชากรที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนการเกิดปัจจัยภัยคุกคามสุขภาพของประชาชนจากภาวะโรคที่มีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น การเกิดโรคอุบัติใหม่ในพืชและสัตว์ โรคติดต่อจากสัตว์สู่คนมีแนวโน้มซับซ้อน รุนแรง และควบคุมยากขึ้น การเคลื่อนย้ายของประชากร การเข้ามาทำงานของแรงงานต่างชาติ ทั้งการเกิดภัยธรรมชาติที่จะมีความรุนแรงและมีความถี่มากขึ้น ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ของคนกลุ่มต่าง ๆ ขณะเดียวกันโรคมะเร็งและอุบัติเหตุยังถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 2 อันดับแรกของคนไทย ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้มีแนวโน้มที่เกิดจากพฤติกรรมและวิถีการใช้ชีวิตของประชาชน ซึ่งส่งผลต่อเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างมาก โดยยังขาดระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง ด้านการป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ ขาดกลไกการมีส่วนร่วมและการบูรณาการในการบริหารจัดการ เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชากรในระดับพื้นที่และท้องถิ่น กฎหมายและข้อระเบียบบางประการยังไม่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและการมีสุขภาพที่ดีในระดับชุมชน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเสริมศักยภาพและบทบาท

ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามสุขภาพ โดยชุมชนเอง อันเป็นหลักการที่สำคัญเพื่อสร้างความต่อเนื่องและยั่งยืนของการพัฒนา

ระบบสุขภาพชุมชนเป็นระบบการดูแลสุขภาพ เมืองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกันและทับซ้อนกัน 3 ส่วนที่ไม่แยกขาดจากกัน คือ 1. การดูแลตนเองของภาคประชาชน (Popular sector) 2. การแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector) 3. การแพทย์ภาควิชาชีพ (Professional sector) อาทิจากการแพทย์ตะวันตก ปรากฏการณ์ที่ยังเป็นความจริงทุกยุคสมัยคือ ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยที่ประชาชนจัดการนั้น ไม่สามารถใช้วิธีการใดเพียงวิธีการเดียวได้ แม้แต่อาการที่พบทั่วไป เช่น ไข้ ซึ่งมีความรู้ในการเยียวยาได้หลายวิธีร่วมกัน นอกจากนั้นในกระบวนการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยและแก้ไขปัญหาสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขด้านบุคคล ครอบครัว เครือข่ายทางสังคม ชุมชนและสังคม ในมิติต่าง ๆ อย่างมากด้วย เช่น แม้อาการท้องเสียและท้องผูกส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันไม่มากนัก แต่อาจกระทบเศรษฐกิจได้ทุกระดับหากต้องสั่งซื้อยาแผนปัจจุบันจากนอกประเทศมาใช้

การสร้างระบบสุขภาพอำเภอให้เกิดการจัดการคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่มีความยั่งยืน ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมและภาวะการนำให้เกิดขึ้นจากทุกภาคส่วนหรือเครือข่ายการทำงานในพื้นที่เรื่องสุขภาพเกี่ยวโยงสังคมอย่างแยกขาดจากกันไม่ได้ ปัญหาสุขภาพจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อลดช่องว่างการเชื่อมต่อของระบบสุขภาพชุมชนกับระบบบริการสุขภาพในพื้นที่อำเภอ เป็นองค์ประกอบสำคัญ 2 ส่วนที่เข้ามาเสริมกันให้เกิดสุขภาพของอำเภอ

ดังนั้น ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยให้มีความเข้มแข็งขึ้นกว่าเดิม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งในด้านของระบบบริการสุขภาพที่ต้องมุ่งเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิที่จะสามารถเชื่อมระหว่างชุมชนและการบริการในโรงพยาบาลได้อย่างไร้รอยต่อ รวมถึงการมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เข้มแข็ง โดยมุ่งกระจายอำนาจการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - พ.ศ. 2564) ที่เสนอให้มีการมุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเน้นการป้องกันและควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) รวมถึงการส่งเสริมการให้ความสำคัญของมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (Health in All Policies) เพื่อให้ทุกภาคส่วนตระหนักถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน

สรุป การวิจัยเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ต้องดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐ ประชาสังคม และเอกชนตามแนวทางประชารัฐ เพื่อสร้างเสริมความ

เข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอของพื้นที่อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด นับเป็นจุดคานงัดที่สำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติโดยดำเนินการนำร่องผ่านพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยความร่วมมือของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพให้มีความสำคัญกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิรูปเพื่อเปลี่ยนฐานของระบบบริการจากโรงพยาบาลเป็นฐานสู่การมีพื้นที่เป็นฐาน และจากบริการภายในระบบที่มีโรคเป็นศูนย์กลางสู่บริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อทำให้ระบบบริการสุขภาพมีคุณลักษณะของการมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ดังนั้น แนวคิดการมีส่วนร่วม (Participation) จึงมีส่วนสำคัญที่จะอธิบายความร่วมมือของคณะกรรมการหรือหน่วยงาน องค์กร ประชาชนที่เกี่ยวข้อง

2.3.2 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและตามสภาพของพื้นที่ มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป ตามแนวคิด “คนไทยใส่ใจดูแลกัน” มีเป้าหมายเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดความเหลื่อมล้ำ โดยการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เน้นหนักในผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้ เด็กปฐมวัย อุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชยะ สิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การใช้ชีวิตแบบสังคมเมือง ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเล่ม 135 ตอนพิเศษ 54 ง หน้า 1 วันที่ 9 มีนาคม 2561 พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี เป็นผู้ลงนามในระเบียบ มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 10 มีนาคม 2561 เป็นต้นไป โดยในระเบียบดังกล่าว กำหนดให้แต่ละอำเภอมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 21 คน ประกอบด้วย ผู้แทนภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชนและผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ โดยมีนายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นสำนักงานเลขานุการ มีอำนาจหน้าที่กำหนดแผนงานและยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ และร่วมมือทุกฝ่ายดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงาน โดยบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ส่วนในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต ประกอบด้วยผู้แทน ภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชนมีผู้อำนวยการเขตเป็นประธานกรรมการ ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นสำนักงานเลขานุการ

ทั้งนี้ คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงมหาดไทย เป็นประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ อธิบดีกรม การปกครอง อธิบดีกรมการพัฒนาชุมชน อธิบดีกรมควบคุมโรค อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อธิบดี กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น อธิบดีกรมอนามัย ปลัดกรุงเทพมหานคร เลขาธิการ คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ เป็นกรรมการ โดยมีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบกลุ่ม การกิจด้าน การพัฒนาการสาธารณสุข เป็นกรรมการและเลขานุการ มีอำนาจหน้าที่กำหนดนโยบาย และทิศ ทางการพัฒนา สนับสนุนและแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต

ระบบบริการสุขภาพตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) โดยเน้นระบบบริการปฐมภูมิที่มีพื้นที่เป็นฐานและมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง นำมาพิจารณาจัดกลุ่มเป็นวาระการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ได้ 3 วาระ ประกอบด้วย

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) เป็นจุดคานงัดสำคัญ (Main Lever) เปลี่ยน “ฐาน” ของ “ระบบ” และ “บริการ” โดยมี องค์ประกอบ สำคัญของระบบบริการสุขภาพ คือ ภาวะการนำและธรรมาภิบาล

2. ทีมผู้ให้บริการแนวตั้ง/แนวราบ (Matrix Team) เป็นการขับเคลื่อนหลัก (Key Driver) เปลี่ยน “ศูนย์กลาง” ของ “ระบบ” และ “การให้บริการ” โดยมีองค์ประกอบสำคัญของระบบ บริการสุขภาพ ประกอบด้วย กำลังคน การให้บริการ ยา เครื่องมือ และเทคโนโลยี

3. ระบบข้อมูล / กลไกการเงิน เป็นมาตรการ (เครื่องมือ) สำคัญที่ช่วยในการ “เปลี่ยน” และ “ขับเคลื่อน” และเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาควบคู่กัน นอกจากนี้ เป็นเงื่อนไขสำคัญในการเพิ่มคุณภาพบริการแล้ว ยังเป็นเงื่อนไขพื้นฐานในการทำให้กลไกการเงินถูก นำไปใช้เป็น “เครื่องมือ” เพื่อเพิ่มผลิตภาพให้กับระบบได้อย่างมีพลัง ผลที่คาดว่าจะได้รับการ ปฏิรูปประกอบด้วย การเพิ่มการเข้าถึง เพิ่มความครอบคลุม เพิ่มคุณภาพ และเพิ่มความปลอดภัย ให้กับระบบบริการ ส่งผลต่อการเพิ่มสุขภาวะ เพิ่มความเป็นธรรม ตอบสนองต่อความจำเป็นทาง สุขภาพของประชาชน ลดความเสี่ยงทางการเงิน และทางสังคม ตลอดจนเพิ่มประสิทธิภาพให้กับ ระบบบริการโดยรวม

ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จะต้องทำการศึกษา ทดลองหารูปแบบการบริหารจัดการระดับพื้นที่โดยใช้แนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชน เป็น ศูนย์กลาง” เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ โดยจะขับเคลื่อนให้ภาคีเครือข่ายที่

เกี่ยวข้องมาร่วมดำเนินการเพื่อให้ผลการศึกษาสอดคล้องกับความเป็นจริง สามารถปฏิบัติได้ และสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาของประเทศ กรอบความร่วมมือเพื่อสนับสนุน การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ซึ่งต้องการให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างจริงจัง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง โดยการสร้างกลไกของเครือข่ายที่ประสานการทำงานร่วมกันเป็นการดำเนินงานที่ต้องการให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพของตนเอง ซึ่งนับเป็นแนวทางใหม่ที่จุดมุ่งหมายอยู่ที่ประชาชน ไม่ใช่โรคร้าย การทำงานจึงเคลื่อนย้ายไปที่ฐานล่าง เพิ่มพลังจากพื้นที่สู่การบริหารระดับบน เพื่อตอบโจทย์บริบทของพื้นที่ที่มีความจำเพาะ ซับซ้อน หลากหลายของแต่ละพื้นที่ การขับเคลื่อนในลักษณะดังกล่าว จำเป็นต้องใช้การดำเนินงานผ่านพื้นที่นำร่อง (Pilot Implementation) เพื่อเพิ่มความชัดเจนและพิจารณาความสัมพันธ์กับโครงสร้างเดิมที่มีอยู่ในระบบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการเพื่อให้ผลการศึกษาสอดคล้องกับความเป็นจริง สามารถปฏิบัติได้ และสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาของประเทศเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และบูรณาการ ร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่เหมาะสมกับพื้นที่ และเพื่อให้มีการจัดการทรัพยากร ด้านบุคลากร เทคโนโลยี สารสนเทศ องค์กรความรู้และงบประมาณร่วมกัน

1. บทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน ดังนี้

1.1 กระทรวงมหาดไทย : มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1.1.1 ดำเนินการให้เกิดระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ เพื่อการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม และยั่งยืน

1.1.2 สนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งด้านบุคลากร องค์กรความรู้และงบประมาณ รวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างมีธรรมาภิบาล มีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน

1.1.3 สนับสนุนให้หน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ และสนับสนุนทรัพยากรในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผล

1.1.4 สร้างความรู้ ความเข้าใจให้ข้าราชการ เจ้าหน้าที่และพนักงาน ทั้งภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทย ทราบถึงบทบาทและหน้าที่ของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

1.2 กระทรวงสาธารณสุข (หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1.2.1 สนับสนุนและส่งเสริมระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

1.2.2 สนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งด้านบุคลากร องค์ความรู้ และงบประมาณ รวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างมีประสิทธิภาพ มีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน

1.2.3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพในการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุน “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” และการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับพื้นที่

1.2.4 สร้างความเข้าใจให้ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ พนักงาน ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และประชาชนทราบถึงบทบาทและหน้าที่ของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นรูปธรรม

1.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) : มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1.3.1 สนับสนุนและส่งเสริมระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ เพื่อการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

1.3.2 สนับสนุนการพัฒนากลไกด้านการเงินการคลังสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการดำเนินการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ

1.3.3 สนับสนุนวิชาการ องค์ความรู้ และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)”

1.4 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1.4.1 สนับสนุนทรัพยากร ด้านงบประมาณ วิชาการ องค์ความรู้ และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ

1.4.2 สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” ประชาชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ความเข้าใจ และสมรรถนะในการจัดการปัจจัยที่กำหนดสุขภาพทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

1.4.3 สื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชน และเครือข่ายสุขภาพ มีความเข้าใจ และสร้างการมีส่วนร่วม ในการจัดการสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิต

2. บทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB) ประกอบด้วย สมาชิกที่ได้รับการแต่งตั้งหรือเลือกตั้งหรือคัดเลือกจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่น และชุมชน ในอำเภอนั้น ๆ มีวาระในการปฏิบัติงานตามที่กำหนด และมีหน้าที่ในการสนับสนุนและติดตามประเมินผลการดำเนินการให้บริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นธรรม รวมถึงประสานงานกับทุกภาคส่วนในการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) จะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพหลัก ๆ และประเด็นด้านการจัดการระบบและองค์กรต่าง ๆ ภายในอำเภอเป็นอย่างดี สนับสนุนให้เกิดการพัฒนานโยบายสุขภาพที่เหมาะสม และนโยบายสาธารณะที่คำนึงถึงสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน สอดคล้องกับทิศทางและนโยบายของประเทศ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) จะทำหน้าที่ในการสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนสามารถดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งด้านวิชาชีพและการบริหาร จัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) ที่อาจสังเคราะห์ให้เห็นภาพรวมโดยแบ่งได้เป็น 4 ประการดังนี้

2.1 กระตุ้น หนุนเสริม เต็มเต็ม ตามพลวัตรในภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) รับรู้และประเมินสภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง ภาวะคุกคาม และปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและสภาวะ พร้อมกับวางแผน ดำเนินการตามแผน บนพื้นฐานของการขับเคลื่อน ที่ให้ความสำคัญกับศักยภาพของรายบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วม และการทำให้เกิดความร่วมมือขององค์ประกอบและภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยง ลดภาวะคุกคามทางสุขภาพ เพื่อสภาวะของประชาชน ตามพลวัตร ในภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอ

2.2 เต็มส่วนขาดในส่วนที่ยังไม่สามารถครอบคลุมตามความจำเป็นทางสุขภาพของพื้นที่อำเภอ จากทรัพยากรที่ได้รับการจัดสรรหรือสนับสนุนจากส่วนกลาง : สร้าง พัฒนา และปรับปรุง ชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและพัฒนาสภาวะ ตามความจำเป็นและความจำเป็นบริบทของพื้นที่อำเภอ (Specific package) บนพื้นฐานของการระดม การใช้ และพัฒนาทรัพยากรและ ศักยภาพที่มีอยู่ภายในระบบสุขภาพ เพื่อเสริมกับชุดสิทธิประโยชน์และทรัพยากรที่ได้รับการจัดสรร หรือสนับสนุนจากส่วนกลาง

2.3 สร้างการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบใน DHS : สร้างและพัฒนาผู้ให้บริการให้การดูแล (รวมการดูแลตนเอง) ทีมผู้ให้บริการให้การดูแล สถานบริการให้การดูแล และภาคีเครือข่าย ให้มีการเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบ พร้อมกับการสนับสนุนนโยบาย “คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)” บนพื้นฐานของการให้ความสำคัญกับทรัพยากรที่มีอยู่ในระบบสุขภาพอำเภอ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยทำให้การเชื่อมโยงระหว่างแพทย์ ทีมแนวราบ/แนวดิ่ง และภาคีเครือข่าย (Matrix Teams/Links/Networks) สามารถเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนได้อย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน

2.4 ติดตามและให้ความสำคัญกับสถานะและความอยู่รอดทางการเงินในภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอ รับรู้สถานะทางการเงินของโรงพยาบาล สถานบริการปฐมภูมิในชุมชน ทีมผู้ให้บริการ ให้การดูแล ที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของทีมแนวราบ แนวดิ่งและภาคีเครือข่าย (Matrix Teams, Links, Networks) ที่มีการเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อร่วมแก้ปัญหาและระดมทรัพยากรตามความจำเป็นของบริบทของพื้นที่อำเภอ ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับสถานะหรือความอยู่รอดทางการเงิน ทั้งนี้การทำหน้าที่ “กระตุ้น หนุนเสริม เต็มเต็ม ตามพลวัตรในภาพรวมของ DHS” ควรดำเนินการด้วยการมีแผนยุทธศาสตร์ในภาพรวม แผนปฏิบัติการ กระบวนการควบคุมกำกับ ประเมินสถานการณ์ และการประเมินผล อย่างไรก็ตามในการทำให้ระบบสุขภาพอำเภอมีคุณลักษณะที่สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ จากระบบที่มี “โรงพยาบาลเป็นฐานและโรคเป็นศูนย์กลาง” สู่ระบบที่มี “พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็น

ศูนย์กลาง” และทำให้ “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” เพื่อ “สุขภาวะ” ของประชาชนทุกคนในอำเภอ DHB ควรทำหน้าที่ได้ครบทั้ง 4 ประการ

นอกจากนี้บทเรียนจากประสบการณ์ของการดำเนินการภายใต้ MOU ใน 73 พื้นที่บนพื้นฐานของการมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB) ที่ลงนามโดยผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการทำให้บทบาทหน้าที่ของ DHB มีคำสั่งรองรับอย่างเป็นทางการจากคำสั่งดังกล่าว ในภาพรวมกำหนดให้มีบทบาทหน้าที่ (บางแห่งเรียกว่าอำนาจหน้าที่) ซึ่งเป็นฐานสำคัญเพื่อใช้สำหรับการขยายผล ดังต่อไปนี้

1. พิจารณาเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของอำเภอ แผนการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตประจำปี รวมถึงงบประมาณ

2. พิจารณาเห็นชอบรายงานความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตทุกไตรมาส รับทราบและเห็นชอบการจัดหาและนำทรัพยากรต่าง ๆ จากหน่วยงาน และองค์กรต่าง ๆ ภายในอำเภอ มาใช้ร่วมกันรวมถึงการดำเนินนวัตกรรมในการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตแก่ประชาชนภายในอำเภอ

3. ติดตามและประเมินผลความก้าวหน้าของแนวทางปฏิบัติและกิจกรรมต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอ

4. สนับสนุนให้มีกลไกการประกันคุณภาพ โดยมีการติดตามทั้งภายในและภายนอกเกี่ยวกับสินทรัพย์สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ ทรัพยากรทางการเงินและบุคลากรในระดับอำเภอ

5. รับฟัง ข้อร้องเรียน คำอุทธรณ์ คำร้องทุกข์ จากประชาชน ชุมชน สาธารณะ และจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอ

6. สนับสนุนและส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอโดยรวมถึงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐภาคเอกชนท้องถิ่น และชุมชน

7. สนับสนุนและส่งเสริมกลไกต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา สุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภออย่างยั่งยืน ตั้งแต่กระบวนการในการวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ การติดตามและการประเมินผล

8. สนับสนุนให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการให้บริการสุขภาพในพื้นที่ของชุมชนที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนและชุมชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม และมีหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า โดยมุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

9. แต่งตั้งคณะทำงานที่ประกอบด้วยสมาชิกจากภาคสาธารณสุข และอาจารย์ถึงภาครัฐ ภาคเอกชนท้องถิ่นและชุมชน ทำหน้าที่รับผิดชอบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอและการ

พัฒนา คุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการประจำปี

10. แต่งตั้งคณะทำงานต่าง ๆ ของอำเภอ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอที่มีประสิทธิภาพ

ในช่วงเริ่มต้นของการมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) เนื่องจากการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ พัฒนาบริการ และการดำเนินการ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีพื้นที่เป็นฐาน จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการผ่านการรับรู้สัมผัสและเข้าถึงสภาพปัญหาที่มีความซับซ้อน จากองค์ประกอบของทั้งความยากเชิงเทคนิควิชาการ (Technically complicated problems) และความยากเชิงสังคม (Socially complicated problems) ดังนั้นองค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) จึงควรประกอบด้วย จำนวนและกระบวนการสรรหา จะมีความชัดเจนมากขึ้น หลังจากมีการดำเนินการนาร่องในพื้นที่จริง

สรุป ในการวิจัยเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จะต้องดำเนินการภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ในการร่วมรับรู้ปัญหา ร่วมคิดวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตามประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ร่วมกัน โดยการขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตั้งแต่ระดับนโยบายลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่ และมีการแต่งตั้งคณะทำงานที่มาจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและตรงกับภารกิจหลักของหน่วยงานในการสนับสนุนการดำเนินงาน ทั้งด้านวิชาการ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การวางแผน และการปฏิบัติการในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม การติดตามประเมินผล และการรายงานผลการดำเนินงานปัญหาอุปสรรคให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างต่อเนื่อง

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนในสังคม ไม่ว่าจะเป็นสังคมเล็กหรือสังคมขนาดใหญ่ ได้มีส่วนช่วยเหลืออย่างเต็มที่ต่อสังคมนั้น ๆ อันได้แก่ การที่ประชาชนมีส่วนร่วม ในการบริหารจัดการ เช่น การพิจารณาปัญหา การตั้งนโยบาย การตัดสินใจประเด็นสำคัญต่าง ๆ เกี่ยวกับการพัฒนาประชาชาติและการประเมินความต้องการของสังคมนั้น ๆ (องค์การสหประชาชาติ, 1975 อ้างใน จินตวิรี เกษมสุข, 2554) ก่อให้เกิดผลดีต่อการขับเคลื่อนองค์กรหรือเครือข่าย เพราะมีผลในทางจิตวิทยาเป็นอย่างยิ่ง กล่าวคือ ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมย่อมเกิดความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการบริหาร ความคิดเห็นถูกรับฟังและนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนาเครือข่าย และที่สำคัญผู้ที่มีส่วน

ร่วมจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของเครือข่าย ความรู้สึกเป็นเจ้าของจะเป็นพลังในการขับเคลื่อนเครือข่ายที่ดีที่สุด องค์การสหประชาชาติ (1975 อ้างใน จินตวิริ์ เกษมสุข, 2554) ให้ข้อเสนอแนะในที่ประชุมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญไว้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นคำที่ไม่อาจกำหนดนิยาม ความหมายเดียวที่ครอบคลุมได้ เพราะความหมายของการมีส่วนร่วมอาจแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ หรือแม้แต่ในประเทศเดียวกันก็ตาม ดังนั้นการนิยามความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน ควรมีลักษณะจำกัดเฉพาะในระบบเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองหนึ่งๆ เท่านั้น และอย่างไรก็ดีกลุ่มผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวได้ขยายความการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าครอบคลุมประเด็นดังนี้

ประเด็นที่ 1 การมีส่วนร่วมของประชาชนครอบคลุมการสร้างโอกาสที่เอื้อให้สมาชิกทุกคนของชุมชนและของสังคมได้ร่วมกิจกรรมซึ่งนำไปสู่ และมีอิทธิพลต่อกระบวนการพัฒนาและเอื้อให้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน

ประเด็นที่ 2 การมีส่วนร่วมสะท้อนการเข้าเกี่ยวข้องโดยสมัครใจและเป็นประชาธิปไตย ในกรณีนี้คือการเอื้อให้เกิดการพยายามพัฒนา การแบ่งสรรผลประโยชน์จากการพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน และการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมายนโยบายและการวางแผนดำเนินการโครงการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม

การมีส่วนร่วม (Participation) คือ เป็นผลมาจากการเห็นพ้องกันในเรื่องของความต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลงและความเห็นพ้องต้องกัน จะต้องมีการจนเกิดความคิดริเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติ เหตุผลเบื้องต้นของการที่มีคนมารวมกันได้ควรจะต้องมีการตระหนักว่าปฏิบัติการทั้งหมดหรือการกระทำทั้งหมดที่ทำโดยกลุ่มหรือในนามกลุ่มนั้นกระทำผ่านองค์การ ดังนั้นองค์การจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงได้ (ยุพาพร รูปงาม, 2545)

ถวิลวดี บุรีกุล (2551) เป็นกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกันของทุกฝ่าย และยังสามารถเป็น การปูพื้นฐานมั่นคงสำหรับวิวัฒนาการไปสู่การปกครองตนเองของท้องถิ่นได้ในบั้นปลาย และได้กล่าวถึงจุดเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าเริ่มต้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่แต่ละคนมีผลประโยชน์เกี่ยวข้องและสนใจเป็นเรื่อง ๆ เช่น การสร้างแหล่งกักเก็บน้ำฝน การศึกษา การสาธารณสุข เป็นต้น ข้อสำคัญกิจกรรมเหล่านี้จะต้องสัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการของชาวบ้าน การมีส่วนร่วมยังอธิบายได้ในหลายมิติ ทั้งในแง่ของมิติความลึกทั้งในเชิงกว้าง

1. การมีส่วนร่วมในความหมายที่แคบ คือ การพิจารณาถึงการมีส่วนร่วมช่วยเหลือ โดยสมัครใจโดยประชาชนต่อโครงการใดโครงการหนึ่งของโครงการสาธารณะต่าง ๆ ที่คาดว่าจะส่งผลต่อการพัฒนาชาติ แต่ไม่ได้หวังว่าจะให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงโครงการ หรือวิจารณ์เนื้อหาของโครงการ

2. การมีส่วนร่วมในความหมายที่กว้าง หมายถึง การให้ประชาชนในชนบทรู้สึกตื่นตัว เพื่อที่จะทราบถึงการรับความช่วยเหลือ และตอบสนองต่อโครงการพัฒนา ขณะเดียวกันก็สนับสนุนความคิดริเริ่มของคนในท้องถิ่น

3. ในเรื่องของพัฒนาชนบท การมีส่วนร่วม คือ การให้ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ กระบวนการดำเนินการ และร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการพัฒนา นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องความพยายามที่จะประเมินผลโครงการนั้น ๆ ด้วย

4. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนานั้นอาจเข้าใจอย่างกว้าง ๆ ได้ว่า คือ การที่ประชาชนได้เข้าร่วมอย่างแข็งขันในกระบวนการตัดสินใจต่าง ๆ ในเรื่องที่จะมีผลกระทบต่อเขา

5. การมีส่วนร่วมในชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนจะมีทั้งสิทธิและหน้าที่ที่จะเข้าร่วมในการแก้ปัญหาของเขา มีความรับผิดชอบมากขึ้นที่จะสำรวจตรวจสอบความจำเป็นในเรื่อง ต่าง ๆ การระดมทรัพยากรท้องถิ่น และเสนอแนวทางแก้ไขใหม่ ๆ เช่นเดียวกับการก่อตั้งและดำรง รักษาองค์กรต่าง ๆ ในท้องถิ่น

6. การมีส่วนร่วมนั้นจะต้องเป็นกระบวนการดำเนินการอย่างแข็งขัน ซึ่งหมายถึงว่า บุคคลหรือกลุ่มที่มีส่วนร่วมนั้นได้เป็นผู้มีความริเริ่มและได้มุ่งใช้ความพยายาม ตลอดจนความเป็นตัวของตัวเองที่จะดำเนินการความริเริ่มนั้น

7. การมีส่วนร่วม คือ การที่ได้มีการจัดการที่จะใช้ความพยายามที่จะเพิ่มความสามารถที่จะควบคุมทรัพยากรและระเบียบในสถาบันต่าง ๆ ในสภาพสังคมนั้น ๆ ทั้งนี้ โดยกลุ่มที่ดำเนินการและความเคลื่อนไหวที่จะดำเนินการนี้ไม่ถูกควบคุมโดยทรัพยากรและระเบียบต่าง ๆ (วันชัย วัฒนศัพท์, 2543) การมีส่วนร่วมของประชาชนยังจัดเป็นรูปแบบหนึ่งของแนวความคิดในการกระจายอำนาจจากส่วนกลางมาสู่ส่วนท้องถิ่น เพราะประชาชนในท้องถิ่น คือ ผู้ที่รู้ปัญหาและความต้องการของท้องถิ่นตนเองดีกว่าผู้อื่น การมีส่วนร่วมของประชาชน จึงเป็นการเปิดกว้างในความคิดเห็นโดยการสื่อสารในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประชาชน ซึ่งในแต่ละประเด็นนั้นไม่สามารถใช้เกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่งมาตัดสินใจได้เหมือนกัน เงื่อนไขพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนมี 3 ประการ คือ

7.1 ต้องมีอิสรภาพ หมายถึง ประชาชนมีอิสระที่จะเข้าร่วมหรือไม่ก็ได้ การเข้าร่วมจะต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ การถูกบังคับให้เข้าร่วมไม่ว่าจะในรูปแบบใดไม่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วม

7.2 ต้องมีความเสมอภาค ประชาชนที่เข้าร่วมในกิจกรรมใดจะต้องมีสิทธิเท่าเทียมกับผู้เข้าร่วมคนอื่น ๆ

7.3 ต้องมีความสามารถ ประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมายจะต้องมีความสามารถพอที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมนั้น ๆ หมายความว่า ในบางกิจกรรมแม้จะกำหนดว่าผู้เข้าร่วมมีสิทธิ เสรีภาพและ

เสมอภาค แต่กิจกรรมที่กำหนดไว้มีความซับซ้อนเกินความสามารถของกลุ่มเป้าหมาย การมีส่วนร่วมย่อมเกิดขึ้นไม่ได้

1. ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน (Public Participation Spectrum)

อรรถพันธ์ สฟโซคชัย อธิบายถึงระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน 5 ระดับ เพื่อผู้ที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานภาครัฐจะเลือกตัดสินใจออกแบบการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมจากระดับการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในภาครัฐ ตั้งแต่ระดับการเข้ามามีส่วนร่วมน้อยที่สุดถึงระดับการเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในระดับที่ 5 มีรายละเอียด ดังนี้

ระดับที่ 1 การให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform) คือ การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ของหน่วยงานภาครัฐเป็นระดับที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนน้อยที่สุด ซึ่งเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนในการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับงานของภาครัฐ โดยหน่วยงานภาครัฐมีหน้าที่ในการนำเสนอข้อมูลที่เป็นจริงถูกต้องทันสมัย และประชาชนสามารถเข้าถึงได้ รูปแบบการมีส่วนร่วมในลักษณะนี้ เช่น การจัดทำสื่อเผยแพร่ การพาชมสถานที่จริง การจัดกิจกรรมเปิดบ้าน และเว็บไซต์ (Website)

ระดับที่ 2 การปรึกษาหารือ (Consult) คือ การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล เติ้จจริง ความรู้สึกและความคิดเห็นประกอบการตัดสินใจ ดังนั้นประชาชนมีบทบาทในฐานะการให้ข้อมูลการตัดสินใจเป็นของหน่วยงานภาครัฐรูปแบบการมีส่วนร่วมในลักษณะนี้ เช่น การสำรวจความคิดเห็น และการประชุมสาธารณะ

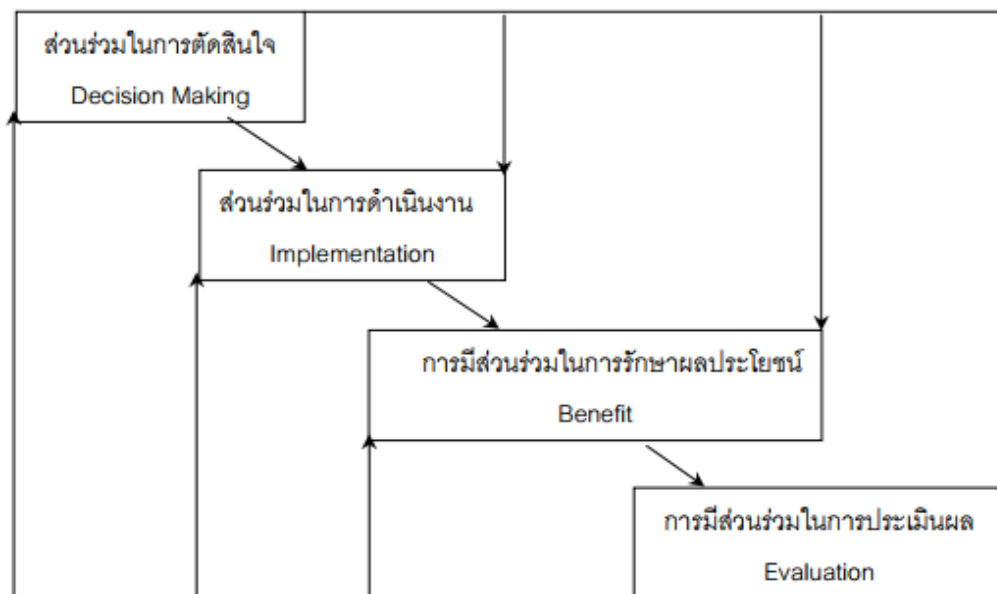
ระดับที่ 3 การให้เข้ามามีบทบาท (Involve) คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมทำงานตลอดกระบวนการตัดสินใจหรือเกี่ยวข้องในกระบวนการกำหนดนโยบาย การวางแผนโครงการ และวิธีการทำงานโดยหน่วยงานภาครัฐมีหน้าที่จัดระบบอำนวยความสะดวกยอมรับการเสนอแนะ และการตัดสินใจร่วมกับภาคประชาชน การมีส่วนร่วมระดับนี้มักดำเนินการในรูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ระดับที่ 4 การสร้างความร่วมมือ (Collaborate) คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับสูง โดยประชาชนและภาครัฐจะทำงานร่วมกันในกระบวนการของการตัดสินใจ เช่น คณะกรรมการร่วมภาครัฐ และเอกชน คณะที่ปรึกษาภาคประชาชน

ระดับที่ 5 การให้อำนาจแก่ประชาชน (Empower) คือ เป็นระดับที่ให้บทบาทแก่ประชาชนในระดับที่สูงสุด เพราะให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ รัฐจะดำเนินการตามการตัดสินใจในระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับสูงสุดนี้เน้นให้ประชาชนเป็นเจ้าของดำเนินการกิจ และภาครัฐมีหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุนเท่านั้น รูปแบบการมีส่วนร่วมในระดับนี้ เช่น การลงประชามติ และการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งโดยกระบวนการประชาคม

Cohen & Uphoff (1981) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ระดับ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making)
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (Implementation)
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit)
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)



ที่มา : Cohen & Uphoff (1981)

ภาพประกอบ 1 วงจรการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Cohen และ Up Hoff

องค์การอนามัยโลกและกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (WHO and UNICEF) ได้เสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมโดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

1. การวางแผน ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดอันดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีติดตามประเมินผล และประการสำคัญคือ ต้องตัดสินใจด้วยตนเอง
2. การดำเนินกิจกรรม ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและบริหารการใช้ทรัพยากร มีความรับผิดชอบในการจัดสรรควบคุมทางการเงิน
3. การใช้ประโยชน์ ประชาชนต้องมีความสามารถในการนำกิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นการพึงระดับของการพึ่งตนเองและการควบคุมทางสังคม

4. การได้รับประโยชน์ ประชาชนต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชน ในพื้นที่ที่เท่าเทียมกัน ซึ่งเป็นผลประโยชน์ส่วนตัว สังคม หรือในรูปวัตถุก็ได้

สุนีย์ มัลลิกะมาลย์ (2545) ได้แบ่งระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้เป็น 6 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ร่วมรับรู้

ระดับที่ 2 ร่วมคิด ร่วมแสดงความคิดเห็น

ระดับที่ 3 ร่วมพิจารณา ร่วมตัดสินใจ

ระดับที่ 4 ร่วมดำเนินการ

ระดับที่ 5 ร่วมติดตาม ตรวจสอบและประเมินผล

ระดับที่ 6 ร่วมรับผล

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระดับที่ 1 ร่วมรับรู้ หมายถึง รัฐได้ให้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรมแก่ประชาชน เมื่อรัฐมีความคิดริเริ่มหรือมีนโยบายที่จะให้มีโครงการหรือกิจกรรมนั้น ๆ แล้วเปิดโอกาสให้ประชาชนได้รับรู้โดยการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน หรือให้สิทธิแก่ประชาชนในการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารของราชการที่มอบให้แก่ประชาชนนั้น นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เนื่องจากข้อมูลข่าวสารจะบอกถึงโครงการหรือกิจกรรมที่กำลังจะเกิดขึ้นความจำเป็นและ ความสำคัญที่จะต้องให้มีโครงการหรือกิจกรรมนั้น รวมถึงการดำเนินการและมาตรการต่าง ๆ ที่จะนำมาใช้เพื่อการป้องกันแก้ไขปัญหาผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสิ่งแวดล้อมจากโครงการหรือกิจกรรมนั้น ๆ ซึ่งการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารนี้ถือว่าเป็นสิทธิประการหนึ่งของประชาชน ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ระดับที่ 2 ร่วมคิด ร่วมแสดงความคิดเห็น หมายถึง เมื่อประชาชนได้ร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากรัฐแล้วประชาชนก็จะร่วมค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา ความจำเป็นและความต้องการที่ต้องให้มีโครงการหรือกิจกรรมนั้นพร้อมร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อหน่วยงานเจ้าของโครงการหรือกิจกรรม หรือหน่วยงาน หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจนำไปใช้ประกอบการพิจารณาต่อไป

ระดับที่ 3 ร่วมพิจารณา ร่วมตัดสินใจ หมายถึง ร่วมพิจารณาเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับโครงการหรือกิจกรรม การเลือกพื้นที่ตั้งโครงการ โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ที่จะตั้งโครงการควรจะมีส่วนร่วมพิจารณารับหรือปฏิเสธไม่ให้โครงการตั้งในพื้นที่หากเห็นว่ามาตรการที่จะใช้ในการลดผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบไม่ชัดเจนและไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมตรวจสอบด้วย

ระดับที่ 4 ร่วมดำเนินการ หมายถึง ร่วมในการลงทุน ร่วมในการคัดเลือกผู้ปฏิบัติงานหรือร่วมปฏิบัติงานเองในระดับการมีส่วนร่วมนี้อาจจะทำได้ในทุกประเภทของโครงการ เช่น หากเป็นโครงการที่จำเป็นต้องใช้ผู้มีความรู้เฉพาะด้านผู้ชำนาญการหรือเทคโนโลยีขั้นสูงแล้ว บางครั้ง เป็น

ความยุ่งยากที่จะให้ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมปฏิบัติงานได้แต่หากเป็นโครงการหรือกิจกรรมระดับท้องถิ่น เช่น การจัดการป่าชุมชน หรือทรัพยากรอื่นที่ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านได้ ชาวบ้านหรือประชาชนในท้องถิ่นก็เข้าร่วมดำเนินการได้ หรือเป็นการร่วมดำเนินการด้วยการลงทุนก้อนที่ย่อมถือว่ามีารร่วมดำเนินการได้

ระดับที่ 5 ร่วมติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล หมายถึง การร่วมตรวจสอบและติดตาม การดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมนั้น ๆ ว่าเป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์หรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นโครงการหรือกิจกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมแล้วได้นำมาตรการลดผลกระทบมาใช้หรือไม่ก็มีการใช้ระบบการติดตามตรวจสอบเพื่อป้องกันปัญหาเกิดขึ้นหรือไม่การมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการพิทักษ์รักษาทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม อย่างมาก เพราะประชาชนจะทำหน้าที่คอยเฝ้าระวังและเตือนภัย (Watch Dog) การดำเนินงาน โครงการเพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาได้ทันเวลาที่ก่อนที่จะมีผลร้ายเกิดขึ้น และเมื่อมีการดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมแล้ว ก็ต้องมีการประเมินผลว่าการดำเนินการนั้น ๆ บรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใด มีการนำมาตรการการป้องกันแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมมาใช้หรือไม่ และผลของการดำเนินการเป็นอย่างไร เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการพิจารณานำเอามาตรการที่เหมาะสมมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับที่ 6 ร่วมรับผล หมายถึง การดำเนินการโครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินไปแล้ว ย่อมได้มาซึ่งผลประโยชน์และผลกระทบทั้งที่เป็นผลกระทบด้านบวกและผลกระทบด้านลบทั้งต่อประชาชน และต่อสิ่งแวดล้อม โดยที่ประชาชนหลีกเลี่ยงไม่พ้นที่จะต้องรับเอาผลที่เกิดขึ้นมานั้น

การมีส่วนร่วมของประชาชนทั้ง 6 ระดับนั้นหากประชาชนได้มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมด้วยทุกระดับแล้วย่อมถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน

โคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ Cohen & Uphoff (1981) ได้กล่าวถึง ระดับการมีส่วนร่วมโดยมีแบ่งเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมด้านการวางแผน (Planning) คือ การมีส่วนร่วมในการประชุม ให้ความคิดเห็นในกระบวนการจัดวางแผนงาน โครงการ การกำหนดเป้าหมาย การดำเนินงานงบประมาณ และทรัพยากรการดำเนินการล่วงหน้าของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน
2. การมีส่วนร่วมด้านการจัดสรรหาทรัพยากร (Allocation) คือ การมีส่วนร่วม ในการดำเนินการช่วยเหลือ จัดหา หรือสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์หรือเงินค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการต่าง ๆ ร่วมกับโรงเรียนของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน
3. การมีส่วนร่วมในการร่วมมือประสานงาน (Co-ordination) คือ การมีส่วนร่วม ในการให้ความร่วมมือปฏิบัติงาน ติดต่อสื่อสาร รับผิดชอบร่วมกับโรงเรียนของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน

4. การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล (Evaluation) คือ การมีส่วนร่วมในการกำหนดเกณฑ์รูปแบบ ตรวจสอบการทำงานตามแผนงาน โครงการต่าง ๆ ร่วมกับโรงเรียนของ คณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน

ดังนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชน ประชาชนจะต้องมีอิสระทางความคิด มีความรู้ความสามารถในการกระทำและมีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมนั้น ๆ โดยหลักการมีส่วนร่วมของประชาชน หรือผู้เข้าร่วมจะต้องมีลักษณะการเข้าร่วมอย่างครบวงจรตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุด ไม่ใช่เป็นการจัดเวทีการมีส่วนร่วมครั้งเดียว ตัวอย่างเช่น ในการแก้ปัญหาของชุมชนควรเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมตั้งแต่ต้นจนจบ orts กักผล (2546) อธิบายไว้ว่าดังนี้

1. เริ่มต้นตั้งแต่การเกิดจิตสำนึกในตนเองและถือเป็นภาระหน้าที่ของตน ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือชุมชนที่ตนอยู่

2. ร่วมคิดด้วยกันว่าอะไรที่เป็นปัญหาของชุมชน มีสาเหตุอย่างไร และจะจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเป้าหมายอย่างไร และควรที่จะจัดการปัญหาใดก่อนหลัง

3. ร่วมกันวางแผนการดำเนินงานว่าจะจัดกิจกรรมหรือโครงการอะไร จะแบ่งงานกันอย่างไร ใช้งบประมาณมากน้อยเพียงใด จะจัดหางบประมาณมาจากที่ใด และใครจะมาเป็นผู้ดูแลรักษา

4. ร่วมดำเนินงาน ประชาชนจะต้องร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจ เต็มกำลังความรู้ความสามารถของตนเอง

5. ร่วมกันติดตามประเมินผล ตลอดเวลาที่ทำงานร่วมกันประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการตรวจสอบถึงปัญหาอุปสรรคและร่วมกันในการหาทางแก้ปัญหา เพื่อให้งานหรือภารกิจดังกล่าวสามารถสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมาย

6. ร่วมรับผลประโยชน์ ประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชนแล้วย่อมที่จะได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งอาจไม่จำเป็นที่จะต้องอยู่ในรูปของเงิน วัตถุสิ่งของ แต่อาจเป็นความสุขสบาย ความพอใจในสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นก็ได้

สรุป ในการวิจัยครั้งนี้ต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด และผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อจัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการบูรณาการ งบประมาณ ทรัพยากร และองค์ความรู้ ทั้งนี้โดยการให้อำนาจแก่ประชาชน (Empower) ในการรับรู้ข้อมูล ร่วมกันวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินกิจกรรม ร่วมติดตามประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์

2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการวิจัยของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานร่วมกันที่ต้องการจะพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานหรือการพัฒนางานที่เหมาะสมและคุณภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของสถานการณ์ของสังคมนั้น ๆ เช่น ในสถานศึกษากลุ่มผู้ปฏิบัติงานอาจประกอบด้วย ผู้บริหาร ครูผู้ปกครอง นักเรียน หรือนักศึกษา และสมาชิกในชุมชนอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง วิธีการวิจัยจะเป็นไปได้ก็ต่อเมื่อได้รับความร่วมมือจากกลุ่มบุคคลเหล่านี้ในการวิเคราะห์การทำงานของตนเองและกลุ่มอย่างถี่ถ้วน ด้วยวิธีการสะท้อนความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนความเห็นต่อการทำงานของตนเองและกลุ่มผู้ร่วมการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้อาจใช้ในการพัฒนาหลักสูตรระดับสถานศึกษา การปรับปรุงโครงการ การปรับปรุงวิธีการเรียนการสอน การปรับปรุงนโยบายและระบบการทำงานของโรงเรียน หน่วยงาน มุ่งมั่นการปรับปรุงที่เป็นรูปธรรม เป็นต้น

วิธีการแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มาจากคำว่า “การปฏิบัติ” (Action) และ “การวิจัย” (Research) ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการทำงานร่วมกัน การตกลงใจร่วมกัน การพัฒนาปรับปรุงร่วมกันของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในงานนั้น ๆ มากกว่าการอาศัยผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก และโดยอาศัยคุณสมบัติของนักวิจัยที่แตกต่างกับการวิจัยแบบอื่นที่มีอาศัยเครื่องมือการวิจัยและความเห็นของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ Action Research เน้นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มิใช่เพียงเก็บข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามความคิดเห็นกับกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างเดียว มีการเก็บข้อมูลหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การอภิปรายกลุ่ม (เล็กและใหญ่) การศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์เอกสารและการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

จุดสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research สรุปคือเป็นการวิจัยแบบเข้าไปมีส่วนร่วมและร่วมมือกันในทุกๆ คน แต่ละคนจะอธิบายในสิ่งที่ตนเองสนใจ สืบหาสิ่งที่ผู้อื่นคือ แสดงความเห็นที่สอดคล้องหรือไม่เห็นด้วยอย่างมีเหตุผล และหาหนทางแก้ไขพัฒนาที่เป็นไปได้ สมาชิกในกลุ่มจะทำการวางแผนร่วมกัน ลงมือปฏิบัติงานร่วมกัน เก็บข้อมูลร่วมกัน สังเกตสถานการณ์ร่วมกัน และสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกัน

สุรางค์ จันทวานิช (2549) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง กระบวนการที่ผู้วิจัยได้เลือกกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่เห็นว่าดี เหมาะสมตามความรู้ความเข้าใจของผู้วิจัย มาดำเนินการปฏิบัติเพื่อทดลองว่าใช้ได้หรือไม่ และประเมินดูความเหมาะสมในความจริง ควบคุมแนวทางปฏิบัติแล้วนำผลมาปรับปรุงการปฏิบัติการเพื่อนำผลไปทดลองใหม่ จนกว่าจะได้ผลเป็นที่พอใจนำไปใช้และเผยแพร่ได้

ธีรวุฒิ เอกะกุล (2552) กรอบแสดงลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 4 ลักษณะ ดังนี้

1. เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมและร่วมมือ (Participation and Collaboration) ใช้การทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ร่วมวิจัยทุกคน มีส่วนสำคัญและมีบทบาทเท่าเทียมกันในทุกกระบวนการของการวิจัย ทั้งการเสนอความคิดเห็นเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติ ตลอดจนการวางแผนการวิจัย

2. เน้นการปฏิบัติ (Action Orientation) การวิจัยชนิดนี้ใช้การปฏิบัติเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและศึกษาผลของการปฏิบัติเพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนา

3. ใช้การวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical Function) การวิเคราะห์การปฏิบัติการอย่างลึกซึ้งจากสิ่งที่สังเกตได้จะนำไปสู่การตัดสินใจที่สมเหตุสมผล เพื่อปรับปรุงแผนการปฏิบัติ

4. ใช้วงจรการปฏิบัติ (The Action Research Spiral) คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflecting) ตลอดจนการปรับปรุงแผนให้ดียิ่งขึ้น (Revise-Planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไป จนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่น่าพึงพอใจ และได้ข้อเสนอเชิงทฤษฎีเพื่อเผยแพร่ต่อไป

วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (The Action Research Spiral)

1. การวางแผน (Plan) เป็นการตั้งความคาดหวัง การมองไปในอนาคต

2. การปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติตามความคาดหวังที่วางไว้ ภายใต้การทำงานที่มาจากแนวคิดที่ตกลงของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ผ่านการวิเคราะห์วิจารณ์แล้ว ระหว่างการปฏิบัติงานจะมีการบันทึกรายงาน เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์วิจารณ์กันอีกในภายหลัง

3. การสังเกต (Observation) เป็นการบันทึกข้อมูลพื้นฐานไว้ใช้ในการสะท้อนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน มีการวางแผนการสังเกตอย่างรอบคอบ และผู้สังเกตจะต้องเป็นผู้ที่มีความไวในการจับสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่คาดฝัน

4. การสะท้อน (Reflection) เป็นการสะท้อนถึงการปฏิบัติงาน การกระทำตามบันทึกไว้จากการสังเกต เก็บข้อมูล โดยใช้การอภิปรายกลุ่มร่วมกัน ที่ถือให้เป็นการประเมินอย่างหนึ่ง และเป็นการให้ข้อเสนอแนะในการวางแผนปฏิบัติครั้งต่อไป

ประเภทของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

นักวิชาการหลายท่านได้อภิปรายถึงประเภทของวิจัยเชิงปฏิบัติการ อาทิ Crundy , Holter และ Schwartz Barcott , McKernan และ McCutcheon และ Jurg ต่างก็ให้แนวคิดเกี่ยวกับวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าแบ่งเป็น 3 ประเภท (กิตติพร ปัญญาวิทยุโณผล, 2549) คือ

ประเภทที่ 1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิคหรือทฤษฎี หรือเชิงวิพากษ์ (technical action research)

ประเภทที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติ (practical action research)

ประเภทที่ 3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อิสระปลดปล่อยจากพันธการทั้งปวง (emancipatory action research) หรือการวิจัยการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research)

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ประเภทที่ 1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิค (Technical Action Research) โครงการที่ใช้วิธีของวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิคนั้น ดำเนินการโดยบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีประสบการณ์สูงหรือมีคุณสมบัติที่จัดว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญ งานวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้งานที่ปฏิบัติมีทั้งประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากขึ้น การปฏิบัติมุ่งโดยตรงไปที่ผลการวิจัย แต่ในขณะเดียวกัน ผู้ปฏิบัติการวิจัยเองเป็นผู้ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมแบบเป็นกันเองในกระบวนการของการปรับปรุงการวิจัยแบบนี้มีผลทำให้เกิดการสะสมของการทำนายความรู้ ความสำคัญอยู่ที่การตรวจสอบความตรงและการทำให้ทฤษฎีที่มีอยู่ละเอียดมากขึ้น และให้ความสำคัญของการพิจารณาจากทฤษฎีนำไปสู่เรื่องเฉพาะของการปฏิบัติงาน พุดง่าย ๆ คือ นำทฤษฎีสู่การปฏิบัติ

ประเภทที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติ (Practical Action Research) โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการประเภทนี้ ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานกับผู้เกี่ยวข้องหรือผู้วิจัยกับผู้ปฏิบัติงาน ช่วยกันกำหนดปัญหา และเป็นเหตุให้เกิดการลองใช้วิธีการต่าง ๆ เข้าไปเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุง การกำหนดปัญหาเกิดหลังจากการสนทนาระหว่างผู้วิจัยกับผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้วิจัยกับผู้ปฏิบัติงานต่างก็เข้าใจกัน การวิจัยเชิงปฏิบัติการประเภทนี้แสวงหาหนทางเพื่อการปรับปรุงการปฏิบัติ โดยใช้สติปัญญาของผู้ร่วมปฏิบัติงานเป็นสำคัญ ทำไปแก้ไขไปแล้วแต่สถานการณ์ เป้าหมายสำคัญของนักวิจัยแบบ practical action research คือ เข้าใจการปฏิบัติงานและแก้ปัญหาเฉพาะหน้า (McKernan, 1991 อ้างใน กิตติพร ปัญญาภิบาล, 2549) วิจัยเชิงปฏิบัติการประเภทนี้ช่วยพัฒนาการทางวิชาชีพ โดยเน้นที่การตัดสินใจของผู้วิจัยเองที่มุ่งเพื่อให้เกิดสิ่งดี ๆ กับงานของตนและผู้เกี่ยวข้อง

ประเภทที่ 3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อิสระปลดปล่อยจากพันธการทั้งปวง (Emancipatory Action Research) หรือวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) การวิจัยประเภทนี้ ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติเป็นไปอย่างอิสระเสรี โดยผู้ปฏิบัติงานทุกคนต่างมีความสามารถ มีจิตสำนึก มีวิจารณ์ญาณส่วนตนในตัวเองที่จะผลักดันให้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง เป้าหมายสำคัญ 2 ประการของวิธีการประเภทนี้ คือ ประการแรก การทำให้เกิดความใกล้เคียงกันมากขึ้นระหว่างปัญหาที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ปฏิบัติงานในเฉพาะแห่งเฉพาะที่ กับทฤษฎีที่ใช้อธิบายและใช้แก้ปัญหา ประการที่สองซึ่งมีเป้าหมายเหนือกว่าวิจัย 2 ประเภทแรก คือ เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถกำหนดและสามารถตั้งฐานเบื้องต้นของปัญหาออกมาได้โดยใช้ความสามารถรู้คิดที่มีอยู่ในตัวผู้ปฏิบัติงานเอง

วิธีการแบบนี้ ต้องผ่านกระบวนการของการพัฒนาการวิพากษ์วิจารณ์ที่ทำให้เกิดการ โกล่เกลี่ย และมีความเป็นไปได้ในการเชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติ ดังนั้นการกระทำที่นำโดยการวิพากษ์วิจารณ์ก่อน จึงประกอบด้วย 3 อย่าง คือ ทฤษฎี การทำความเข้าใจอย่างแจ่มแจ้งในทฤษฎี และลงมือกระทำ (Grundy, 1982 อ้างใน กิตติพร ปัญญาภิบาล, 2549) ไม่ได้หมายความว่าการศึกษาประเภทนี้จะเริ่มต้นด้วยทฤษฎี และจบลงด้วยการปฏิบัติแต่เป็นการได้คำบอกกล่าวจากทฤษฎีก่อน ดังนั้น ทฤษฎีจึงเป็นแนวทางเริ่มต้นของการปฏิบัติ ความสัมพันธ์ที่เป็นพลวัตระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติในการวิจัยประเภทนี้นำไปสู่การขยายทั้งทฤษฎีและการปฏิบัติ ในขณะที่ทำงานยังดำเนินการอยู่

สิ่งสำคัญประการหนึ่งของการเชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติคือ การจัดกระบวนการของการทำความเข้าใจให้กับการนำทฤษฎีมาใช้และการทดสอบในลักษณะที่เฉพาะสิ่ง โดยใช้กระบวนการสะท้อน (process of reflection) กับกลุ่มคนเฉพาะกลุ่มหนึ่ง กระบวนการของการสะท้อนเหล่านี้จะทำให้เกิดความกระจ่างแจ้งในรูปของการรู้แจ้งเห็นจริง (authentic insights) ภายในตัวผู้ร่วมปฏิบัติงานและตามด้วยสื่อสารเกี่ยวกับการรู้แจ้งเห็นจริงเป็นลำดับถัดไป

นอกจากนี้สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องโดยตรงก็คือ การจัดทำแผนเพื่อการปฏิบัติ หลังจากกระบวนการทำความเข้าใจชัดในทฤษฎีแล้ว จากนั้นก็นำไปสู่การประยุกต์ใช้โดยการลงมือทำซึ่งจะทำให้เกิดการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติ ซึ่งอิสระจากข้อจำกัดหรือข้อขัดข้องทั้งปวงจากสิ่งแวดล้อม

ความแตกต่างของวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 ประเภท ไม่ใช่อยู่ที่วิธีวิทยาการวิจัย แต่เป็นเรื่องของข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) และทัศนคติการมองโลกของผู้ปฏิบัติงานที่เป็นสาเหตุของความหลากหลายในการนำวิธีวิทยาการวิจัยไปใช้ (Grundy, 1982 อ้างใน กิตติพร ปัญญาภิบาล, 2549)

ความแตกต่างที่เด่นชัดตามที่ Grundy (1982 อ้างใน กิตติพร ปัญญาภิบาล, 2549) ตั้งข้อสังเกตว่าเป็นเรื่องของอำนาจ กล่าวคือ วิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิค ผู้มีอำนาจควบคุมคือ ตัวผู้วิจัยหลักที่เป็นผู้เชี่ยวชาญและผู้อำนวยความสะดวก ในขณะที่วิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติ อำนาจเฉลี่ยอยู่ในกลุ่มบุคคลที่เข้าร่วม เน้นไปที่แต่ละคนมีอำนาจในการลงมือกระทำ ส่วนอำนาจของวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อิสระปลดปล่อยเป็นอำนาจทั้งหมดภายในของทั้งกลุ่ม

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

สุภางค์ จันทวานิช (2557) ได้ลำดับขั้นตอนกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การสำรวจและการวิเคราะห์ปัญหา เป็นจุดสำคัญในการวางแผนแก้ไขปัญหาคือพัฒนาคุณภาพของงาน ซึ่งดำเนินงานได้หลายลักษณะ เช่น การสังเกต การสำรวจข้อมูลจากการประเมินของผู้เกี่ยวข้อง เป็นต้น เมื่อพบปัญหาจากการสำรวจและการวิเคราะห์ปัญหาล้วนนำมาจัด

ความสำคัญของปัญหา โดยพิจารณาความรุนแรงของปัญหา ว่าปัญหาใดควรได้รับการแก้ไขหรือพัฒนา ก่อน ขั้นตอนนี้จะนำไปสู่ปัญหาของการวิจัย

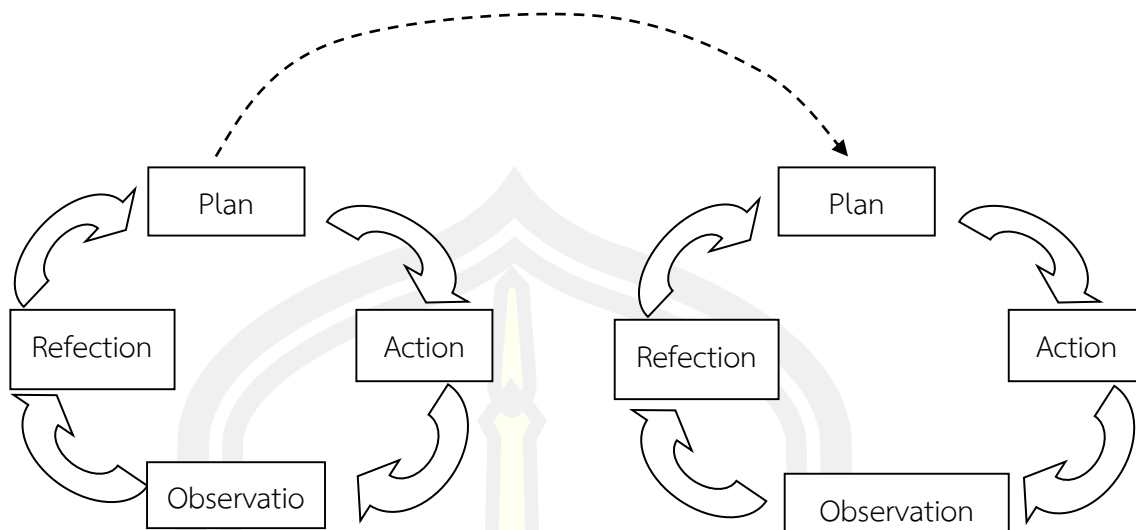
2. กำหนดวิธีการในการแก้ไขปัญา เมื่อได้วิเคราะห์ปัญหาจากการศึกษาในขั้นที่หนึ่ง เพื่อทราบจะได้แนวทางในการแก้ไขปัญา ในขั้นนี้ต้องศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง คู่มือ ตำรา แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ตลอดจนประสบการณ์ในการทำงาน จนทำให้เห็นแนวทางในการแก้ไขปัญาที่ชัดเจนขึ้นในขั้นนี้จะนำไปสู่ปัญหาของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

3. การพัฒนาวิธีการหรือนวัตกรรม จากขั้นที่ 2 จะได้ทางเลือกในการแก้ไขปัญา หรือแนวทางการพัฒนา ซึ่งอาจเป็นวิธีการหรือนวัตกรรมที่เป็นไปได้ แล้วนำวิธีการหรือนวัตกรรมที่ได้ไปทดสอบหาความเที่ยงตรง แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อนำไปพัฒนาต่อไป ขั้นตอนนี้จึงนำไปสู่ตัวแปรที่ศึกษาและวิธีการที่จะพัฒนาหรือแก้ไขปัญา

4. นำวิธีการหรือนวัตกรรมไปใช้สังเกตผลที่ได้ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปลี่ยนแปลง ขั้นตอนนี้ต้องมีเครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล

5. การแปลความหมายข้อมูล หรือการสรุปผล เมื่อรวบรวมข้อมูลได้แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยเลือกสถิติที่เหมาะสมกับข้อมูลที่รวบรวมได้แล้ว สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล หากยังไม่สามารถแก้ไขปัญาได้ตามที่ต้องการ ก็ทำการปรับปรุงแก้ไข โดยย้อนกลับไปค้นหาวิธีการหรือนวัตกรรมใหม่ แล้วพัฒนาวิธีการหรือนวัตกรรมตลอดจนนำไปใช้อีกแล้วสรุปผลการดำเนินงาน

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวงจร PAOR แนวคิดดั้งเดิมนำเสนอโดย เคมมัส (Kemmis & Mc Taggart, 1988) เป็นกระบวนการทำงานเป็นวงจรแบบขดลวด



ภาพประกอบ 2 กระบวนการทำงานเป็นขดลวดเคมีส

แบบวงจรการทำวิจัยของ Kemmis & Mc Taggart (1988) เป็นแบบที่แสดงขั้นตอนหลักของกระบวนการแสวงหาการกระทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีรากฐานการพัฒนามาจากแนวคิดของ Lewin โดยเฉพาะการประยุกต์ในเรื่องการกระทำกิจกรรมหลัก (Core Activities) ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 ขั้นตอนสุดท้าย ดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดย Kemmis & Mc Taggart (1988) ได้จำแนกกิจกรรมวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan-P)

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Act-A)

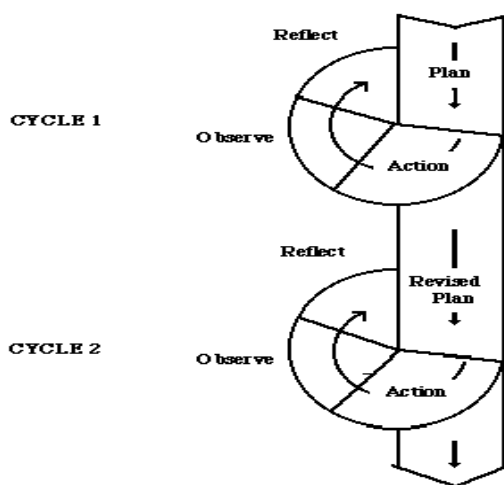
ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observe-O)

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลจากการปฏิบัติงาน (Reflection-R)

ลักษณะการวิจัยจึงเป็นรูปแบบการผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ และวิธีเชิงคุณภาพร่วมกัน ซึ่งเรียกวิธีการวิจัยแบบนี้ว่า พหุวิธี (Multiple methodology) (Greenwood D.J., 2007) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ไม่ได้เน้นการกำหนดแนวทางรูปแบบที่ชัดเจนของวิธีวิจัยนัก แต่มีเป้าหมายสูงสุดคือใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเรียนรู้สู่การปฏิบัติวิธีการที่จะเลือกใช้ขึ้นอยู่กับบริบทที่จะศึกษา โดยวิธีการเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ มีลักษณะการดำเนินการวิจัย เป็นวงจรหรือเกลียว (Spiral) มีความเป็นพลวัต

ในวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มต้นที่การวางแผน (Planning) เป็นการวางแผนที่นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ลำดับต่อมาคือการปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ จากนั้นเข้าสู่การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) และขั้นสุดท้ายคือการสะท้อนผล (Reflection) เป็นการสะท้อนผลของการปฏิบัติว่าได้ดำเนินงานตาม

วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เป็นการส่งเสริมให้ผู้วางแผนได้เรียนรู้หรือเข้าใจ จุดอ่อนและจุดแข็งของแผน เพื่อนำไปสู่การปรับแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป เพื่อที่จะเริ่มต้นเข้าสู่เกลียวลำดับวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการสรุปได้ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 แบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

สุภางค์ จันทวนิช (2557) ได้กล่าวว่า ไม่มีวิธีการเฉพาะที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แต่การวิจัยเชิงปฏิบัติการจะใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลักๆ ดังนี้

1. เก็บรวบรวมเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม การประชุมกลุ่ม การบันทึกเสียง เป็นต้น เพื่อหาคำตอบที่อธิบายสถานการณ์หรือธรรมชาติ ซึ่งกิจกรรมนั้น ๆ ทำให้เข้าใจสถานการณ์อย่างทอ่งแท้ เข้าใจโครงสร้างวิธีการปฏิบัติหลักการและเหตุผลที่เกี่ยวข้องความสัมพันธ์บุคคลต่าง ๆ ในสังคมนั้น ๆ โดยเน้นความเข้าใจในธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลง การดำเนินการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลให้เทคนิคการรวบรวมข้อเท็จจริงแล้วจึงสรุปเป็นหลักการทั่ว ๆ ไป การวิเคราะห์ข้อมูลเกิดขึ้นทุกขั้นตอนของวงจรวิจัย รวมทั้งวิเคราะห์ขั้นสุดท้าย เพื่อสรุปเขียนรายงานการวิจัย เทคนิคสำคัญที่ต้องใช้คือ เทคนิคการประชุมกลุ่มเพื่อสะท้อนการปฏิบัติและวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง ต้องมีการอธิบายสถานการณ์ ตรวจสอบข้อมูลให้แน่ใจว่าข้อมูลถูกต้อง จากนั้นต้องจัดความคล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภทโดยใช้วิธีการวิเคราะห์และวิจารณ์อย่างลึกซึ้งกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัย สุดท้ายต้องสรุปประมวลผลเป็นหลักการหรือข้อเสนอเชิงทฤษฎี

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ตัวเลขแสดงจำนวนนับ เช่น คะแนน ความรู้ และการปฏิบัติ ก่อนและหลังการอบรม

สรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติ (Practical Action Research) ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานกับผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้วิจัยกับผู้ปฏิบัติงาน โดยเข้าไปมีส่วนร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะทำงานภาคีเครือข่าย รวมทั้งผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมวิจัย เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ ระบุปัญหาจากวิเคราะห์สถานการณ์ สร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน กำหนดกลวิธีแก้ปัญหา จัดทำแผนหรือกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการปฏิบัติงาน จัดกิจกรรมร่วมกัน มีการประเมินผลและปรับปรุงแผนร่วมกัน โดยผู้วิจัยกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด คณะทำงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมวิจัย

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศิวาภรณ์ เงินราง (2562) ได้ศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว การวิเคราะห์ตัวแปรสองตัวแปร และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วยขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพปัญหาการพัฒนาคณะกรรมการและเครือข่าย การนิเทศ ติดตาม สรุปผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ถอดบทเรียน การประชาสัมพันธ์และนำรูปแบบไปใช้

ฤทัย วรรณวินิจ (2561) ได้ศึกษาเรื่อง แนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ วัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อศึกษาวิเคราะห์ถึงความเหมาะสมในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และเสนอแนวทางเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ศึกษากรณีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ รูปแบบการวิจัยเป็นเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์ผู้นำหน่วยงานของพื้นที่ที่อยู่ในบันทึกความร่วมมือของการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอในพื้นที่ความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสมุทรปราการ (CUP เมืองสมุทรปราการ) จากการศึกษาวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการ ของ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กรณีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ให้ความสำคัญกับโครงสร้างการบริหารจัดการที่มีนายอำเภอเป็นประธานกรรมการ และสาธารณสุขอำเภอหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเลขานุการ และควรมีโครงสร้างสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเลขานุการ และสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ช่วยเลขานุการ เพื่อการบริหารจัดการทั้งในด้านทรัพยากรบุคคล ระบบงานบริการสุขภาพ ระบบยาและเวชภัณฑ์ ให้ตรงตามประเด็นปัญหาของบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ๆ และยังเน้นถึงระบบการคืนข้อมูลกลับสู่ประชาชน เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ส่วนในเรื่องการคลังด้านสุขภาพเสนอให้ คณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต้องมั่งบประมาณเป็นของตนเอง เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนงานในทุกมิติของการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน

กมลพรรณ จักรแก้ว (2561) ได้ศึกษาเรื่อง การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานตำบลลวงเหนือ อำเภอต๋อยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 2) ปัญหาในการดูแลตนเอง และความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในตำบลลวงเหนือ อำเภอต๋อยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 154 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบไคสแควร์ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง และการดูแลตนเอง ทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับดี การศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม พบว่า ปัญหาในการดูแลตนเองเกิดจากความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมีภาระในด้านเศรษฐกิจและภาระหน้าที่ในครอบครัว ในส่วนของความต้องการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนั้นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานต้องการให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและเทศบาลตำบลลวงเหนือสนับสนุนด้านการให้ความรู้ในการดูแลตนเองและสถานที่ในการออกกำลังกาย

ใจเพชร กล้าจน (2560) ได้รายงานไว้ในหนังสือ มาเป็นหมอดูแลตัวเองกันเถอะ องค์รวมเทคนิคสุขภาพเพื่อตนเอง แนวเศรษฐกิจพอเพียง ตามหลักแพทย์ทางเลือกวิถีพุทธ ว่าเป็นหลักการรับประทานอาหารที่คำนึงถึงสมดุลในร่างกายคือร้อนและเย็นตามแนวทางการปรับสมดุลในร่างกายที่ถูกบันทึกไว้ในกระไตรปิฎก ซึ่งพระศาสดาของศาสนาพุทธได้ตรัสไว้ หลักการคือ เมื่อมนุษย์ประกอบด้วยกายและจิตดังนั้นการที่จะปรับสมดุลร้อนเย็นต้องทำทั้งสององค์ประกอบโดยองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดคือจิตมีผลถึงร้อยละ 70.00 ส่วนอาหารมีผลร้อยละ 30.00 ด้านจิตสิ่งที่ส่งผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยมากที่สุดคือความหวั่นไหว ประกอบด้วยการกลัวตาย การกลัวโรค การเร่งผล และการกังวล ซึ่งถ้าสามารถทำให้จิตใจเป็นกลางตั้งมั่นเห็นขั้นธรรมาในร่างกายนั่นเกิดดับตามความเป็นจริงแล้วจิตใจก็จะคลายออกปล่อยวางลงจนส่งผลทำให้คนไข้ไม่เครียด

ดวงดาว สารัตน์ (2560) ได้ศึกษาเรื่อง นวัตกรรมการพัฒนาเกษตรอินทรีย์ด้วยกระบวนการจิตตนิยามเชิงพุทธเพื่อลดภาวะเสี่ยงเบาหวาน กลุ่มเป้าหมาย คือ ครั้วเรือนที่สมัครใจเข้าร่วมเรียนรู้ในตำบลหนองหิน อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาวิวัฒนาการเกษตรและสุขภาพในชุมชนตำบลหนองหิน อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด 2) สร้างนวัตกรรมการพัฒนาเกษตรอินทรีย์ด้วยกระบวนการจิตตนิยามเชิงพุทธเพื่อลดภาวะเสี่ยงเบาหวาน 3) ทดลองใช้และประเมินผลนวัตกรรมการพัฒนาเกษตรอินทรีย์เพื่อลดภาวะเสี่ยงเบาหวาน ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้อยู่ในระดับที่สูง คิดเป็นร้อยละ 89.29 เจตคติอยู่ในระดับมากคิดเป็นค่าคะแนนระดับ 4.27 ด้านการปฏิบัติตัวเหมาะสมเพิ่มขึ้น ได้แก่ ด้านการกิน การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ด้านภาวะเสี่ยงเบาหวาน พบว่า ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ร้อยละ 100.00 ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงถึงระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 84.61

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และคณะ (2560) ได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม ด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการของอำเภอทพทัน จังหวัดอุทัยธานี การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมของอำเภอทพทัน จังหวัดอุทัยธานี ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ คณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอทพทัน จังหวัดอุทัยธานี ที่คัดเลือกด้วยวิธีการเจาะจงเลือกจำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการถอดบทเรียน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พบว่า แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมอำเภอทพทัน จังหวัดอุทัยธานี มีองค์ประกอบ 3 ส่วนได้แก่ 1) ปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอประกอบด้วย คณะทำงานและการบริหารจัดการ การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและการพัฒนาศักยภาพคณะทำงาน 2) กระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวงจรสร้างความรู้ประกอบด้วย ขั้นวางแผน ขั้นลงมือปฏิบัติ ขั้นสังเกตผล และขั้นสะท้อนกลับเพื่อการจัดการความรู้ และ 3) ผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอประกอบด้วย (1) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดสูงกว่าก่อนดำเนินโครงการ และ (2) คณะทำงานมีความพึงพอใจต่อแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอมากขึ้นเนื่องจากมีเป้าหมายที่เป็นหนึ่งเดียวกัน ใช้ข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาทำให้ทุกภาคส่วนในอำเภอเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง จากผลการศึกษาครั้งนี้จึงเสนอแนะให้หน่วยงานที่รับผิดชอบในระดับนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเขตบริการสุขภาพควรสนับสนุนด้านองค์ความรู้ และเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอและเสริมสร้างศักยภาพ

ด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ รวมทั้งควรมีการพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลให้ครอบคลุมทั้งด้านผลลัพธ์ที่เกิดกับประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการ และด้านกระบวนการในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า การวิจัยเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ปัจจัยความสำเร็จ คือ การได้รับความร่วมมือของภาคีทั้งในระดับอำเภอ ระดับตำบล และในชุมชน ได้แก่ คณะกรรมการและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตพื้นที่ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นผู้กำหนดรูปแบบกิจกรรมดำเนินการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งมีความเหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่ การเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ร่วมกับการปฏิบัติจริงในพื้นที่ และการใช้เครือข่ายการทำงานที่มีความเข้าใจวัฒนธรรมและภาษาหรือท้องถิ่น ส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายระดับล่างที่เป็นผู้ปฏิบัติจริง

2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

กระบวนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) ขั้นการการวางแผน (Planning) 2) ขั้นลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) ขั้นสังเกตผล (Observation) และ 4) ขั้นสะท้อนผล (Reflection) และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re - planning) โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อย ๆ

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

- 1) รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของอำเภอเมืองสรวง ข้อมูลบริบทของพื้นที่ สํารวจข้อมูลความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานโดยการสัมภาษณ์
- 2) ประสานงานกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองสรวง คณะทำงาน ภาควิชาเครือข่าย และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อเชิญชวนเข้าร่วมในโครงการวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน ให้กับกลุ่มเป้าหมายยินดีเข้าร่วมโครงการ
- 3) สร้างสัมพันธ์ภาพกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองสรวง คณะทำงาน ภาควิชาเครือข่ายและกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อสร้างความคุ้นเคย และสร้างการร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยที่จะมีขึ้น โดยการเข้าไปพบปะ พูดคุย และปรึกษาหารืออย่างไม่เป็นทางการ



ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย

1. ขั้นการวางแผน (Planning)

- 1.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการเบาหวาน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและค้นหาสาเหตุของปัญหา และวางแผนเป้าหมายร่วมกัน และจัดทำแผนปฏิบัติการในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยคณะกรรมการเบาหวาน
- 1.2 จัดประชุมนำเสนอแผนการดำเนินงานกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ เพื่อกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกัน



2. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action)

1. จัดประชุมถ่ายทอดนโยบายลงสู่พื้นที่ตำบล
2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ครั้งที่ 1 และพัฒนาแกนนำดูแลกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน
3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ครั้งที่ 2 เพื่อพัฒนาทักษะเรื่องยาเบาหวาน และการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร
4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมมารัก การออกกำลังกายของผู้ป่วยในชุมชนและติดตามการปลูกผักที่บ้าน ครั้งที่ 3
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ครั้งที่ 4 พัฒนาทักษะเรื่องอาหารแลกเปลี่ยน



4. ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

จัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหา



3. ขั้นสังเกตผล (Observation)

- 3.1 ประเมินความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน
- 3.2 ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
- 3.3 ประเมินภาวะสุขภาพหลังการพัฒนา
- 3.4 ประเมินการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการสังเกต



ผลการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด มีวัตถุประสงค์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับพื้นที่อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมี 4 กระบวนการ ตามแนวคิดของ (Kemmis, K. and McTaggart, R., 2000) กระบวนการวิจัยประกอบไปด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative method) และข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative method) ร่วมกันเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 กลุ่มเป้าหมาย
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย
- 3.4 การสร้างเครื่องมือ
- 3.5 การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
- 3.6 วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.8 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในการดำเนินการมีเป้าหมายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีขั้นตอนการวิจัย แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ (Pre-Research Phase) และระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) ซึ่งมีกิจกรรมที่สำคัญดังนี้

1. ระยะเตรียมการ (Pre-Research Phase) มีกิจกรรมดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

- 1) ประสานงานสร้างสัมพันธภาพกับคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด และผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อเชิญชวนเข้าร่วมในโครงการวิจัย

และชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน ให้กับกลุ่มเป้าหมายยินดีเข้าร่วมโครงการ โดยการเข้าไปพบปะ พูดคุย และปรึกษาหารืออย่างไม่เป็นทางการ

2) รวบรวมข้อมูลพื้นฐานและบริบทการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานของพื้นที่ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

2. ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase)

ซึ่งในระยะนี้ประกอบไปด้วยกระบวนการภายใต้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) มีการดำเนินการ ดังนี้

1) ประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการเบาหวานและกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและค้นหาสาเหตุของปัญหา และวางแผนเป้าหมายร่วมกัน และจัดทำ แผนปฏิบัติการในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเด็นเบาหวาน โดยในแผนปฏิบัติงานจะ ประกอบด้วยกิจกรรม/โครงการ วิธีดำเนินการ ระยะเวลา และผู้รับผิดชอบ

2) นำเสนอแผนการดำเนินงานกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้คณะกรรมการตัดสินใจและให้ข้อเสนอแนะในการ ดำเนินงาน

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนงาน (Action)

การปฏิบัติตามกิจกรรมที่ได้จากการวางแผนร่วมกันกับคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิต คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเด็นเบาหวาน และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามขั้นตอนการวางแผน (Planning)

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนการสังเกตผล (Observation)

1) ประเมินความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานโดยการสัมภาษณ์
2) ประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
3) ประเมินภาวะสุขภาพหลังการจัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วย เบาหวาน
4) ประเมินการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการและคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยแบบบันทึกการสังเกต

ขั้นที่ 4 ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection)

จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัด ร้อยเอ็ด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเด็น

เบาหวานและผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อสะท้อนผลจากกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

3.2 กลุ่มเป้าหมาย

3.2.1 กลุ่มเป้าหมาย ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 3 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 67 คน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 21 คน คือ บุคคลที่มีรายชื่อตามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มที่ 2 อนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเด็นเบาหวาน จำนวน 21 คน คือ บุคคลที่ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ พยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่าย

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีทั้งสิ้นจำนวน 97 คน และคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จำนวน 25 คน

3.2.2 การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

ผู้วิจัยใช้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเข้าการศึกษา (Inclusion Criteria) และเกณฑ์การคัดกลุ่มเป้าหมายออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) แต่ละกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 21 คน

เกณฑ์การคัดเลือกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เข้าการศึกษา (Inclusion Criteria) คือ บุคคลตามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 21 คน ได้แก่

- นายอำเภอ (ประธาน)	จำนวน 1 คน
- ภาครัฐ	จำนวน 6 คน
- ภาคเอกชน	จำนวน 6 คน
- ภาคประชาสังคม	จำนวน 7 คน
- สาธารณสุขอำเภอ (เลขานุการฯ)	จำนวน 1 คน

เกณฑ์การคัดเลือกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) ได้แก่

- 1) เสียชีวิต
- 2) สิ้นสุดจากการปฏิบัติหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

- 3) ย้ายออกนอกพื้นที่อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

**กลุ่มที่ 2 อนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัด
ร้อยเอ็ด ประเด็นเบาหวาน จำนวน 21 คน**

เกณฑ์การคัดเลือกอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง
จังหวัดร้อยเอ็ด เข้าการศึกษา (Inclusion Criteria) ได้แก่

- 1) บุคคลตามคำสั่งแต่งตั้งอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอ
เมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเด็นเบาหวาน ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ พยาบาล เจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่าย

- 2) ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ไม่น้อยกว่า 1 ปี เกณฑ์การ
คัดเลือกคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ออกจาก
การศึกษา (Exclusion Criteria) ได้แก่

- 1) เสียชีวิต
- 2) สิ้นสุดจากการปฏิบัติหน้าที่ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หรืออาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- 3) ย้ายออกนอกพื้นที่ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยเบาหวาน

ประชากรที่ศึกษา ผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านหนองยาง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวนทั้งสิ้น 97 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเข้าการศึกษา (Inclusion Criteria) ได้แก่

- 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการขึ้นทะเบียน เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน
โรงพยาบาลเมืองสรวง
- 2) มีอายุตั้งแต่ 20 – 65 ปี
- 3) รับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน และ/หรือฉีดอินซูลิน
- 4) ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย
- 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- 6) ไม่อยู่ในภาวะไตวายตั้งแต่ระยะ 3B ขึ้นไป
- 7) มีค่า A1C ตั้งแต่ 7 - 9

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยเบาหวานไม่สะดวกเข้าร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่มได้ 2 ครั้งขึ้นไป
- 2) ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้
- 3) ย้ายไปอยู่นอกพื้นที่
- 4) เสียชีวิตระหว่างการศึกษาศึกษา

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์คัดเข้าศึกษา และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีจับฉลาก ซึ่งกำหนดหมายเลขประจำตัวผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติและยินยอมเข้าร่วมวิจัยและจับฉลากขึ้นมาที่หมายเลขจนครบ จำนวน 25 คน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในการศึกษาหาความรู้ ปรัชญาเพื่อขอคำแนะนำจากผู้มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชนิด ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และข้อมูลส่วนตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป และด้านการรักษา คำถาม มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนน การแปลความหมายคะแนนแบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ (สุมัทนา กลางการ และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553 อ้างอิงจาก Best, 1977; Daniniel 1995) คะแนนคิดเป็นร้อยละและแบ่งความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบบอิงเกณฑ์ (Bloom, 1968) ดังนี้

ระดับดี	คือ ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป
ระดับพอใช้	คือ ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60.0-79.9

ระดับต้องปรับปรุง คือ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0

ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า ประยุกต์มาจากมาตราวัดประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ ดังนี้

ข้อคำถามทั้งด้านบวก	ข้อคำถามทั้งด้านลบ
เห็นด้วย 3 คะแนน	เห็นด้วย 1 คะแนน
ไม่แน่ใจ 2 คะแนน	ไม่แน่ใจ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน	ไม่เห็นด้วย 3 คะแนน

การแปลผล คัดจากการหาค่าอันตรภาคชั้น มีวิธีการคำนวณ ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{ช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\
 &= \frac{3 - 1}{3} \\
 &= 0.66
 \end{aligned}$$

โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลการวัดระดับทักษะ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยช่วง 1.00 – 1.66	คือ ทักษะอยู่ในระดับพอใช้
คะแนนเฉลี่ยช่วง 1.67 – 2.33	คือ ทักษะอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยช่วง 2.34 – 3.00	คือ ทักษะอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ ดังนี้

ข้อคำถามทั้งด้านบวก	ข้อคำถามทั้งด้านลบ
ปฏิบัติประจำ 3 คะแนน	ปฏิบัติประจำ 1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน	ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ 1 คะแนน	ไม่ปฏิบัติ 3 คะแนน

การแปลผล โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ แบ่งการปฏิบัติตัวเป็น 3 ระดับการแบ่งอันตรภาคชั้น โดยนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการแบ่ง (สูตรหากลางการ และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553 อ้างอิงจาก Best, 1977; Daniniet, 1995) ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\
 &= \frac{3 - 1}{3} \\
 &= 0.66
 \end{aligned}$$

การแปลผล

การปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยช่วง 2.34 – 3.00

การปฏิบัติตัวอยู่ในระดับพอใช้ คะแนนเฉลี่ยช่วง 1.67 – 2.33

การปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปรับปรุง คะแนนเฉลี่ยช่วง 1.00 – 1.66

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1) แนวทางคำถามที่มีโครงสร้างในการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับวิถีชีวิต พฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย การรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวาน

2.2) แนวคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

2.3) คู่มือบันทึกการกินและการออกกำลังกายที่พัฒนาร่วมกันของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสรวง เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2.4) แบบติดตามประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนา

3.4 การสร้างเครื่องมือ

3.4.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเพื่อนำมาเป็นกรอบในการวิจัย

3.4.2 กำหนดขอบเขตของการวิจัย เพื่อนำมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย

3.4.3 การสร้างเครื่องมือและการแปลความหมายของการให้คะแนน

3.4.4 ตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

3.5 การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

3.5.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์เพื่อให้ตรงวัตถุประสงค์ วิเคราะห์ความตรงของเครื่องมือโดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC) ระหว่างความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ คำนวณจากสูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{n}$$

เมื่อ IOC แทนดัชนีความสอดคล้อง
 $\sum R$ แทน ผลรวมในการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ
 n แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ดังนี้

ข้อความที่วัดได้ตามวัตถุประสงค์	ได้ +1
ไม่แน่ใจว่าข้อความวัดได้ตรงวัตถุประสงค์หรือไม่	ได้ 0
ข้อความวัดได้ว่าข้อความวัดได้ไม่ตรงวัตถุประสงค์	ได้ -1

นำผลคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่า IOC ตามสูตรเกณฑ์

- 1) ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 มีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้
- 2) ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุงยังใช้ไม่ได้

3.5.2 การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้เครื่องมือ (Try-out) กับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด แล้วนำมาหาความเที่ยงโดยวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (α -co efficiency) ของ Cranach

จากวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (α -co efficiency) ของ Cranach แบบสอบถามที่นำไปทดสอบ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -co efficiency) อยู่ที่ 0.84

3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยวางแผนการดำเนินงานไว้เป็น 2 ขั้นตอน ในการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ขั้นตอนการเตรียมการและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

3.6.1 ขั้นเตรียมการวิจัย

กำหนดระยะเวลาดำเนินงานขั้นเตรียมการระหว่าง เดือนมกราคม – มีนาคม 2564

1) ศึกษาค้นคว้าข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ทบทวนเอกสารงานวิจัย เพื่อรวบรวมแนวคิด ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการวิจัย

2) สร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องในการดำเนินงานวิจัยและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3) ประสานงานสร้างสัมพันธภาพกับคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อเชิญชวนเข้าร่วมในโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน ให้กับกลุ่มเป้าหมายยินดีเข้าร่วมโครงการ โดยการเข้าไปพบปะ พูดคุย และปรึกษาหารืออย่างไม่เป็นทางการ

4) รวบรวมข้อมูลพื้นฐานและบริบทการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานของพื้นที่อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

3.6.2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

กำหนดระยะเวลาดำเนินงานขั้นการปฏิบัติการวิจัย ระหว่าง เดือน เมษายน 2564 – กันยายน 2564 ดำเนินการเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning)

ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2564 โดยมีกระบวนการ ดังนี้

1) ประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการเบาหวานและกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและค้นหาสาเหตุของปัญหา และวางเป้าหมายร่วมกัน และจัดทำแผนปฏิบัติการในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยคณะกรรมการเบาหวาน โดยในแผนปฏิบัติงานจะประกอบด้วยกิจกรรม/โครงการ วิธีดำเนินการ ระยะเวลา และผู้รับผิดชอบ

2) นำเสนอแผนการดำเนินงานกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้คณะกรรมการตัดสินใจและให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนงาน (Action)

ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2564 - สิงหาคม 2564

ปฏิบัติการแก้ไขปัญหาโดยนำกิจกรรมในแผนปฏิบัติการไปดำเนินการกับกลุ่มเป้าหมายโดยก่อนดำเนินงานตามแผนได้ประชุมคณะกรรมการเบาหวานเพื่อกำหนดวิทยากร

ตามความถนัดของวิทยากรในแต่ละชุดความรู้ และหมุนเวียนในกลุ่มสหวิชาชีพ มีการปรับปรุงแนวทาง ชุดความรู้และกิจกรรมทุกระยะเพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนการสังเกตผล (Observation)

ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2564 - สิงหาคม 2564

- 1) ประเมินความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานหลังการพัฒนา
- 2) ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังการพัฒนา
- 3) ประเมินภาวะสุขภาพหลังการพัฒนา
- 4) ประเมินการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดยแบบบันทึกการสังเกต

ขั้นที่ 4 ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection)

ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2564

จัดประชุมคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด และผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อสรุปบทเรียน สะท้อนผลจากกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน และเพื่อสรุปและคืนข้อมูลปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และปัจจัยแห่งความสำเร็จ

3.6.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามหลักการวิจัยภาคสนาม ตามขั้นตอนดังนี้

- 1) ขั้นตอนการเตรียมการก่อนเก็บข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1.1 ทำหนังสือประสานงานถึงนายอำเภอที่ทำการศึกษาวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้ความร่วมมือ และอนุญาตให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการวิจัย

1.2 สร้างสัมพันธภาพกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคย และสร้างการร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย โดยการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้ทราบ และอธิบายให้เข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถาม และใช้เวลาสำหรับการตัดสินใจ เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการเป็นไปด้วยความเข้าใจ เต็มใจและสมัครใจ และเข้าพบช่วงเวลาที่เหมาะสมแบบไม่เป็นทางการ ในระยะก่อนดำเนินการ

- 2) ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

2.1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แหล่งข้อมูลประกอบด้วย 2 แหล่ง คือ เอกสารและบุคคล มีรายละเอียดของวิธีการเก็บ ดังนี้

1) แหล่งข้อมูลเอกสาร ได้แก่ บันทึกกระเบียนประวัติ แฟ้มข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แหล่งข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสรวง โรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

2) แหล่งข้อมูลจากบุคคล เป็นการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย โดยจัดเตรียมรายชื่อกลุ่มเป้าหมายที่จะเก็บข้อมูลไว้ให้พร้อม ก่อนเก็บข้อมูลทำการติดต่อนัดหมายล่วงหน้า ซึ่งเป็นการเก็บครั้งแรก (Pre-test)

2.2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ แหล่งข้อมูลที่สำคัญ คือ บุคคล ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเด็นเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมีวิธีเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

1) แนวทางคำถามกึ่งมีโครงสร้างในการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มเกี่ยวกับวิถีชีวิต พฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย การรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวาน และแนวคำถามเกี่ยวกับการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านมาการใช้ยา และข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการให้กับผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มสหวิชาชีพ CUP เมืองสรวง แนวคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

2) แบบการสังเกต (Observation) แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม เพื่อตอบคำถามว่าใคร ทำอะไร เมื่อใด ที่ไหน อย่างไร และทำไม

3) คู่มือบันทึกการกินและการออกกำลังกายที่พัฒนาร่วมกันของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

4) แบบติดตามประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนา

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.7.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ นำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และลงรหัสแต่ละข้อ หลังจากนั้นบันทึกข้อมูลเข้าโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล มีข้อมูลที่ต้องวิเคราะห์ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ใช้สถิติพรรณนา นำเสนอในรูปของตารางแจกแจงความถี่ บรรยายด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด - สูงสุด

2) ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทศนคติ และปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แปลผลเป็นค่าคะแนน เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความแตกต่าง ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาศักยภาพ โดยใช้สถิติ Paired t-test

3) ข้อมูลอื่น ๆ เช่น ข้อมูลทั่วไป บริบทของพื้นที่วิจัย การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงาน ฯลฯ ใช้วิธีการบรรยายข้อมูล

3.7.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสังเกตพฤติกรรม ข้อมูลที่ได้ในแต่ละวันหลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้ว จะนำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูลที่ได้ ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษา

3.8 จริยธรรมในการวิจัย

ดำเนินการขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ก่อนดำเนินการวิจัย โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีการระบุชื่อในผลการศึกษา พร้อมทั้งก่อนการเข้าร่วมวิจัยผู้ศึกษาต้องอธิบายทำความเข้าใจกับกลุ่มเป้าหมายและให้กลุ่มเป้าหมายตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใด ๆ และได้รับการอนุมัติเอกสารรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 132-040/2564 รับรองเมื่อวันที่ 22 เมษายน 2564

พูน บุญ จิต ชีวะ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) ในการศึกษากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้จะนำเสนอในประเด็นดังต่อไปนี้

4.1 บริบทการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

4.1.1 ข้อมูลพื้นฐานของอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

4.1.2 ระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

4.2 ผลของกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

4.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

4.1 บริบทการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

4.1.1 ข้อมูลพื้นฐานของอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดร้อยเอ็ด ตามถนนหมายเลข 215 (ร้อยเอ็ด – สุวรรณภูมิ) อยู่ห่างจากจังหวัดร้อยเอ็ด 26 กิโลเมตร มีเนื้อที่ประมาณ 209.4 ตารางกิโลเมตร (128,062 ไร่) พื้นที่โดยทั่วไปเป็นที่ราบสูง เป็นป่าหยาบๆ สลับกับที่นาดอนดินร่วนปนทราย มีกรดและเกลือ ไม่มีแม่น้ำไหลผ่าน มีเพียงลำห้วยเล็กๆ ไหลผ่านที่คนในอำเภอเมืองสรวงเรียกว่าคลองอีสานเขียว มี 5 ตำบล 49 หมู่บ้าน มีประชากรตามทะเบียนบ้าน จำนวน 23,208 คน ชาย 11,603 คน คิดเป็นร้อยละ 49.9 หญิงจำนวน 11,605 คนคิดเป็นร้อยละ 50.01 เทศบาลตำบล 4 แห่ง คือ เทศบาลตำบลเมืองสรวง รับผิดชอบ 2 ตำบล คือ ตำบลหนองผือ และตำบลเมืองสรวง จำนวน 18 หมู่บ้าน เทศบาลตำบลหนองหิน มี 10 หมู่บ้าน เทศบาลตำบลคูเมือง จำนวน 10 หมู่บ้าน เทศบาลตำบลกกกุง จำนวน 11 หมู่บ้าน มีสถานศึกษา รวมทั้งสิ้น 21 แห่ง เป็น สถานศึกษาในระบบ 19 แห่ง นอกกระบบ จำนวน 3 แห่ง คือ กศน. อนุบาลเมืองสรวง และอนุบาลมินมันตรา มี

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) 8 แห่ง สังกัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีสถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย โรงพยาบาลเมืองสรวง สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง ส่วนราชการที่มีอย่างละ 1 แห่ง คือ สถานี ตำรวจ เกษตรอำเภอ พัฒนาการอำเภอ ปศุสัตว์อำเภอ สัสดีอำเภอ ท้องถิ่นอำเภอ และมีสถานีวิทย์ชุมชน 1 แห่ง

4.1.2 ระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

อำเภอเมืองสรวง มีระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ โรคเบาหวานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยเชิงรับมีระบบสนับสนุนการตัดสินใจในการดูแลของเจ้าหน้าที่ โดยใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลโรคเรื้อรังของ CUP เมืองสรวง และจัดให้บริการโดยมีคลินิกเบาหวานในชุมชน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้สถานที่คือ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ภาคประชาชนที่เข้าร่วมทำงาน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยแบ่งการให้บริการเป็นคุ่มทำงานเชิงรุกในชุมชนมีการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงปีละ 1 ครั้ง และกลุ่มเสี่ยงได้รับการอบรมให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในลักษณะการเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับ CUP เมืองสรวง และเชิญวิทยากรมาให้ความรู้ในตำบล ส่วนระบบการสนับสนุนการดูแลตนเองมีกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนปรับพฤติกรรมเพื่อลดโรคเบาหวาน การพัฒนาทักษะการกิน โดยมีนักโภชนาการจากโรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ออกมาให้ความรู้ในชุมชน และเนื่องจากอาหารที่นำมาสาธิตและภาษาการพูดถึงอาหารประชาชนไม่คุ้นเคย ประกอบกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังไม่มีนักโภชนาการกำหนดอาหาร หรือโภชนาการประจำ จึงเป็นไปได้ยากที่กลุ่มป่วยเบาหวานจะได้รับการถ่ายทอดความรู้เป็นประจำ จนนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน

จากการศึกษา พบว่า การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด มีการดำเนินงานและแต่งตั้งคณะกรรมการตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 แต่คณะกรรมการยังขาดความเข้าใจแนวทางในการดำเนินงานของการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน และไม่ได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนางานร่วมกัน การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการยังน้อย คณะกรรมการส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าส่วนราชการมีภาระงานหลักสูง การบูรณาการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตเข้ามาเป็นบทบาทหลักจึงยังทำได้น้อย ที่ผ่านมามีการนำประเด็นปัญหาของอำเภอมาดำเนินการแก้ไขหลายประเด็นมากเกินไป ทำให้การขับเคลื่อนแบบมีส่วนร่วมทำได้ยากและยังแก้ปัญหาไม่บรรลุผลลัพธ์ ที่สำคัญยังไม่เกิดการบูรณาการจากทุกภาคส่วนมาร่วมดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างชัดเจน ในด้านระบบบริการสาธารณสุขถึงแม้จะมีการจัดบริการดูแลกลุ่มเบาหวานในชุมชนบ้างแล้ว แต่ยังขาดแนวทางการดูแลกลุ่มเบาหวานที่ชัดเจน ขาดคู่มือต่าง ๆ ในการดูแล เช่น คู่มือโภชนาการที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เนื่องจากใช้คู่มือจากส่วนกลาง ซึ่งวิถีชีวิตและอาหารที่

รับประทานแตกต่างกันทำให้นำสู่การปฏิบัติจริงในชีวิตได้น้อย ปัญหาที่พบของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน คือ ความรู้ที่มีไม่ถึงระดับความเข้าใจและนำไปใช้ได้ ดังนั้นโอกาสพัฒนา คือ การจัดการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน และสร้างความตื่นรู้เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนเบาหวานได้ ประเด็นที่น่าสนใจเข้าไปศึกษาในครั้งนี้ คือ การปรับการปฏิบัติตัวในการกิน การออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเกิดความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องในเรื่องการกิน การออกกำลังกาย เพื่อให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานของตนเองได้อย่างยั่งยืน

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ร่วมกันกำหนดแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ดังนี้

1) แต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล กลั่นกรองข้อมูลและนำเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด รวมทั้งทำหน้าที่ในการพัฒนาศักยภาพอนุกรรมการและคณะทำงานในระดับพื้นที่

2) จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเด็นเบาหวาน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ที่ต้องการแก้ปัญหาต่อเนื่อง ทั้งในระดับอำเภอ และระดับตำบลเพื่อบูรณาการทำงานร่วมกัน

3) พัฒนาศักยภาพอนุกรรมการวิชาการ และอนุกรรมการประเด็นเบาหวานและคณะกรรมการระดับพื้นที่เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมด้วยเครื่องมือการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาด้วยต้นไม้ปัญหา การจัดทำผลลัพธ์และเป้าหมาย การทำงานด้วยเครื่องมือบันไดผลลัพธ์ และการติดตามประเมินผลเชิงผลลัพธ์

จากการแต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และสร้างการมีส่วนร่วมให้คณะกรรมการสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ เพื่อให้เห็นต้นเหตุของปัญหาและนำมากำหนดกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับผลลัพธ์ในแต่ละชั้นและวางเป้าหมายในการทำงาน จากการวิเคราะห์สถานการณ์ด้วยต้นไม้ปัญหาทำให้ทราบพฤติกรรมของคณะกรรมการ สภาพแวดล้อมทางสังคม และกายภาพ รวมถึงระบบที่การทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

4.2 ผลของกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

4.2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 3 กลุ่ม จำนวนทั้งสิ้น 67 คน ได้แก่

กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 21 คน คือ บุคคลที่มีรายชื่อตามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มที่ 2 คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเด็นเบาหวาน จำนวน 21 คน คือ บุคคลที่ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ พยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่าย

กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 25 คน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart คือ หลักการทำ PAR's P-A-O-R ดำเนินงานเป็น 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน (Planing) ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการสังเกต (Observation) และขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการสะท้อนสะท้อนผล (Reflection)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ในกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด และคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเด็นเบาหวาน โดยใช้แนวคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต แบบการสังเกต (Observation) แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม คู่มือบันทึกการกินและการออกกำลังกายที่พัฒนาร่วมกันของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด และแบบติดตามประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนา

ผู้วิจัยนำข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้มาวิเคราะห์และนำเสนอผลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

โดยมีสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

$\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean)

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

S.D. แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และสถานภาพในชุมชนโดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ นำเสนอในรูปแบบตาราง ดังตาราง 7

ตาราง 7 จำนวน ร้อยละ และลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน (n=25)

	ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	3	12.00
	หญิง	22	88.00
อายุ	อายุ 40 – 50 ปี	6	24.00
	อายุ 51 – 60 ปี	5	20.00
	อายุมากกว่า 60 ปี	14	56.00
	$\bar{X}$ = 58.32 S.D. = 8.99 Min= 42 Max=76		
อาชีพ	เกษตรกร	22	88.00
	ค้าขาย	1	4.00
	รับจ้าง	2	8.00

ตาราง 7 จำนวน ร้อยละ และลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน (n=25) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	21	84.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	12.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	4.00
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0	0.00
รายได้ (บาท/เดือน)		
ไม่เกิน 1,000 บาท	2	8.00
1,001 – 2,000 บาท	2	12.00
2,001 – 3,000 บาท	3	16.00
3,001 – 4,000 บาท	8	32.00
4,001 – 5,000 บาท	6	24.00
มากกว่า 5,000 บาท	2	8.00
$\bar{X} = 2,316$ S.D. = 2,126.35 Min=500 Max = 9,000		
ระยะเป็นเบาหวาน		
น้อยกว่า 3 ปี	3	12.00
3 – 5 ปี	10	40.00
มากกว่า 5 ปี	12	48.00
$\bar{X} = 7.20$ S.D. = 5.53 Min=0 Max = 18		
ภาวะแทรกซ้อน		
ไม่มี	24	96.00
มี	1	4.00
- แผลเรื้อรัง	1	100.00
พันธุกรรมป่วยเป็นเบาหวาน		
ไม่มี	9	36.00
มี	16	64.00
วิธีการรักษา		
กินยา	21	84.00
ฉีดยา	2	8.00
ทั้งกินและฉีด	2	8.00

ตาราง 7 จำนวน ร้อยละ และลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน (n=25) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	2	8.00
อยู่กับคู่สมรส	16	64.00
อยู่กับบุตร	5	20.00
อยู่กับญาติ	2	8.00

จากตาราง 7 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 88.00 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 56.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.00 รายได้ 3,001 – 4,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 32.00 ระยะการป่วยเป็นเบาหวานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 48.00 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 96.00 มีพันธุกรรมป่วยเป็นเบาหวาน ร้อยละ 64.00 รับการรักษาโดยการกินยา ร้อยละ 84.00 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 64.00

ตาราง 8 จำนวน และร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n=25)

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	ตอบถูก	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านการบริโภคอาหาร			
1	ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ต้องควบคุมอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล	23	92.00
2	การรับประทานอาหารจำพวกผักใบเขียวและเนื้อปลาจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น	23	92.00
3	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานอาหารที่มีรสจืด	20	80.00
4	การดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ไม่เกี่ยวข้องกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	14	56.00
5	การรับประทานอาหารตรงเวลาช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	13	52.00

ตาราง 8 จำนวน และร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n=25) (ต่อ)

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	ตอบถูก	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านการออกกำลังกาย			
6	ขณะออกกำลังกายมีอาการใจสั่น เจ็บหน้าอก หน้ามืด ต้องหยุดพักทันที	24	96.00
7	การออกกำลังกายไม่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	23	92.00
8	ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถออกกำลังกายได้เฉพาะเวลาที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเท่านั้น	19	76.00
9	หลังจากออกกำลังกายจำเป็นต้องดื่มน้ำเปล่ามากกว่าปกติ	17	68.00
10	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรมีการออกกำลังกายในที่ที่ปลอดภัยและมีผู้อื่นอยู่ด้วย	16	64.00
ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป			
11	ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการทำความสะอาดเท้าเป็นประจำ เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า	22	88.00
13	ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถหยุดรับประทานยาเองได้โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์เมื่ออาการดีขึ้น	18	72.00
14	ผู้ป่วยโรคเบาหวานเมื่อมีอาการหงุดหงิด ไม่สบายใจ เครียด ควรเก็บตัวอยู่คนเดียว	17	68.00
15	ผู้ป่วยโรคเบาหวานนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 3-4 ชั่วโมงก็เพียงพอแล้ว	17	68.00
16	ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องไปรับการตรวจตา ไต เท้า กับหน่วยบริการทุกปี	15	60.00
ด้านการรักษา			
17	ผู้ป่วยสามารถซื้อยารักษาโรคเบาหวานมารับประทานเองตามโฆษณาทางสื่อต่าง ๆ	25	100.00

ตาราง 8 จำนวน และร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n=25) (ต่อ)

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	ตอบถูก	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
18	การรักษาโรคเบาหวานขึ้นอยู่กับรับประทานยาอย่างเดียวเท่านั้น	20	80.00
19	ผู้ป่วยโรคเบาหวานเมื่อมีอาการผิดปกติควรตรวจดูอาการและไปพบแพทย์เฉพาะวันนัดเท่านั้น	17	68.00
20	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรกินยาและฉีดยา ร่วมกับการใช้ยาสมุนไพร จะทำให้หายเร็วขึ้น	15	60.00

จากตาราง 8 ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ตอบถูกมากที่สุด คือ ผู้ป่วยสามารถซื้อยารักษาโรคเบาหวานมารับประทานเองตามโฆษณาทางสื่อต่าง ๆ ร้อยละ 100.00 รองลงมา ขณะออกกำลังกายมีอาการใจสั่น เจ็บหน้าอก หน้ามืด ต้องหยุดพักทันที ร้อยละ 96.00 และข้อคำถามที่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ตอบถูกน้อยที่สุด คือ การรับประทานอาหารตรงเวลาช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 84.62

ตาราง 9 จำนวน และร้อยละของความรู้โดยรวมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (ค่าคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	14	56.00
ระดับพอใช้ (ค่าคะแนนร้อยละ 60.0 - 79.9)	5	20.00
ระดับต้องปรับปรุง (ค่าคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0)	6	24.00

จากตาราง 9 แสดงการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้โดยรวมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 56.00 รองลงมาคือมีความรู้ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 24.00

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
(n=25)

ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการบริโภคอาหาร	2.75	0.52	ดี
ด้านการออกกำลังกาย	2.53	0.72	ดี
ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป	2.58	0.64	ดี
ด้านการรักษา	2.57	0.69	ดี

จากตาราง 10 ผลการศึกษาทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 2.75 (S.D. = 0.88) ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 2.53 (S.D. = 0.72) ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 2.58 (S.D. = 0.64) ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการรักษา อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 2.57 (S.D. = 0.69)

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของทักษะคิดโดยรวมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (n=25)

ระดับทักษะคิด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (ค่าคะแนน 2.34 - 3.00 คะแนน)	20	80.00
ระดับปานกลาง (ค่าคะแนน 1.67 - 2.33 คะแนน)	5	20.00
ระดับพอใช้ (ค่าคะแนน 1.00 - 1.66 คะแนน)	0	0.00

จากตาราง 11 แสดงการวิเคราะห์ทักษะคิดโดยรวมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีทักษะคิดโดยรวมเกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ ในระดับดี ร้อยละ 80.00 รองลงมาทักษะคิดโดยรวมเกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.00

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (n=25)

การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการบริโภคอาหาร	2.19	0.80	ดี
ด้านการออกกำลังกาย	2.24	0.62	ปานกลาง
ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป	2.46	0.52	ดี
ด้านการรักษา	2.58	0.50	ดี

จากตาราง 12 ผลการศึกษาการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 2.19 (S.D. = 0.80) ปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.24 (S.D. = 0.62) ปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 2.46 (S.D. = 0.52) ปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการรักษา อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 2.58 (S.D. = 0.50)

ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติตัวโดยรวมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n=25)

ระดับการปฏิบัติตัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (ค่าคะแนน 2.34 - 3.00 คะแนน)	10	40.0
ระดับปานกลาง (ค่าคะแนน 1.67 - 2.33 คะแนน)	15	60.0
ระดับพอใช้ (ค่าคะแนน 1.00 - 1.66 คะแนน)	0	0.00

จากตาราง 13 แสดงการวิเคราะห์ข้อมูลการปฏิบัติตัวโดยรวมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในระดับพอใช้ ร้อยละ 60.00 รองลงมา มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในระดับดี ร้อยละ 40.00

ตาราง 14 ร้อยละพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานหลังการพัฒนา (n=25)

พฤติกรรมของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน	หลังการพัฒนา		เพิ่มขึ้น
	เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.ประเภท			
1.1 คาร์โบไฮเดรต(เน้นให้กินข้าวเจ้า)			
- การกินข้าว	21(84.0)	4(16.0)	12(48.0)
1.2 โปรตีน (การเลือกโปรตีน)	16(64.0)	9(36.0)	16(64.0)
1.3 ไขมัน (วิธีประกอบอาหาร)	18(72.0)	7(28.0)	15(60.0)
2.ปริมาณ			
- กินผัก 400 กรัม/วัน	16(64.0)	9(36.0)	16(64.0)
- กินข้าวมีธัญไม่กิน 2 ส่วน	18(72.0)	7(28.0)	14(56.0)
3.การปรุง (ลดลง)			
- กินหวาน	21(84.0)	4(16.0)	13(52.0)
- กินมัน	17(68.0)	8(32.0)	12(48.0)
- กินเค็ม	15(60.0)	10(40.0)	14(56.0)
- กินเผ็ด	17(68.0)	8(22.0)	14(56.0)
4.การปลุก			
- ปลุกผักอย่างน้อย 5 ชนิด	22(88.0)	3(12.0)	22(88.0)
- ปลุกผักฤทธิ์เย็น	25(100.0)	0(0.0)	25(100.0)
5.การปรับเปลี่ยนการกิน(กินอาหารปรับสมดุล)			
5.1 เปลี่ยนการเตรียมและการเลือกวัตถุดิบ			
- การล้างผัก	14(56.0)	11(44.0)	14(56.0)
- การหั่นผัก	17(68.0)	8(32.0)	17(68.0)
5.2 เปลี่ยนการเลือกผัก			
- เลือกกินผักฤทธิ์เย็นเป็นหลัก	16(64.0)	9(36.0)	14(56.0)
- เลือกกินผักหลากหลาย	25(100.0)	0(0.0)	18(72.0)
- เลือกผักโดนคั้นเป็นน้ำสมุนไพรปรับสมดุล	13(52.0)	12(48.0)	13(52.0)

ตาราง 14 ร้อยละพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานหลังการพัฒนา (n=25) (ต่อ)

พฤติกรรมของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน	หลังการพัฒนา		เพิ่มขึ้น
	เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
- เลือกกินผักก่อนมีอาหารหรือก่อนนอน	20(80.0)	5(20.0)	18(72.0)
- เลือกผักที่มีฤทธิ์ทางยาลดน้ำตาลในเลือด	21(84.0)	4(16.0)	17(68.0)
- เลือกผักที่ไม่ปนเปื้อนสารเคมี	18(72.0)	7(28.0)	10(40.0)
5.3 การปรุง			
- เลิกใส่ผงชูรสในอาหาร	3(12.0)	22(88.0)	3(12.0)
- ลดการกินผงชูรสลง	18(72.0)	7(28.0)	15(60.0)
- ปรุงรสจืดลงจากปกติทั่วไปร้อยละ 60.00 -70.00	15(60.0)	10(40.0)	14(56.0)
- ใช้ผักขยาและใบเตยต้มเป็นน้ำซุปรและให้ความสด ใหม่ของผักเพิ่มรสชาติให้หวานกลมกล่อม	10(40.0)	15(60.0)	10(40.0)
5.4 การออกกำลังกาย			
- ออกกำลังกายอย่างน้อย 5 วัน	14(56.0)	11(44.0)	10(40.0)
- ออกกำลังกายโดยใช้แรงต้าน	11(44.0)	14(56.0)	11(44.0)
- การออกกำลังกายรูปแบบอื่น ๆ	25(100.0)	0(0.0)	21(84.0)
5.5 การนำมารับประทานปรับสมดุลไปใช้ที่บ้าน	25(100.0)	0(0.0)	21(84.0)

จากตาราง 14 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า พฤติกรรมการกินแบบ 5 ป. เหมาะสมเพิ่มขึ้น ประเภท ข้าว โปรตีน ไขมัน เหมาะสมเพิ่มขึ้นร้อยละ 48.00, 64.00, 60.00 ตามลำดับ ปริมาณ กินผักได้ 400 กรัม/วันเหมาะสมเพิ่มขึ้นร้อยละ 64.00 กินข้าวไม่เกินมื้อละ 2 ส่วน เหมาะสมเพิ่มขึ้นร้อยละ 56.00 ปรุง กินหวาน มัน เค็ม เผ็ด เหมาะสมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 52.00, 48.00, 52.00 และ 56.00 ตามลำดับ ปลูก ผักเพิ่มขึ้นมากกว่า 5 ชนิด ร้อยละ 76.00 ปลูกเป็นผักฤทธิ์เย็นเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100.00 การออกกำลังกายด้วยการใช้แรงต้านเหมาะสมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 44.00 ออกกำลังกายรูปแบบอื่น ๆ รวมด้วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 84.00 ปรับเปลี่ยน กินผักบ้านฤทธิ์เย็น

เป็นหลักเพิ่มขึ้นร้อยละ 56.00 เล็กกินผักที่มีฤทธิ์ทางยาในการลดระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มขึ้นร้อยละ 68.00 กินน้ำสมุนไพรปรับสมดุลเพิ่มขึ้นร้อยละ 52.00 เล็กผงชูรส ได้ร้อยละ 12.00 ลดการกินผงชูสร้อยละ 60.00 ปรับแบบจริงจังความเค็มลดลงจากเดิมร้อยละ 60.00 - 70.00 ร้อยละ 56.00

ตาราง 15 ร้อยละการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังพัฒนา (n=25)

ภาวะสุขภาพ	การเปลี่ยนแปลง			
	จำนวน (คน)	ลดลง จำนวน (ร้อยละ)	เท่าเดิม จำนวน (ร้อยละ)	เพิ่มขึ้น จำนวน (ร้อยละ)
ด้านน้ำหนัก	25	15(60.00)	9(36.00)	1(4.00)
ด้านรอบเอว				
- รอบเอวในชายตั้งแต่ 90 ซม. ขึ้นไป	2	1(50.00)	1(50.00)	0(0.00)
- รอบเอวในหญิงตั้งแต่ 80 ซม. ขึ้นไป	13	8(61.53)	3(23.08)	2(15.39)
- รอบเอวในชายน้อยกว่า 90 ซม.	1	1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)
- รอบเอวในหญิงน้อยกว่า 80 ซม.	9	8(88.89)	1(11.11)	0(0.00)
ด้านดัชนีมวลกาย				
- >30 kg/m ² (อ้วนมาก)	2	1(50.00)	1(50.00)	0(0.00)
- 24.9 – 29.9 kg/m ² (อ้วนมาก)	11	8(72.73)	3(27.27)	0(0.00)
- 18.5 – 24.9 kg/m ² (อ้วนมาก)	11	6(54.55)	4(36.36)	1(9.09)
- <18.5 kg/m ² (อ้วนมาก)	1	1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)
ระดับความดันโลหิต				
- >140/90 mmHg	0	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
- <140/90 mmHg	25	18(72.00)	0(0.00)	7(28.00)
ระดับน้ำตาลในเลือด				
- >126 mg% ขึ้นไป	20	9(45.0)	0(0.0)	11(55)
- 100 -125 mg%	4	3(75.0)	0(0.0)	1(25.0)
- <100 mg%	1	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)

ตาราง 15 ร้อยละการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังพัฒนา (n=25) ต่อ

ภาวะสุขภาพ	การเปลี่ยนแปลง			
	จำนวน (คน)	ลดลง จำนวน (ร้อยละ)	เท่าเดิม จำนวน (ร้อยละ)	เพิ่มขึ้น จำนวน (ร้อยละ)
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม HbA1C				
- HbA1C น้อยกว่า 7	0	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
- HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 7	25	19(76.00)	0(0.00)	6(24.00)

จากตาราง 15 ภาวะสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ดัชนีมวลกายและน้ำหนัก ลดลงร้อยละ 64.00 และ 60.00 รอบเอวลดลงร้อยละ 60.00 ค่า HbA1C น้อยกว่า 7 คิดเป็นร้อยละ 28.00 ลดลงจากเดิม คิดเป็นร้อยละ 76.00

4.2.2 ผลการศึกษาดำเนินงาน 4 ระยะ

ระยะที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน (plan)

ระยะที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action)

ระยะที่ 3 ขั้นตอนการสังเกต (Observation)

ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

ระยะที่ 1 ขั้นตอนการวางแผนปฏิบัติการ (plan)

1.1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวาน อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ในวันที่ 27 เมษายน 2564 เวลา 09.00 – 16.30 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและค้นหาสาเหตุของปัญหาโรคเบาหวานร่วมกัน ซึ่งเป็นการระดมความคิดเห็น เพื่อกำหนดกิจกรรมและเป้าหมายร่วมกัน ของคณะกรรมการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวาน และจัดทำแผนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยวิเคราะห์ประเด็น ดังต่อไปนี้

- 1) วิเคราะห์สถานการณ์โรคเบาหวานที่เกิดขึ้นปัจจุบัน และอนาคต
- 2) สาเหตุของปัญหาการเกิดโรคเบาหวานด้านต่าง ๆ
- 3) ผลกระทบที่เกิดจากโรคเบาหวานของอำเภอเมืองสรวง

ซึ่งได้สาเหตุของปัญหาจากการระดมความคิดเห็นในกลุ่ม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สาเหตุด้านพฤติกรรม

- 1) ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงปัญหาของการที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และไม่ตระหนักถึงผลเสียของการมีค่า HbA1C ที่สูง
- 2) ขาดความรู้เรื่องสารอาหารและสัดส่วนอาหารที่เหมาะสม
- 3) ไม่มีความรู้ในเรื่องภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง และวิธีดูแลตนเองเบื้องต้น
- เมื่อมีอาการ
- 4) เข้าใจผิดในอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และเลือกวิธีการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม
- 5) ขาดความรู้ในเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับการลดระดับ HbA1C
- 6) ขาดความตระหนักในการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารเกิน ขาดความรู้ในเรื่องสารอาหาร
- 7) ผู้ป่วยรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก
- 8) รับประทานแป้งเกิน
- 9) รับประทานผักไม่เพียงพอ โดยไม่ถึง 400 กรัมต่อวัน
- 10) ซื้อผักตลาดที่มีสารเคมีรับประทาน ยังไม่ปลูกผักไว้รับประทานตนเอง หรือมีการปลูกก็ยังปลูกปริมาณน้อยไม่เพียงพอต่อการรับประทาน
- 11) ขาดการออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง น้อยกว่า 5 วัน/สัปดาห์
- 12) ค่านิยมในการบริโภคและวิถีชีวิต ความเชื่อที่เปลี่ยนไป
- 13) มักซื้ออาหารปรุงสำเร็จ อาหารถุง เพราะหาง่ายและสะดวก
- 14) เชื่อว่าการทำงานคือการออกกำลังกาย
- 15) เชื่อว่าการกินข้าวน้อยจะไม่มีแรงทำงาน
- 16) ผู้ป่วยเชื่อสื่อโฆษณาที่ทำให้การรักษาโรคเบาหวานหายได้ แล้วซื้อผลิตภัณฑ์มา
- รับประทาน
- 17) ไม่กล้าตรวจสุขภาพเพราะกลัวตรวจเจอโรคต่าง ๆ
- 18) ดัดอาหารรสหวาน น้ำหวาน และผลไม้ตามฤดูกาล
- 19) มีพฤติกรรมกินหวาน มัน เค็ม (ผลไม้ เครื่องดื่ม อาหารเสริม)
- 20) ผู้ป่วยขาดยา ลืมกินยา หรือบางคน อาจไม่ทานยา ปรับลดยาและเลิกยาเอง
- 21) ใช้เครื่องปรุงรสในการทำอาหารมากไป หลายชนิด และติดผงชูรส
- 22) กินกาแฟ น้ำหวานเป็นประจำ
- 23) ดื่มสุรา สูบบุหรี่

สภาพแวดล้อมทางสังคม

- 1) ญาติไม่ตระหนัก และขาดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน อาหาร ยา การปฏิบัติตัวที่มีผลดีและผลเสียต่อผู้ป่วยเบาหวาน
- 2) อสม.ขาดการติดตามต่อเนื่องในชุมชน และขาดความรู้เรื่องโรค อาหาร และการออกกำลังกาย
- 3) อสม.ไม่ตระหนัก และไม่เห็นความสำคัญในการช่วยเหลือ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน
- 4) อสม.ทำงานตามการสั่งการไม่ได้ทำมาจากความเข้าใจ
- 5) ไม่มีพื้นที่ในการปลูกผักไว้รับประทานเอง (เป็นปัญหาในบางพื้นที่)
- 6) ผู้นำไม่ตระหนักถึงปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังไม่ได้ เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาย่างจริงจัง
- 7) มีเพียง อสม. และญาติเท่านั้นที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แต่ยังไม่ต่อเนื่อง และยังขาดแกนนำด้านอื่น ๆ เช่น ผู้นำชุมชนเข้าหนุนเสริมอย่างเต็มที่ กสศ.มีแต่ยังไม่ทำงานตามบทบาทหน้าที่ และทำงานไม่ต่อเนื่อง
- 8) ถึงแม้จะมีการติดตามเยี่ยมบ้าน แต่เป็นการเยี่ยมภาพรวมๆ ไม่ชัดเจนขาดการติดตามประเมินผล และหนุนเสริมถึงบ้านอย่างเต็มที่
- 9) มีธรรมนูญสุขภาพชุมชนเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแต่ยังไม่ปฏิบัติตาม และไม่มีระบบการติดตามให้ปฏิบัติตามธรรมนูญอย่างจริงจัง
- 10) ไม่มีคู่มือที่สามารถสื่อสารเรื่องการกินและการออกกำลังกายระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย

สภาพแวดล้อมทางกายภาพ

- 1) มีสื่อโฆษณาเกินจริง
- 2) มีตลาดนัดชุมชนทุกสัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการซื้ออาหารหวาน มัน เค็ม ง่ายและสะดวก
- 3) มีรถเร่ขายอาหารในชุมชนทุกวัน
- 4) การคมนาคมสะดวก เดินทางไปตลาดได้ง่ายขึ้น
- 5) มีห้างโลตัส เซเว่น ทำให้ผู้ป่วยเลือกซื้อสินค้าบริโภคได้ง่าย
- 6) เริ่มกลายเป็นสังคมชุมชนเมือง หาซื้อของได้ง่าย
- 7) แหล่งอาหารเพื่อสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่มี ตลาดทั้งหมดมีแต่อาหารรสเค็ม หวาน มัน เค็ม และพืชผักที่จำหน่ายในตลาดมีสารเคมีปนเปื้อน

8) ข้าวซึ่งเป็นอาหารหลักของคนในพื้นที่ ใช้สารเคมีในกระบวนการผลิต หลายพื้นที่ ยังใช้ยาฆ่าหญ้า ฆ่าแมลง

9) แหล่งอาหารตามธรรมชาติลดลงจากการตัดต้นไม้ เช่น เห็ด ต่าง ๆ หรือแมลง ต่าง ๆ

10) อาหารในไร่นา เช่น ปลา กบ เขียด น้อยลง พืชใช้น้อยลงจากการใช้สารเคมี ทำให้ผู้ป่วยไปพึ่งพาตลาด นอกจากได้โปรตีนที่เร่งเนื้อแดงแล้ว ยังค่าใช้จ่ายด้านอาหารสูงขึ้น มีหนี้สิน และเครียด

11) ภาวะโลกร้อนทำให้อาหารตามธรรมชาติลดลง และปลูกไว้รับประทานเอง ยาก

ระบบที่เกี่ยวข้อง

1) มีกฎหมายเรื่องการห้ามจำหน่ายไขมันอิ่มตัว เช่น คอฟฟี่เมตแต่การบังคับใช้ไม่จริงจัง

2) เกษตรมีนโยบายเกษตรอินทรีย์ แต่ยังดำเนินการไม่ต่อเนื่อง สรุปคือส่วนราชการที่เกี่ยวข้องยังไม่มีบูรณาการแผนร่วมกันอย่างจริงจังเพื่อแก้ไขปัญหาเบาหวาน

3) ระบบบริการจัดการเชื่อมโยงการจัดบริการระหว่าง โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

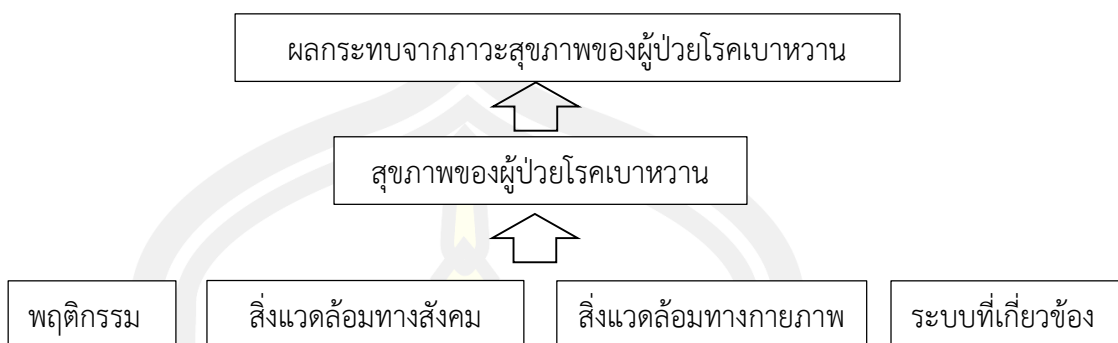
4) ระบบบริการส่งผลให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม เกิดภาวะเครียด ก่อนมาโรงพยาบาล

5) ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผลเลือดประจำปี หรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

6) เจ้าหน้าที่ขาดการติดตามควบคุมกำกับอย่างต่อเนื่อง และเจ้าหน้าที่มีภาระงานที่มากขึ้น

7) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่ตระหนัก และให้ความสำคัญกับการดูแลป้องกันและควบคุมโรค NCDs

จากการวิเคราะห์ของคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเด็นเบาหวาน ผ่านกระบวนการการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้สรุปประเด็นสาเหตุของโรคเบาหวานที่เกิดจากคน สิ่งแวดล้อม และระบบที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ โดยสามารถสรุปได้ดังนี้



ในขั้นทำความเข้าใจสถานการณ์ปัญหาโรคเบาหวาน สังเกตได้ว่าคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเด็นเบาหวาน ให้ความสนใจและร่วมแสดงความคิดเห็นอย่างกระตือรือร้น ตลอดจนการนำเสนอรายงานต่อกลุ่มอื่น มีการเสนอเพิ่มเติมรายละเอียดซึ่งกันและกัน เพราะก่อนเข้าร่วมกิจกรรมได้รับรู้และทำความเข้าใจกับสถานการณ์โรคเบาหวานแล้ว

ผู้วิจัยได้นำเข้าสู่การกำหนดเป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการดำเนินงานร่วมกันในการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้ชักชวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมว่า “ในอนาคตข้างหน้าอยากให้มีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างไรในอำเภอเมืองสรวงอย่างไร ” ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ช่วยกันคิดและเสนอความคิดเห็น โดยให้พิจารณาจากสถานการณ์ปัญหา สาเหตุของปัญหา และความฝันบนพื้นฐานบนความจริง โดยกำหนดเป้าหมายร่วมของทุกคน คือ เป้าหมาย “ภายใน 1 ปี ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น”

ในขั้นตอนนี้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ช่วยกันคิดและนำเสนอความคิดเห็นกำหนดเป้าหมายร่วมกัน จากการกำหนดเป้าหมายแสดงให้เห็นว่าคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเด็นเบาหวาน เริ่มเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ดังกล่าวแล้ว ถ้าปฏิบัติตามเป้าหมายที่ร่วมกันกำหนด จะช่วยให้สามารถแก้ไขโรคเบาหวานของพื้นที่อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ดได้

กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการประชุมทุกคน ช่วยกันคิด และแสดงความคิดเห็นว่าหากจะไปให้ถึงเป้าหมาย จะทำได้โดยต้องมีแผนงานอะไรบ้าง จากนั้นนำกิจกรรมหรือวิธีการที่ร่วมกันคิดมาสรุปว่า กิจกรรมสำคัญที่จะนำมาดำเนินการมีกิจกรรมสำคัญอะไรบ้าง และ

กิจกรรมที่ทำได้เอง กิจกรรมที่ต้องการขอความช่วยเหลือจากองค์กรอื่น เช่น หน่วยงานของรัฐอื่น และภาคประชาชนในพื้นที่ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

ปัญหา	สาเหตุของปัญหา	วิธีการแก้ไขปัญหา	กิจกรรมแก้ไขปัญหา
ผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อน	ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องยังไม่มีการบูรณาการแผนร่วมกัน เข้าใจอย่างจริงจัง เพื่อแก้ไขปัญหabeาหวาน	จัดเวทีประชุมสร้างความเข้าใจ	1.จัดเวทีประชุมสร้างความเข้าใจและถ่ายทอดนโยบายลงสู่พื้นที่ตำบล
	อสมขาดการติดตามดูแล. ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน และขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	ค้นหาแกนนำ อสมในชุมชน	2.จัดอบรมแกนนำดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน และอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน
	ผู้ป่วยขาดยา ลืมยา หรือบาง คน อาจไม่ทานยาและปรับลดยาหรือเลิกยาเอง	อบรมให้ความรู้และการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง	3.อบรมให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสม
	ขาดการติดตามดูแลต่อเนื่อง ในชุมชนและประเมินสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย	อบรมให้ความรู้และการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชน	4.แลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมมารัก การออกกำลังกายของผู้ป่วยในชุมชนและติดตามการปลูกผักที่บ้าน
	ขาดความรู้ในเรื่องสารอาหาร	อบรมให้ความรู้และการกินหวานมัน เค็มเกิน กินข้าว	5.อบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานและ
	เหนียวเป็นหลักและกินแป้งเกิน ขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง	ติดตามประเมินผลต่อเนื่อง	ปฏิบัติการประกอบเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ น้ำสมุนไพร
	การใช้เครื่องปรุงรสในการประกอบอาหารและการปรุงอาหารไม่เหมาะสม		

1.2 จัดประชุมนำเสนอแผนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ในวันที่ 30 เมษายน 2564 เวลา 09.00 – 16.30 น. ณ ห้องประชุมอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มเป้าหมายได้แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ตามที่ คณะอนุกรรมการเบาหวานได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์และจัดทำแผน เพื่อนำเสนอให้กับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ได้เห็นถึงสถานการณ์ปัญหา ร่วมกัน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่เป็นไปในทิศทาง ยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่าง หน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในพื้นที่ที่ และร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ซึ่งมีคณะกรรมการวิชาการของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นฝ่ายวิชาการ มีบทบาทหน้าที่วิเคราะห์ ข้อมูล กำหนดกิจกรรม เป้าหมาย ทิศทางการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่ต้องการให้คณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ได้เข้าใจแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน ดัง ข้อมูล

“เรื่องคุณภาพชีวิตผมเอาที่ให้ตรงกับปัญหาของประชาชนเลยนะครับ คือตามที่เราไปดู ผู้ป่วยที่ติดบ้านติดเตียง ผู้พิการด้วยครับ เหมือนเราได้เข้าไปเยี่ยมเขา แล้วเขากลับมาดิ้นเราก็กังมือใจ การทำงานเรื่องเบาหวานเช่นกัน อยากให้พวกเราเข้าไปดูแลความเป็นอยู่ของเขาถึงที่บ้านด้วย”
(คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด คนที่ 1, 2564 : สัมภาษณ์ 30 เมษายน 2564)

“คำว่า พขอ. เราพูดกันมาไม่นานนัก แต่ DHS มีมานานแล้ว อำเภอเราก็ทำเรื่อง อุบัติเหตุ และอีกหลายๆ เรื่องมาก แต่ยังไม่เกิดผลสำเร็จมากนัก ก็เลยกลับมาคิดว่าต้องมีเครือข่าย เชิญประชุมในภาพของอำเภอ ช่วงแรกเป็นทำภาพอำเภอมันเด่นขึ้นในการแก้จุดเสี่ยง แต่ความรุนแรง ยังไม่ค่อยลด เรื่องเบาหวานผมอยากให้ทุกหน่วยงานช่วยกันสนับสนุน โดยเฉพาะท้องถิ่นช่วย สนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรม จัดหาเครื่องวัดระดับความเค็มของอาหาร เพื่อจะได้ให้ ประชาชนเขารู้ว่าเขากินอาหารเป็นอย่างไร เค็มเกินไปหรือเปล่า”

(คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด คนที่ 2, 2564 : สัมภาษณ์ 30 เมษายน 2564)

“ในปีนี้ การพัฒนาคุณภาพชีวิตอยากให้เลือกประเด็นไม่มากจนเกินไป มาดำเนินการ เพื่อให้เห็นผลลัพธ์เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะเรื่องเบาหวานที่เรากำลังจะดำเนินการร่วมกันหน่วยงานไหนมีส่วนเกี่ยวข้องในส่วนไหนก็ให้ช่วยกันสนับสนุน ทั้งเรื่องบุคลากร งบประมาณ มาช่วยกันดำเนินการ”

(คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด คนที่ 3, 2564 : สัมภาษณ์ 30 เมษายน 2564)

“การดำเนินงานในตอนนี้ที่ยังมีปัญหาของอำเภอเรา คือเรื่องผู้ป่วยเบาหวาน และเรื่องของอุบัติเหตุจราจร ทั้งทางสายหลักและสายรองครับ ถ้าเรานำทั้งสองประเด็นดำเนินการอย่างต่อเนื่องก็น่าจะเกิดผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนครับ”

(คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด คนที่ 4, 2564 : สัมภาษณ์ 30 เมษายน 2564)

ผลการประชุมพบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมรับรู้ถึงความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน และมีความยินดีที่จะสนับสนุนดำเนินการอย่างเต็มที่เนื่องจากเห็นว่าเป็นเรื่องที่ดี และเกิดประโยชน์กับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งทั้งปัญหา กิจกรรม และโครงการที่ได้นั้น มาจากการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเด็นเบาหวาน ในการร่วมคิดและร่วมตัดสินใจเลือก และพิจารณาจากผลการยกมือเพื่อกำหนดกิจกรรมร่วมกัน และให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยเบาหวาน โดยอาศัยความเป็นไปได้ นำไปสู่ความสำเร็จของโครงการ สามารถดำเนินการได้โดยการขับเคลื่อนร่วมกันของภาคีเครือข่าย ซึ่งจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และออกแบบกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน จึงได้โครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวงจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 1 โครงการ มีกิจกรรมสำคัญ 5 กิจกรรม ดังนี้

1. จัดเวทีประชุมสร้างความเข้าใจและถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานลงสู่พื้นที่ตำบล
2. จัดอบรมแกนนำดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนและอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ครั้งที่ 1
3. อบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ครั้งที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และสามารถออกกำลังกายโดยใช้แรงต้านได้อย่างเหมาะสม สาธิตการทำน้ำสมุนไพรปรับสมดุล การให้ความรู้เรื่องอาหารรสหวาน
4. อบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ครั้งที่ 3 เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมกรกิน การออกกำลังกายของผู้ป่วยในชุมชน และติดตามการปลูกผักที่บ้านของผู้ป่วย

5. อบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ครั้งที่ 4 เพื่อสอนอาหารปรับสมดุล
สูตร 2 1 1 สาริตและฝึกปฏิบัติการชั่งตวงวัดผัก

2. ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนงาน (Action)

ดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการโดยนำกิจกรรมในแผนปฏิบัติการไปดำเนินการกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งก่อนดำเนินงานตามแผนได้ประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเด็นเบาหวาน เพื่อกำหนดวิทยากรตามความถนัดของวิทยากรในแต่ละชุดความรู้ มีการปรับปรุงแนวทางชุดความรู้และกิจกรรมทุกระยะเพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งระยะเวลาในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตั้งแต่ระดับอำเภอลงสู่พื้นที่ตำบลเพื่อปรับพฤติกรรมให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีการจัดกิจกรรม 5 ครั้ง ซึ่งมีผลการดำเนินงาน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 จัดเวทีประชุมสร้างความเข้าใจและถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานลงสู่พื้นที่ตำบล ในวันที่ 7 พฤษภาคม 2564 เวลา 09.00 – 12.00 น. ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลกกกุง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จัดเวทีประชุมสร้างความเข้าใจและถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานลงสู่พื้นที่ตำบลและหมู่บ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ได้เข้าใจถึงสถานการณ์ปัญหาาร่วมกัน และเพื่อให้เกิดการสนับสนุนการดำเนินงานขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่เป็นไปในทิศทาง ยุทธศาสตร์ และเป้าหมายร่วมกัน ในการถ่ายทอดนโยบาย นายอำเภอได้ให้แนวทาง นโยบาย รวมทั้งขอความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สนับสนุนการดำเนินงาน ดังข้อมูล

“การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนก็มีหลายมิตินะครับ โดยเฉพาะในปีนีทางส่วนกลางให้เน้นเรื่องการดูแลกลุ่มเปราะบาง คนยากจน อยากให้ท้องถิ่นช่วยกันเร่งสำรวจข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ผมคิดว่าข้อมูลที่เราไม่มีครบนะ คนยากจนในพื้นที่เราน่าจะมีเยอะ ฉะนั้นผมฝากทางท้องถิ่นทุกแห่งด้วย ส่วนเรื่องประเด็นเบาหวาน เป็นประเด็นดำเนินงานของอำเภอเรา ฝากท้องถิ่นช่วยสนับสนุนงบประมาณ วัสดุต่าง ๆ ที่จำเป็น ในการแก้ไขปัญหานี้ไปด้วย”

(คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด คนที่ 1: สัมภาษณ์ 7 พฤษภาคม 2564)

“การสนับสนุนการแก้ไขปัญหาระยะผู้ป่วยเบาหวาน ท้องถิ่นได้ให้การสนับสนุนทุกปี ส่วนการดำเนินงานในปี นี้ ทางพื้นที่เราจะให้ อสม.เข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่ต่อเนื่องมากขึ้น”

(คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด คนที่ 2: สัมภาษณ์ 7 พฤษภาคม 2564)

การจัดเวทีครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ในการดำเนินกิจกรรมโครงการและจัดซื้อเครื่องวัดระดับความเค็มของอาหาร เพื่อดำเนินกิจกรรมในระดับตำบลและหมู่บ้านต่อไป

กิจกรรมที่ 2 จัดอบรมแกนนำดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนและอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ครั้งที่ 1 ในวันที่ 28 พฤษภาคม 2564 เวลา 09.00 – 15.30 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง ตำบลกกกุง อำเภอมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ อสม. เชี่ยวชาญเบาหวาน หมู่บ้านละ 2 คน เพื่อชี้แจงโครงการและพัฒนาความรู้เรื่องเบาหวานกับกลุ่ม อสม.เชี่ยวชาญ และกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 25 คน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพอำเภอมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มาจากตัวแทนสถานบริการทั้ง 6 แห่ง กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานในครั้งนี้ได้แก่ ก่อนการให้ความรู้ได้ตรวจและประเมินภาวะสุขภาพ น้ำหนัก รอบเอว ระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจตรวจ HbA1C ส่งที่ รพ.ร้อยเอ็ด พร้อมบันทึกการผลตรวจในโปรแกรม Hos XP การคืนข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวาน และข้อมูลภาวะสุขภาพรายบุคคล เพื่อให้แต่ละคนได้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหาของตนเอง การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและค่าน้ำตาลในเลือดสะสมโดยการบรรยาย

จากกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันทำให้แกนนำ อสม.และผู้ป่วยเบาหวาน มีความเข้าใจถึง การต้องดูแลสุขภาพให้ต่อเนื่องและมีอยากปฏิบัติตัวให้เหมาะสมอย่างจริงจัง ดังข้อมูล

“พอได้เข้าร่วมกิจกรรมแล้ว จังรู้ว่าหมู่เฮาพากันกินปลีกอีหลิมนับรู้ มีแต่ลดหวานมัน เค็มแต่ว่าปู้ว่าท่อโต เฮาเรียนรู้กันมาจนปานนี้แล้วหมู่หนูสิเฮ็ดต่อ สิพาบ้านเฮากินถักให้ได้กลุ่มป่วย กะต้องดูแลเจ้าของอย่าให้ป่วยบ้านเฮาสืบมีคนเป็นเบาหวานอีก”

(แกนนำ อสม คนที่ 1, 2564: สัมภาษณ์ 28 พฤษภาคม 2564)

“กะคิดว่าเป็นห่วงแม่เจ้าของหลายขึ้นกว่าเดิม จากที่เป็นห่วงอยู่แล้ว มาเข้ากิจกรรมนำ คุณหมอ เริ่มรู้ว่าอันนั้นมีไขมันหลายอันนี้มีแคลอรีหลาย กะต้องไปดูแลเพิ่มหลายขึ้น ให้เพิ่นกินได้ ส่วน เพิ่นเป็นเบาหวานมีน้อคุดู”

(แกนนำ อสม คนที่ 2, 2564: สัมภาษณ์ 28 พฤษภาคม 2564)

“กินปลีก กินทุกอย่างที่กินได้ ผักมีกะกินบมีกะบกิน ผลไม้บคิดฮอดเลยกลัวกะบหากิน”

(ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 1, 2564 : สัมภาษณ์ 28 พฤษภาคม 2564)

“การกินที่ผ่านมากินทุกอย่างที่กินได้ ตอนนี้ต้องเลือกกินแล้ว”

(ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 2, 2564 : สัมภาษณ์ 28 พฤษภาคม 2564)

“บรู๊วว่ากินข้าวแล้วป่วย กินมาแต่พ่อแต่แม่ กะเวียกหลายถันบ่กินคือสิเฮ็ดเวียกได้ กินข้าวเหนียวมันอยู่ได้โดน ข้าวจ้าวคราวเดียวหิวมันบ่อยู่ท้อง นมพู่เต๋ากินแล้ว ถ่ายท้องเพิ่นบ่กินดอก”

(ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 3, 2564 : สัมภาษณ์ 28 พฤษภาคม 2564)

“ถ้าตนเองมีความรู้ในเรื่องการกิน จะไปเป็นบุคคลต้นแบบในการกิน และถ้าตนเองทำได้ จะไปบอกคนอื่นว่า กินอย่างไรถึงกินถูก”

(ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 4, 2564 : สัมภาษณ์ 28 พฤษภาคม 2564)

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ครั้งที่ 2 ในวันที่ 16 มิถุนายน 2564 เวลา 09.00 – 15.30 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง ตำบลกกกุง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 25 คน ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเด็นเบาหวาน ก่อนการให้ความรู้มีการตรวจและประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก รอบเอว ระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย ค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนทุกครั้ง ในการจัดกิจกรรมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทักษะผู้ป่วยโรคเบาหวาน เน้นเรื่องการกินยาเบาหวาน เนื่องจากทราบแล้วว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานกินยาไม่ค่อยเหมาะสม โดยเชิญเภสัชกรโรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด มาสอนเรื่องการรับประทานยาให้ถูกต้อง และการให้ความรู้เรื่องอาหารรสหวาน โดยใช้เกมส์ชิมหวาน แบ่งความหวานเป็น 3 ระดับ ให้ผู้ป่วยเข้ามาชิมครั้งละคนจนครบ ถ้ามระดับความหวานที่ชิมทั้ง 3 ครั้ง ว่าที่กินเป็นประจำคือความหวานครั้งที่เท่าไรของการชิม ระดับความหวานว่าที่เหมาะสมอยู่ที่ระดับใด แบ่งกลุ่มตามระดับความหวานที่ชอบกินประจำ ให้แลกเปลี่ยนของอาหารที่ใกล้เคียงกับระดับความหวานที่ชอบเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกกระปรทานอาหารที่ระดับความหวานที่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน ฝึกประกอบอาหาร 2 ตำรับ ได้แก่ ซุปเห็ดรวม อ่อมไก่ เพิ่มไข่คนละ 1 ฟอง เหมือนครั้งที่ 1 ออกกำลังกายโดยใช้แรงต้าน เรียนรู้วิถีชีวิต การล้างการหั่นผัก การชิมรสชาติเน้นการลดระดับความเค็มและกลมกล่อม สอนการบันทึกการกินและการออกกำลังกายที่บ้านตามคู่มือและนัดหมายติดตามเยี่ยมในคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโทรสอบถามการบันทึกการกิน

จากกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และการฝึกปฏิบัติทำให้ผู้ป่วยสามารถแยกระดับความหวานของอาหารได้ และสามารถประกอบอาหาร ทำน้ำสมุนไพร และออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม และมีความเข้าใจเรื่องการรับประทานยาที่ถูกต้อง ดังข้อมูล

“ลด หวาน มันลง ตั้งแต่เข้าร่วมกิจกรรมมานั้นแหละ เพราะหมอพูดให้ฟังว่ากินหวาน มันทำให้เบาหวานขึ้น ถ้ามहुบ้านไหนก็บอกว่าไม่ค่อยกินหวานతోได้”

(ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 1, 2564 : สัมภาษณ์ 16 มิถุนายน 2564)

“เดี๋ยวนีก็แม่นั้นแหละทำกินเอง ลูกสาวไปกรุงเทพฯ ไปหาเงินแล้ว กะยากอยู่มันเฒ่า กะต้องหากินเอง บางวันกะลืมกินยา แต่มี อสม.ไปแนะนำกะดีขึ้น จัดยาไว้เป็นเวลาไว้ อาหารกะกิน อาหารจืดๆ ต้มผัก ลวกผัก ของมัน ของหวานกะไม่ค่อยกินแล้ว”

(ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 2, 2564 : สัมภาษณ์ 16 มิถุนายน 2564)

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ครั้งที่ 3 ในวันที่ 21 กรกฎาคม 2564 เวลา 09.00 – 15.30 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหนองยาง ตำบลกกกุง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พฤติกรรมการกิน การออกกำลังกายของผู้ป่วยในชุมชนและติดตามการปลูกผักที่บ้าน แลกเปลี่ยนผลการติดตามเยี่ยมและปรับชุดความรู้ตามแนวทางเนื่องจากพบว่ายังมีการรับประทานข้าวเหนียวโดยให้ สอนเรื่องอาหารสูตร 2 1 1 (ผัก ข้าว โปรตีน)

จากการลงติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า ในยุคสมัยทุนนิยมบริโภคนิยม ผู้คนต่างต้องดิ้นรน หาเงิน ไปทำงานตามแหล่งอุตสาหกรรมต่าง ๆ ทำให้กลุ่มเบาหวานซึ่งส่วนมากเป็นผู้สูงอายุต้องเลี้ยงดู บุตรหลาน การเสื่อมตามวัยและภาระที่มากขึ้นจากการดำเนินชีวิต ทำให้ดูแลตนเองน้อยลง จนเกิด ภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน และจากกระบวนการจัดการเรียนรู้ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ดังข้อมูล

“บางวันก็ได้เดินออกกำลัง ยืดเหยียด เดินอ้อมบ้าน บางวันก็หมุนสูตราสุขภาพ ไม่ได้ทำทุกวัน เท่าไหรเพราะมีหลาน ตื่นออกมาเขาก็ตื่นด้วย แต่ก็ทำได้บ่อยขึ้น”

(ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 1 , 2564 : สัมภาษณ์ 21 กรกฎาคม 2564)

“อสม. มาบอกดู กินข้าวเป็นเวลาหลายขึ้น เมื่อก่อนกล้วยบ่ค่อยได้กินเลย มีแต่ให้ หลานเดี๋ยวนี หากินทุกคาบ แต่ก็ม่แต่ห่วยหลานย่านเขาบ่ได้กิน”

(ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 2 , 2564 : สัมภาษณ์ 21 กรกฎาคม 2564)

“เดี๋ยวนี้เข้าใจแล้วว่ากินห่อได้ พอบันทึกการกินกะรู้เลยว่าป็นหยังเบาหวานจั่งขึ้น ได้ ย้อนคิดหลายขึ้น รู้เลยว่าเจ้าของกินขาดหรือเกิน เดี่ยวนี้ เลือกกินหลากหลาย พาทำโครงการนี้ดี คือสิ บมีโรคแทรกซ้อน มันกินถูก กะฟื้นคืนชีวิตขึ้นมาเพราะกินถีนี่แหละ”

(ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 3 , 2564 : สัมภาษณ์ 21 กรกฎาคม 2564)

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ครั้งที่ 4 วันที่ 20 สิงหาคม 2564 เวลา 09.00 – 15.30 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองยาง ตำบลกกกุง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการสอนอาหารสูตร 2 1 1 สาคิต และฝึกปฏิบัติการชั่งตวงวัดผักครึ่งละ 1 กำมือ การนับจำนวน การตวงโดยใช้ถ้วยขนาดกลางที่ใช้บ่อย ในพื้นที่ เพื่อเรียนรู้ปริมาณการกินผักในแต่ละมื้อ โดยให้ผู้ป่วยเตรียมผักที่กินประจำมาด้วย มีการชั่ง ตวงวัดผักที่กำ การออกกำลังกายโดยใช้แรงต้าน ประกอบอาหาร 2 ตำรับคือ ตำมะละกอ แกงบวบใส่ ปลาอย่าง เพื่อให้รับประทานคนละ 1 พองเหมือนครั้งที่ 1 และ 2 เรียนรู้วัตถุดิบในตำรับ มีการ ชิมรสชาติเน้นการลดระดับความเค็มและกล่มล่อมและวัดระดับความเค็มด้วยเครื่องวัดความเค็ม เปรียบเทียบกับการชิมเพื่อให้กลับไปทำที่บ้าน ประเมินการนำใช้ตำรับที่บ้านครั้งที่ 2 นัดติดตามใน คลินิกเบาหวานโดยให้นำคู่มือบันทึกการกินและการออกกำลังกายมาด้วย

จากการร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และสามารถปฏิบัติเรื่องการ กินอาหารที่เหมาะสมได้ และประมาณการกินผักในแต่ละมื้อได้ ดังข้อมูล

“เรื่องอื่นทำได้ทุกอย่าง ออกกำลังกายและการจัดการความเครียด เรื่องกินนี่มันยาก ถ้าวร่อยมันก็ไม่อยากอิม มันเลยยากยังงี้ละเรื่องกิน แต่กะได้รู้แล้วว่าต้องกินให้พอดี”

(ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 1, 2564 : สัมภาษณ์ 20 สิงหาคม 2564)

“ระวังยากก็กินนี้แหละ ไม่ระวังยากได้ยังงี้ อะไรที่มันอร่อย ๆ ก็กินได้หลาย อันไหนบ อร่อยกะกินแค่นิดเดียว กินแค่ให้อิม แต่กะเข้าใจละว่าให้ลดแบ่งกะน้ำตาล จะกินผักให้ได้ตามที่หมอบอก”

(ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 2, 2564 : สัมภาษณ์ 20 สิงหาคม 2564)

3. ขั้นตอนการสังเกตผล (Observation)

ผู้วิจัยสังเกตการมีส่วนร่วมในกิจกรรมติดตามสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมือง สรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการดำเนินงาน ได้แก่ ประเมินความรู้ ทักษะ การ ปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน โดยการสัมภาษณ์หลังจากที่ได้ให้ความรู้และจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยแบบบันทึก ประจำตัวผู้ป่วยและการสัมภาษณ์ ประเมินภาวะสุขภาพหลังการจัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้ป่วยเบาหวาน โดยการตรวจสุขภาพผู้ป่วยหลังจากการจัดกิจกรรมพัฒนา และประเมินการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยแบบบันทึกการสังเกตและสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีผลการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ดังนี้

ตาราง 16 แสดงผลการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

แผนงานโครงการ/	กิจกรรม	เป้าหมาย	ระยะเวลา ดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน
โครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด	1.จัดเวทีประชุมสร้างความเข้าใจและถ่ายทอดนโยบายลงสู่พื้นที่ตำบล	.1เพื่อสร้างการรับรู้และความร่วมมือในระดับพื้นที่	พ .ค.64	.1ภาคีเครือข่ายในระดับตำบลมีความรู้ความเข้าใจแนวทางการดำเนินงาน
	2.จัดอบรมแกนนำดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนและอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานครั้งที่ 1	1.เพื่อสร้าง อสมแกนนำให้มี. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน 2.เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการรับประทานอาหารแลกเปลี่ยน รับประทานอาหารแลกเปลี่ยน 3.อาหารปรับสมดุลและผักที่มีฤทธิ์ทางยาและผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองก่อนดำเนินงาน	พ .ค.64	1.มีแกนนำดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อเนื่องในชุมชนหมู่บ้านละ 2 คน 2.ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวาน เรื่องอาหารแลกเปลี่ยน และรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเอง

ตาราง 16 แสดงผลการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด (ต่อ)

แผนงานโครงการ/	กิจกรรม	เป้าหมาย	ระยะเวลา ดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน
3อบรม. ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมผู้ป่วย เบาหวานครั้งที่2	1.เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ เรื่องการรับประทานยาและมี ความรู้เรื่องอาหารรสหวาน การ ออกกำลังกายโดยใช้แรงต้านได้อย่าง เหมาะสม การทำน้ำสมุนไพร ปรับสมดุล	มิ.ย.64	1.ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และ สามารถออกกำลังกายโดยใช้แรง ต้านได้ สามารถทำน้ำสมุนไพร ปรับสมดุล และสามารถแยกระดับ อาหารรสหวานได้	
4อบรม. ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมผู้ป่วย เบาหวานครั้งที่3	เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรม การกิน การออกกำลังกายของ ผู้ป่วยในชุมชนและติดตามการ ปลูกผักที่บ้าน	ก.ค.64	1.ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรม การกิน การออกกำลังกายที่เหมาะสม ที่บ้านตนเอง โดยการติดตามดูแล ต่อเนื่องของ อสมแกนนำ และมี. การปลูกผักไว้กินเองเพิ่มมากขึ้น	
5อบรม. ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมผู้ป่วย เบาหวานครั้งที่4	1.เพื่อสอนอาหารสูตร 2 1 1 สาธิตและฝึกปฏิบัติการชั่งตวงวัด ผัก	ส.ค.64	1.ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เรื่องการ รับประทานอาหารสูตร 2 1 1 และสามารถประมาณการผักที่ รับประทานในแต่ละวัน	

3.1) ความรู้โดยรวมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหลังการพัฒนาผู้ป่วย
เบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 56.0 ทักษะโดยรวมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย
เบาหวานหลังการพัฒนาผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีทักษะในระดับดี ร้อยละ 80.0 การปฏิบัติตัว
โดยรวมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังการพัฒนาผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีการปฏิบัติ
ตัวในการดูแลตนเองในระดับพอใช้ ร้อยละ 60.0

3.2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหลังจากการจัดกิจกรรม
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังตาราง 17

ตาราง 17 ร้อยละพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานหลังการพัฒนา (n=25)

พฤติกรรมของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน	หลังการพัฒนา		เพิ่มขึ้น จำนวน(ร้อยละ)
	เหมาะสม จำนวน(ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม จำนวน(ร้อยละ)	
1.ประเภท			
1.1 คาร์โบไฮเดรต(เน้นให้กินข้าวเจ้า)			
- การกินข้าว	21(84.0)	4(16.0)	12(48.0)
1.2 โปรตีน (การเลือกโปรตีน)	16(64.0)	9(36.0)	16(64.0)
1.3 ไขมัน (วิธีประกอบอาหาร)	18(72.0)	7(28.0)	15(60.0)
2.ปริมาณ			
- กินผัก 400 กรัม/วัน	16(64.0)	9(36.0)	16(64.0)
- กินข้าวมีธัญไม่เกิน 2 ส่วน	18(72.0)	7(28.0)	14(56.0)
3.การปรุง (ลดลง)			
- กินหวาน	21(84.0)	4(16.0)	13(52.0)
- กินมัน	17(68.0)	8(32.0)	12(48.0)
- กินเค็ม	15(60.0)	10(40.0)	14(56.0)
- กินเผ็ด	17(68.0)	8(22.0)	14(56.0)
4.การปลุก			
- ปลุกผักอย่างน้อย 5 ชนิด	22(88.0)	3(12.0)	22(88.0)
- ปลุกผักฤทธิ์เย็น	25(100.0)	0(0.0)	25(100.0)
5.การปรับเปลี่ยนการกิน(กินอาหารปรับสมดุล)			
5.1 เปลี่ยนการเตรียมและการเลือกวัตถุดิบ			
- การล้างผัก	14(56.0)	11(44.0)	14(56.0)
- การหั่นผัก	17(68.0)	8(32.0)	17(68.0)

ตาราง 17 ร้อยละพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานหลังการพัฒนา (n=25) (ต่อ)

พฤติกรรมของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน	หลังการพัฒนา		เพิ่มขึ้น จำนวน(ร้อยละ)
	เหมาะสม จำนวน(ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม จำนวน(ร้อยละ)	
5.2 เปลี่ยนการเลือกผัก			
- เลือกกินผักฤทธิ์เย็นเป็นหลัก	16(64.0)	9(36.0)	14(56.0)
- เลือกกินผักหลากหลาย	25(100.0)	0(0.0)	18(72.0)
- เลือกผักโดนคั้นเป็นน้ำสมุนไพรปรับสมดุล	13(52.0)	12(48.0)	13(52.0)
- เลือกกินผักก่อนมื้ออาหารหรือก่อนนอน	20(80.0)	5(20.0)	18(72.0)
- เลือกผักที่มีฤทธิ์ทางยาลดน้ำตาลในเลือด	21(84.0)	4(16.0)	17(68.0)
- เลือกผักที่ไม่ปนเปื้อนสารเคมี	18(72.0)	7(28.0)	10(40.0)
5.3 การปรุง			
- เลิกใส่ผงชูรสในอาหาร	3(12.0)	22(88.0)	3(12.0)
- ลดการกินผงชูรสลง	18(72.0)	7(28.0)	15(60.0)
- ปรุงรสจืดลงจากปกติทั่วไปร้อยละ 60.00 -70.00	15(60.0)	10(40.0)	14(56.0)
- ใช้ผักขยาและใบเตยต้มเป็นน้ำชุปและให้ความสดใหม่ของผักเพิ่มรสชาติให้หวานกลมกล่อม	10(40.0)	15(60.0)	10(40.0)
5.4 การออกกำลังกาย			
- ออกกำลังกายอย่างน้อย 5 วัน	14(56.0)	11(44.0)	10(40.0)
- ออกกำลังกายโดยใช้แรงต้าน	11(44.0)	14(56.0)	11(44.0)
- การออกกำลังกายรูปแบบอื่น ๆ	25(100.0)	0(0.0)	21(84.0)
5.5 การนำตำรับอาหารปรับสมดุลไปใช้ที่บ้าน	25(100.0)	0(0.0)	21(84.0)

3.3) ภาวะสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ดัชนีมวลกายและน้ำหนัก ลดลงร้อยละ 64.00 และ 60.00 รอบเวลาดลดลงร้อยละ 60.00 ค่า HbA1C น้อยกว่า 7 คิดเป็นร้อยละ 28.0 ลดลงจากเดิมคิดเป็นร้อยละ 76.00

3.4) ประเมินผลกระบวนการโดยการสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนของการศึกษา โดยเฉพาะขึ้นวางแผนการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด และคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเด็นเบาหวาน มีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกระบวนการวางแผน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลและพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด และได้ถ่ายทอดนโยบายประเด็นการดำเนินงานลงสู่ระดับพื้นที่ ตำบล หมู่บ้าน ต่อไป คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตประเด็นเบาหวานของอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโรคเบาหวาน และกำหนดแผนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน และเสนอแนวทางการดำเนินงานให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการตัดสินใจ และกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน รวมทั้งจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ร่วมกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเชิงวิชาชีพเบาหวาน และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน การบันทึกภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่องทุกราย รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลและสะท้อนผลการดำเนินงาน

4. ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection)

ขั้นตอนการการสะท้อนผล (Reflection) ผู้วิจัยใช้รูปแบบการจัดประชุมถอดบทเรียน ผู้เกี่ยวข้องเพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ วิเคราะห์การบรรลุเป้าหมาย สรุปผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ สรุปสิ่งที่ต้องพัฒนาปรับปรุง พัฒนาแผนที่ไม่บรรลุเป้าหมาย และนำผลการสรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการมาปรับแผนใหม่ เพื่อนำไปสู่การดำเนินงานในรอบต่อไป โดยการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด พร้อมด้วยคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเด็นเบาหวาน ในวันที่ 17 กันยายน 2564 เวลา 08.30 – 12.00 น. ณ ที่ว่าการอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ โดยนำเสนอผลการดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จและสิ่งที่ยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ ตามแผนปฏิบัติการการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด สิ่งที่ประสบผลสำเร็จและดำเนินงานได้ตามแผนปฏิบัติการการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ในวงจรพัฒนาคุณภาพ PAOR

วงรอบที่ 1 ซึ่งจากการถอดบทเรียนพบว่า การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด มีผลการดำเนินงานเชิงประจักษ์ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น การสนับสนุนงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินกิจกรรม การเคลื่อนตัวของคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ลงไปขับเคลื่อนดำเนินงานร่วมกับภาคเครือข่ายในระดับพื้นที่ การให้ความสำคัญเชิงนโยบายมีการถ่ายทอดนโยบาย รูปแบบการดำเนินงาน และกำหนดเป้าหมายการทำงานลงสู่พื้นที่ ให้ภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่มีความเข้าใจและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ดังข้อมูล

“การดำเนินงานที่ผ่านมาต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นทางฝ่ายวิชาการ ทางผู้เชี่ยวชาญเฉพาะเรื่องเบาหวาน ทางด้านการสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่นที่มีส่วนสำคัญ และที่ขาดไม่ได้คือ ภาคประชาชน อสม.แกนนำที่ได้ร่วมลงมือปฏิบัติในชุมชน”

(คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด คนที่ 1, 2564 : สัมภาษณ์ 17 กันยายน 2564)

“ในการดำเนินงานต่อไปข้างหน้า ในส่วนของท้องถิ่นก็จะสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง โดยจะเชิญเครือข่ายของท้องถิ่นทุกตำบลให้ดำเนินการไปในรูปแบบเดียวกัน”

(คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด คนที่ 2, 2564 : สัมภาษณ์ 17 กันยายน 2564)

“รู้สึกดีใจและภูมิใจแทนพี่น้องประชาชน ตามที่ผมได้เข้ามาเป็นคณะกรรมการ และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและเสนอแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน จนทำให้เกิดกิจกรรมที่ดีในการดำเนินงานถึงในระดับหมู่บ้านชุมชน”

(คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด คนที่ 3, 2564 : สัมภาษณ์ 17 กันยายน 2564)

“รู้สึกดีใจหลาย ๆ ที่เห็นหัวหน้าทุกท่านให้ความสำคัญ และมีการลงไปเยี่ยมฉันทันถึงบ้านขอบคุนที่เฝ้าให้เกิดกิจกรรมดี ๆ แบบนี้”

(ตัวแทนผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ 1, 2564: สัมภาษณ์ 17 กันยายน 2564)

ผู้วิจัยนำเสนอผลการดำเนินงานให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทราบ โดยนำเสนอผลการดำเนินประสบผลสำเร็จตามแผนการดำเนินงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม

ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

1) ประเมินผลกระบวนการโดยการสังเกตการณ์ การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนของการศึกษา ภาคีเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมกระบวนการในทุกกระบวนการเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลของการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

2) คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเด็นเบาหวาน ร่วมกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน มีการติดตามผลของการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

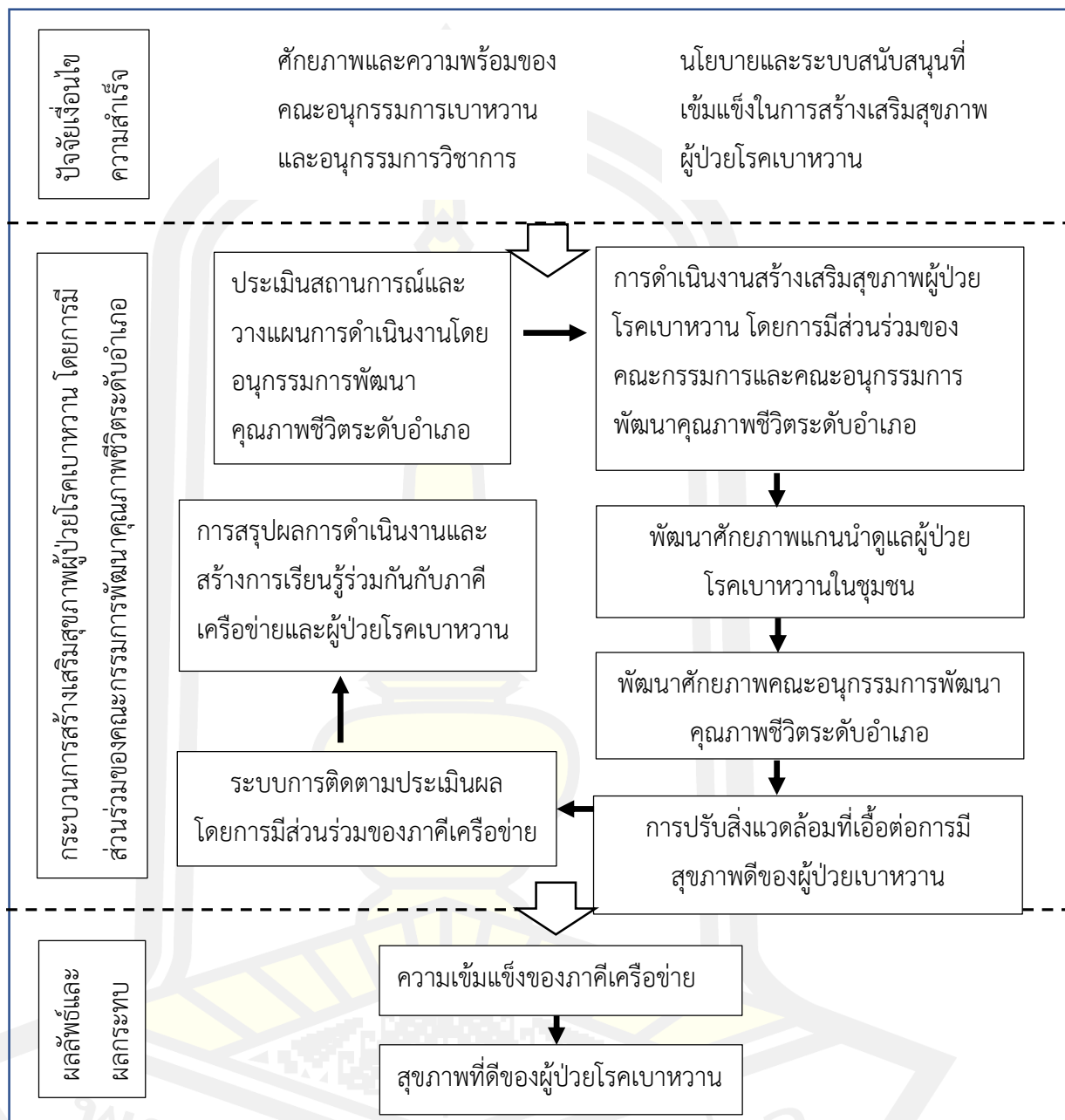
3) หลังสิ้นสุดโครงการผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้โดยรวมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 56.00 ทักษะคิดโดยรวมเกี่ยวกับการดูแลตนเองส่วนใหญ่มีทักษะคิดในระดับดี ร้อยละ 80.00 การปฏิบัติตัวโดยรวมในการดูแลตนเองส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในระดับพอใช้ ร้อยละ 60.00 และภาวะสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ดัชนีมวลกายและน้ำหนัก ลดลงร้อยละ 64.00 และ 60.00 รอบเอวลดลงร้อยละ 60.00 ค่า HbA1C น้อยกว่า 7 คิดเป็นร้อยละ 28.00 ลดลงจากเดิมคิดเป็นร้อยละ 76.00

สิ่งที่ต้องพัฒนาเพื่อประสบผลสำเร็จและดำเนินงานได้ตามแผนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

1) ติดตามผลการดำเนินงานหลังสิ้นสุดโครงการอย่างต่อเนื่องทุกราย

2) การพัฒนาองค์ความรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพ ให้ผู้ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานทุกระดับ ทั้งภาควิชาการ วิชาชีพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเบาหวาน

ซึ่งจากการดำเนินงานได้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน มีปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จ ได้แก่ ศักยภาพและความพร้อมของคณะอนุกรรมการเบาหวานและอนุกรรมการวิชาการ และการมีนโยบายและระบบสนับสนุนที่เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานของภาคีเครือข่าย



ภาพประกอบ 5 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

4.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดย การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด มีขั้นตอน ที่สำคัญ ได้แก่

1) ขั้นตอนการวางแผน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการประเด็นเบาหวานและ คณะอนุกรรมการวิชาการ ที่ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วย เบาหวานของพื้นที่ และอำนวยความสะดวกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด มีบทบาททั้งด้านวิชาการ ด้านการประสานงานและกระบวนการทำงานในพื้นที่ และที่ สำคัญยังมีบุคคลที่สำคัญที่มีศักยภาพ มีจิตอาสา อยู่ในคณะกรรมการและคอยเชื่อมประสานทีม เกาะติดสถานการณ์การทำงานอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากคณะทำงานทุกคนมีศักยภาพการทำงานที่ แตกต่างกัน

2) ขั้นตอนของการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมือง สรวง ให้มีความรู้ความเข้าใจถึงสถานการณ์ปัญหาเบาหวานของอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ร่วมกันและแบ่งบทบาทหน้าที่การทำงานในการลงดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชน

3) ขั้นตอนการพัฒนาศักยภาพแกนนำดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ให้มีองค์ความรู้ใน การดำเนินงานติดตามกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

4) ขั้นตอนการร่วมดำเนินงานดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน มีการสร้าง การรับรู้ สร้างความเข้าใจลงสู่ระดับพื้นที่ตำบล หมู่บ้าน โดยการถ่ายทอดนโยบายของนายอำเภอซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จนทำให้เกิดความ เข้าใจ มีเป้าหมายและทิศทางการทำงานร่วมกัน เกิดความร่วมมือในระดับพื้นที่ โดยการสนับสนุน งบประมาณของท้องถิ่น และมีการดำเนินกิจกรรมในระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง

5) ขั้นตอนการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปลูกพืชผักไว้รับประทานเอง การมีแกนนำในชุมชน ติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

6) ขั้นตอนการติดตามประเมินผล มีระบบการติดตามประเมินผลที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเด็นเบาหวาน ร่วมกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ร่วมกันติดตามสนับสนุนและประเมินผลการ สร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานถึงในระดับชุมชน ครอบครัว

7) ขั้นตอนการสรุปผลการดำเนินงาน โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมือง
สรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ร่วมกับคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด
ร่วมกับผู้ปวยเบาหวานในการจัดเวทีสรุปบทเรียน เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน สิ่งทีประสบผลสำเร็จ
จากการดำเนินงาน



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัย เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

5.1.1 บริบทการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด มีการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการเป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 แต่ภาพรวมการดำเนินงานที่เชื่อมประสานการทำงานตั้งแต่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ลงไปสู่ระดับพื้นที่ตำบลและหมู่บ้านนั้น ยังไม่เกิดรูปธรรมการทำงานที่ชัดเจน การศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า การดำเนินงานของอำเภอเมืองสรวงที่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเด็นเบาหวาน มีผลทำให้การดำเนินงานเชื่อมร้อยการทำงานในระดับอำเภอลงไปสู่พื้นที่ได้เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะคณะกรรมการวิชาการที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ต่าง ๆ และเสนอให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ได้เห็นความสำคัญถึงสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับอำเภอ จนตัดสินใจนำมาเป็นประเด็นที่ใช้ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาของอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด พร้อมทั้งได้กำหนดเป้าหมาย แนวทางการดำเนินงานร่วมกันกับภาคีที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่

5.1.2 กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการโดยการ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเด็น เบาหวานที่เป็นทีมทำงานที่เข้มแข็ง และมีการทำงานร่วมกันอยู่แล้วในพื้นที่ ซึ่งประกอบไปด้วย ทีมสหวิชาชีพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสรวง และตัวแทนจากภาคประชาชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมีคณะกรรมการวิชาการที่ช่วยทำให้เกิดการประสาน การทำงานจากระดับอำเภอสู่พื้นที่ระดับตำบล มีบทบาทสำคัญตั้งแต่การรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาของอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาโดยใช้เครื่องมือต้นไม้ปัญหา ถือว่าเป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกันของทีม ตั้งแต่ระดับอำเภอลงไปสู่ พื้นที่ จนเกิดแผนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมกับพื้นที่และ ผู้ป่วยเบาหวาน โดยปรับให้เหมาะสมกับสภาพบริบทของพื้นที่และความต้องการของผู้ป่วย และ นำเสนอแผนการดำเนินงานให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัด ร้อยเอ็ด ให้ความเห็นชอบ ร่วมตัดสินใจ กำหนดเป็นแนวทางการทำงานและถ่ายทอดลงไปสู่การ ทำงานในระดับพื้นที่ตำบล หมู่บ้าน คณะกรรมการยังมีบทบาทที่สำคัญที่ทำให้เกิดการนำแผนสู่ การปฏิบัติ โดยลงไปร่วมดำเนินการในระดับพื้นที่ตำบล มีการประชุมวางแผนแบ่งบทบาทหน้าที่ ภายในทีม รวมทั้งการเป็นวิทยากรในแต่ละครั้งของการจัดกิจกรรม โดยแบ่งตามความถนัดของแต่ละ บุคคล ทำให้เกิดการทำงานในระดับพื้นที่ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งเป็นไปได้ยากที่คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จะลงไปดำเนินการในระดับพื้นที่ เพราะมีข้อจำกัดหลายเรื่องตั้งแต่บทบาท หน้าที่ การเป็นหัวหน้าส่วนราชการ ตามที่ได้มีการวิเคราะห์การทำงานร่วมกันตั้งแต่ต้น นอกจากการ ที่ได้ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการร่วมกันแล้ว บทบาทที่สำคัญของอนุกรรมการคือการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน และสะท้อนผลการดำเนินงานให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ทราบถึงความก้าวหน้าและผล ของการดำเนินงานอยู่เป็นระยะ

5.1.3 ผลของกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จากการดำเนินงาน ตามแผนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จากการเก็บรวบรวมวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้านความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการสรุปข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบติดตามประเมินพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เบาหวาน และแบบประเมินภาวะสุขภาพหลังการพัฒนา มีผลการดำเนินงานดังนี้

1) ความรู้โดยรวมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหลังการพัฒนาผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 56.00 ทักษะโดยรวมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหลังการพัฒนาผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีทัศนคติในระดับดี ร้อยละ 80.00 การปฏิบัติตัวโดยรวมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังการพัฒนาผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในระดับพอใช้ ร้อยละ 60.00

2) ด้านพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานเหมาะสมเพิ่มขึ้น ได้แก่ การรับประทานอาหารประเภทข้าว โปรตีน ไขมัน ได้เหมาะสมเพิ่มขึ้น การรับประทานอาหารผักได้ปริมาณที่เพียงพอ 400 กรัม/วัน การกินข้าวไม่เกินมื้อละ 2 ส่วน ได้เหมาะสมเพิ่มขึ้น ในการปรุงอาหารรสหวาน มัน เค็ม ลดลง มีการปลูกผักเพิ่มมากขึ้นมากกว่า 5 ชนิด รวมถึงการปลูกผักที่มีฤทธิ์เย็นไว้รับประทานเพิ่มขึ้น การปรับเปลี่ยนการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้านและออกกำลังกายในรูปแบบอื่น ๆ เพิ่มขึ้น การเลือกรับประทานผักบ้านที่มีฤทธิ์เย็นเป็นหลัก และเลือกผักที่มีฤทธิ์ทางยาในการลดระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น มีการรับประทานน้ำสมุนไพรปรับสมดุลเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยบางรายสามารถเลือกรับประทานผงชูรสได้ และปรุงอาหารรสจืดลดความเค็มลงได้มากขึ้น

3) ด้านภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานหลังการพัฒนา พบว่า ดัชนีมวลกายและน้ำหนัก ลดลงร้อยละ 64.00 และ 60.00 รอบเอวลดลงร้อยละ 60.00 ค่า HbA1C น้อยกว่า 7 คิดเป็นร้อยละ 28.00 ลดลงจากเดิมคิดเป็นร้อยละ 76.00

5.2 อภิปรายผล

จากการสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการของภาคีเครือข่ายและผู้ป่วยเบาหวาน ส่งผลให้การวิจัยครั้งนี้ได้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งคณะกรรมการประกอบด้วย นายอำเภอเป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ มีคณะอนุกรรมการด้านวิชาการและคณะอนุกรรมการประเด็นการแก้ไขปัญหาเบาหวาน เพื่อสนับสนุนระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงาน และคืนข้อมูลให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และประชาชนในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของฤทัย วรรณวิจิตร (2561) ได้ศึกษาเรื่อง แนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ต้องมีสมรรถนะในการ

ดำเนินงานหลายด้าน ได้แก่ ความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง การให้คุณค่าการทำงานของทุกฝ่าย มีความสัมพันธ์ การสื่อสาร เช่นเดียวกับงานวิจัยของศรีเรือน ดีพูนู และประเสริฐ ประสมรักษ์ (2562) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่นาร่อง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 6 ด้าน ได้แก่ การควบคุมตนเอง การให้คุณค่า ความสัมพันธ์ การสื่อสาร การนำการเปลี่ยนแปลง และอำนาจ กระบวนการดำเนินงานมีขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพปัญหา การพัฒนาคณะกรรมการและเครือข่าย การนิเทศ ติดตาม สรุปผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ถอดบทเรียน พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ศิวาภรณ์ เงินราง (2562) และ คณะอนุกรรมการร่วมกับคณะอนุกรรมการวิชาการมีบทบาทในการบริหารจัดการระบบข้อมูล และมีการวางแผนการดำเนินงาน การร่วมลงมือปฏิบัติ การสังเกตผล และสะท้อนผลการดำเนินงาน เช่นเดียวกับการศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม ด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการของอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, วิมล แสงอุทัย, กมลชัย อมรเทพรักษ์ และสมนึก หงส์ยิ้ม (2560) มีองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอประกอบด้วย คณะทำงานและการบริหารจัดการ การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และการพัฒนาศักยภาพคณะทำงาน 2) กระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวงจรสร้างความรู้ประกอบด้วย ขั้นตอนวางแผน ขั้นลงมือปฏิบัติ ขั้นสังเกตผล และขั้นสะท้อนกลับเพื่อการจัดการความรู้ และ 3) ผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดสูงกว่าก่อนดำเนินโครงการ และสอดคล้องกับกระบวนการพัฒนาสุขภาพพอเพียงในชุมชนซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า องค์ประกอบที่สำคัญของการจัดบริการสุขภาพ คือ การมีเครือข่ายที่ให้บริการครอบคลุมความจำเป็นของกลุ่มเป้าหมายรวมถึงกิจกรรมการป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ปราศจากอุปสรรคทั้งในเรื่องค่าบริการ ภาษา วัฒนธรรมหรือภูมิประเทศ โดยมีเครือข่ายการให้บริการไปถึงระดับชุมชน

จากการเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัว ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนโดยเน้นให้ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานอาหารที่คำนึงถึงสมดุลในร่างกายคือร้อนและเย็นตามแนวทางการปรับสมดุลในร่างกาย เช่นเดียวกับงานวิจัยของใจเพชร กล้าจน (2560) อาหารแพทย์วิถีธรรม ซึ่งหลังจากการจัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด มีผลการดำเนินงาน

ดังนั้น ความรู้โดยรวมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหลังการพัฒนาผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 56.00 ทักษะโดยรวมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหลังการพัฒนาผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีทัศนคติในระดับดี ร้อยละ 80.00 การปฏิบัติตัวโดยรวมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังการพัฒนาผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในระดับพอใช้ ร้อยละ 60.00 สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพรรณ จักรแก้ว (2561) ได้ศึกษาเรื่อง การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานตำบลลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง และการดูแลตนเอง ทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับดี ด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานเหมาะสมเพิ่มขึ้น ได้แก่ การรับประทานอาหารประเภทข้าว โปรตีน ไขมัน ได้เหมาะสมเพิ่มขึ้น การรับประทานผักได้ปริมาณที่เพียงพอ 400 กรัม/วัน การกินข้าวไม่เกินมื้อละ 2 ส่วน ได้เหมาะสมเพิ่มขึ้น ในการปรุงอาหารรสหวาน มัน เค็ม ลดลง มีการปลูกผักเพิ่มมากขึ้นมากกว่า 5 ชนิด รวมถึงการปลูกผักที่มีฤทธิ์เย็นไว้รับประทานเพิ่มขึ้น การปรับเปลี่ยนการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้านและออกกำลังกายในรูปแบบอื่น ๆ เพิ่มขึ้น การเลือกรับประทานผักบ้านที่มีฤทธิ์เย็นเป็นหลัก และเลือกผักที่มีฤทธิ์ทางยาในการลดระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น มีการรับประทานน้ำสมุนไพรปรับสมดุลเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยบางรายสามารถเลือกรับประทานผงชูรสได้ และปรุงอาหารรสจัดลดความเค็มลงได้มากขึ้น ภาวะสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ดัชนีมวลกายและน้ำหนัก ลดลงร้อยละ 64.00 และ 60.00 รอบเอวลดลงร้อยละ 60.00 ค่า HbA1C น้อยกว่า 7 คิดเป็นร้อยละ 28.00 ลดลงจากเดิมคิดเป็นร้อยละ 76.00 ผลการวิจัยครั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ดวงดาว สารัตน์ และคณะ (2560) ได้ศึกษาเรื่อง นวัตกรรมพัฒนาเกษตรอินทรีย์ ด้วยกระบวนการจิตตนิยามเชิงพุทธ เพื่อลดภาวะเสี่ยงเบาหวาน พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ในระดับที่สูง คิดเป็นร้อยละ 89.29 เจตคติอยู่ในระดับมากคิดเป็นค่าคะแนนระดับ 4.27 ด้านการปฏิบัติตัวเหมาะสมเพิ่มขึ้น ได้แก่ ด้านการกิน การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ด้านภาวะเสี่ยงเบาหวาน พบว่า ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ร้อยละ 100.00 ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงถึงระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 84.61 ที่เป็นอย่างนี้ อาจเป็นเพราะว่าวิจัยดังกล่าวมีการติดตามประเมินการรอบรู้ทางด้านสุขภาพ และประเมินพฤติกรรมหลายครั้ง และทำอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยรู้ตัวเองและมีการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องขณะที่วิจัยเรื่องนี้มีการติดตามประเมินผลเดือนละครั้ง ทำให้การติดตามกระตุ้นและสนับสนุนเพื่อแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยเบาหวานทำได้น้อย

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) ชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการเฝ้าระวังปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ควรสนับสนุนและมีนโยบายในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง โดยการส่งเสริมความรู้ให้กับประชาชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ

3) ควรมีการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตหรือคณะกรรมการด้านต่าง ๆ ให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

4) หากต้องการพัฒนาให้บรรลุเป้าหมาย จะต้องประสานกลุ่มองค์กรชุมชน ภาคเอกชน หน่วยงานอื่น ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอน เพื่อเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมให้กับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพที่ดีของประชาชนในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการติดตามผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะยาวและความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2) ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือมีปัจจัยอะไรที่ส่งผลให้เกิดปัญหาหลังจากการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

3) ควรมีการนำเอาเทคนิคการมีส่วนร่วมไปใช้ในการแก้ไขปัญหาประเด็นอื่น ๆ เพราะเป็นกระบวนการที่นำไปสู่การทำความเข้าใจประเด็นปัญหา และสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการคิด ริเริ่ม วางแผน ดำเนินการ ตัดสินใจ แบ่งปัน และการติดตามประเมินผล

บรรณานุกรม



พูน ปณ จิต ชีเว

บรรณานุกรม

- กมลพรรณ จักรแก้ว. (2561). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- กรมควบคุมโรค. (2559). คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน : ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs). นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติพร ปัญญาภิบาล. (2549). รูปแบบของวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการในชั้นเรียน : กรณีศึกษา สำหรับครูประถมศึกษา. เชียงใหม่: ภาควิชาประเมินผลและวิจัยการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, วิมล แสงอุทัย, กมลชัย อมรเทพรักษ์ และสมนึก หงส์อิม. (2560). ระบบสุขภาพอำเภอเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการของอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี. (2560). วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 24(2), พฤษภาคม – สิงหาคม.
- จันทรา สุวรรณอยู่ศิริ รักชนก จันทรเพ็ญ. (2562). The Result of Health Promoting Program for Diabetes Patients without Insulin at Dammoen Saduak Hospital. หัวหินสาร, 4(1).
- จินตวีร์ เกษมสุข. (2554). แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน *Public Participation Approach for Sustainable Community Development*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ใจเพชร กล้าจน. (2560). ความเจ็บป่วยกับการดูแลสุขภาพแนวเศรษฐกิจพอเพียงตามหลักแพทย์ทางเลือกวิถีพุทธ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาพพึ่งตน ตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง สวนป่าบุญ อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนบูรณาการศาสตร์ คณะบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- ดวงดาว สารัตน์. (2560 ก). คู่มือโภชนาการกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน. ถ่ายเอกสาร.
- ดวงดาว สารัตน์. (2560 ข). นวัตกรรมพัฒนาเกษตรเกษตรอินทรีย์ด้วยกระบวนการจิตตนิยามเชิงพุทธ เพื่อลดภาวะเสี่ยงเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขานวัตกรรม เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- ถวิลวดี บุรีกุล. (2551). การมีส่วนร่วม แนวคิด ทฤษฎีและกระบวนการ. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.

เทพ หิมะทองคำ และคณะ. (2552). *ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.

ธีรฤทธิ เอกะกุล. (2552). *ระเบียบวิธีวิจัยพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.

นัยนา หนูนิล. (2543). *การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ*. ใน สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยธา และ รวมพร คงกำเนิด. *การส่งเสริมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล*. (หน้า 147-163). นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

นิตย์ ทศนิยม. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพ : การสร้างพลังอำนาจ*. ขอนแก่น : คลังน่านวิทยา.

นิรมล เมืองโสม. (2553). *การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์แอนนาออฟเซต.

ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรม, (2554). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.

พชรวิรุ ทันละกิจ. (2554). *เบาหวาน ในศูนย์วิจัยและพัฒนาสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการหลักสูตร มาตรฐานโภชนาการสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์. (2554). *เอกสารการสอนชุดวิชาอาหารบำบัดโรค*. พิมพ์ครั้งที่ 16. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

ยุพาพร รูปงาม. (2545). *การมีส่วนร่วมของข้าราชการสำนักงานงบประมาณในการปฏิรูประบบราชการ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ.

ยุวดี รอดจากภัย. (2554). *การทำงานกับชุมชน : ผู้นำกับความสำเร็จของโครงการ*. กรุงเทพฯ : แผนงานการพัฒนาสถาบันการศึกษาสาธารณสุขให้เป็นองค์กรการสร้างเสริมสุขภาพ ระยะที่ 2 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัชนี้ คงคาอุยฉาย และริญ เจริญศิริ. (2552). *ชุดคู่มือดูแลสุขภาพด้วยอาหาร : โภชนาการกับผัก*. กรุงเทพฯ: สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิส่งเสริมโภชนาการ.

รุจิรา สัมมะสุติ. (2552). *หลักการปฏิบัติด้านโภชนาการบำบัด*. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปราจีนบุรี: สุพัตรการพิมพ์.

โรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรม & ราชกุมารี, (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.

ฤทัย วรรณวินิจ. (2561). *การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ*. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(2), พฤษภาคม-สิงหาคม

- วรารณ วงศ์ถาวราวัฒน์ และวิทยา ศรีมาดา. (2549). *การวินิจฉัยและการแบ่งประเภทเบาหวาน*. ใน
 ธิติ สนับบุญ และวรารณ วงศ์ถาวราวัฒน์. *การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม*. (หน้า 11-
 17). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันชัย วัฒนศัพท์. (2543). *คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจของชุมชน*. นนทบุรี:
 สถาบันพระปกเกล้า.
- วิฑิต วิตรานันท์. (2552). *ผลของการฝึกแอโรบิกแบบช่วงหนักสลับเบาผสมผสานกับการใช้แรงต้าน
 ที่มีต่อสุขสมรรถนะและหน้าที่การทำงานของเซลล์บุผนังหลอดเลือด ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 ชนิดที่ 2*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีเรือน ดีพูน และประเสริฐ ประสมรักษ์. (2562). *การศึกษาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหา
 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.).
 วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 6(4).*
- ศิริพร เพิ่มพูน. (2547). *ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ โยคะและการกำกับตนเองต่อระดับ
 ฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิวาภรณ์ เงินราง. (2562). *รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ
 อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข
 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 2(2), 108-114.*
- สำนักงาน. *หลักประกันสุขภาพเขต 7 ขอนแก่น*. (2557). *เอกสารประกอบการประชุมการดูแลผู้ป่วย
 เรื้อรังในระบบบริการปฐมภูมิ*. ขอนแก่น: สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 7.
- สุนีย์ มัลลิกะมาลย์. (2545). *รัฐธรรมนูญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพิทักษ์รักษา
 ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2557). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 22. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.
- สุภาภรณ์ ปิติพร. (2551). *บันทึกของแผ่นดิน 6 : สมุนไพรท้องถิ่น...ในวิถี ASEAN*. กรุงเทพฯ :
 มูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร.
- สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*.
 มหาสารคาม : สารคามการพิมพ์.
- สุรางค์ จันทวานิช. (2549). *การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์.
- อดิสร พวงชมพู และ เสถียร ทองสวัสดิ์. (2557). *ทำนา 1 ไร่ ได้เงิน 1 แสนบาท : สรรพสิ่ง มรดก
 มนุษยชาติ*. กรุงเทพฯ : ชิมเปิลเวย์.
- อรทัย ก๊กผล. (2546). *คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิปริญญาโทสำหรับ
 นักบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อวย เกตุสิงห์. (2554). *ผลงานของศาสตราจารย์นายแพทย์อวยเกตุสิงห์*. กรุงเทพฯ: ศิวพร.

Bloom, B. (1968). *Learning for Mastery. Evaluation Comment. Center for the Study of Instruction Program*. University of California at Los Angeles.

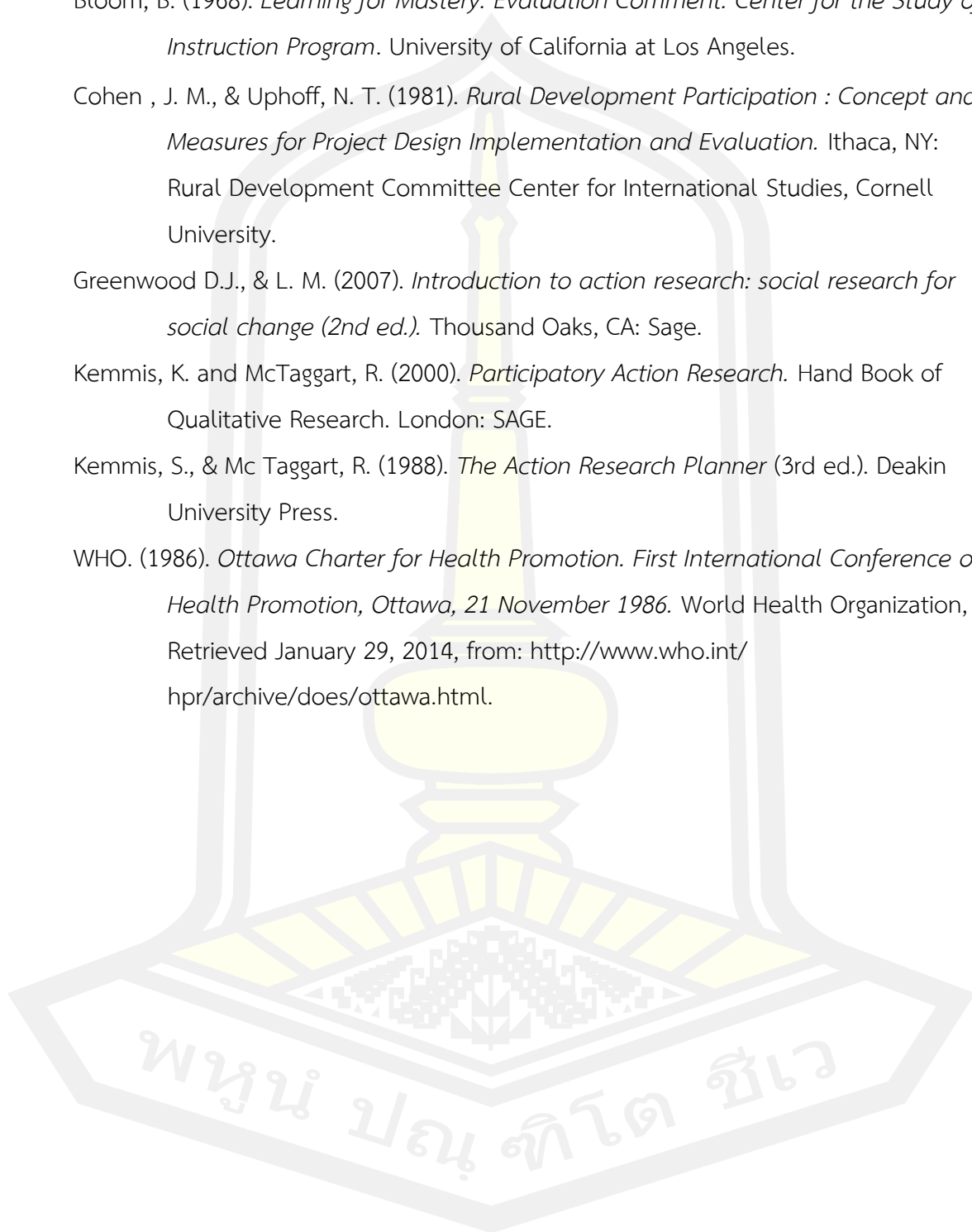
Cohen , J. M., & Uphoff, N. T. (1981). *Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation*. Ithaca, NY: Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University.

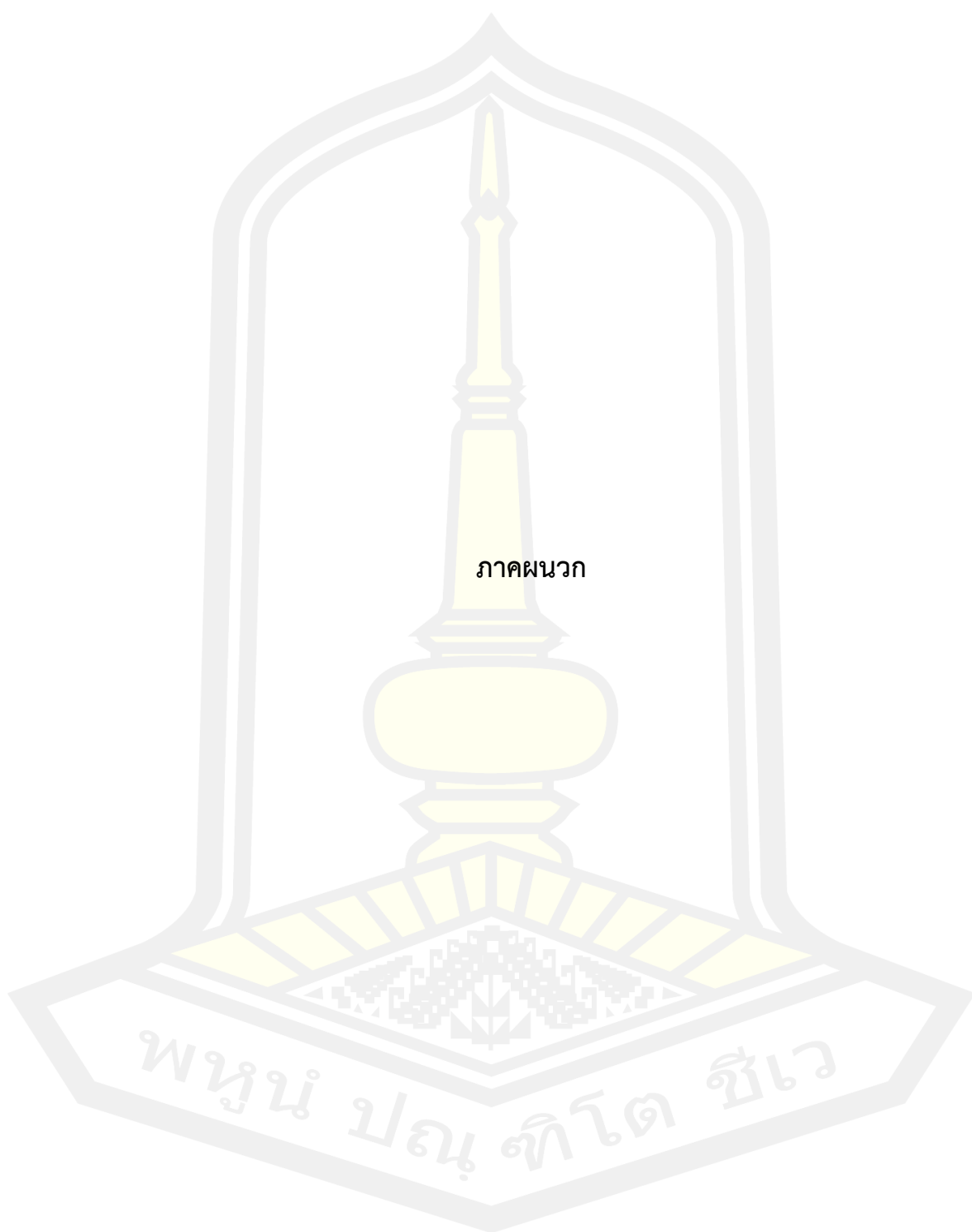
Greenwood D.J., & L. M. (2007). *Introduction to action research: social research for social change (2nd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Kemmis, K. and McTaggart, R. (2000). *Participatory Action Research*. Hand Book of Qualitative Research. London: SAGE.

Kemmis, S., & Mc Taggart, R. (1988). *The Action Research Planner* (3rd ed.). Deakin University Press.

WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986*. World Health Organization, Retrieved January 29, 2014, from: <http://www.who.int/hpr/archive/does/ottawa.html>.





ภาคผนวก

พูน ปณ จิต ชีวะ



ภาคผนวก ก

หนังสือรับจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

พูน ปณ จิต ชีวะ



**MAHASARAKHAM UNIVERSITY ETHICS COMMITTEE FOR
RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS**

Certificate of Approval

Approval number: 132-040/2021

Title : Promoting the health of diabetics With the participation of the Quality of Life Development Committee in Muang Suang District Roi Et Province.

Principal Investigator : Mr. Sirirat Phungsunthia

Responsible Department : Faculty of Public health

Research site : Muang Suang District Roi Et Province

Review Method : Expedited Review

Date of Manufacture : 23 April 2021

expire : 22 April 2022

This research application has been reviewed and approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects, Mahasarakham University, Thailand. Approval is dependent on local ethical approval having been received. Any subsequent changes to the consent form must be re-submitted to the Committee.

.....
 (Asst. Prof. Ratree Sawangjit)

Chairman

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

ภาคผนวก ข
หนังสือยินยอมการเข้าร่วมกิจกรรม



แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย)..... นามสกุล..... อายุ..... ปี
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจาก นายศิริรัตน์ พึ่งสันเทียะ เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย เรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่านคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถามโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยข้าพเจ้าจะไม่ถูกลงโทษใดๆ โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิใดๆ ในการรักษาพยาบาลหรือการได้รับความช่วยเหลืออื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม

(.....)

วันที่.....

ECMSU01-06.03

คำชี้แจงสำหรับอาสาสมัครให้ทำการวิจัย

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
 บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจาก นายศิริรัตน์ พึ่งสันติยะ เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง
 “การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอ
 เมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมาย
 ในการทำวิจัย รายละเอียดของขั้นตอนต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่ข้าพเจ้า
 จะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหาก
 เกิดอันตราย โดยได้อ่านคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถามโดยตลอด อีกทั้ง
 ยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูล
 ส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อ
 ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้า
 สามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าพิจารณา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการ
 รักษาพยาบาลหรือการได้รับความช่วยเหลืออื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลง
 ลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม

(.....)

วันที่.....

ECMSU01-06.03

คำชี้แจงสำหรับอาสาสมัครให้ทำการวิจัย

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
 บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจาก นายศิริรัตน์ พึ่งสันเทียะ เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง
 “การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอ
 เมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมาย
 ในการทำวิจัย รายละเอียดของขั้นตอนต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่ข้าพเจ้า
 จะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหาก
 เกิดอันตราย โดยได้อ่านคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถามโดยตลอด อีกทั้ง
 ยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูล
 ส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อ
 ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้า
 สามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าประสงค์ โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิใดๆ ในการ
 รักษาพยาบาลหรือการได้รับความช่วยเหลืออื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลง
 ลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร

(.....)

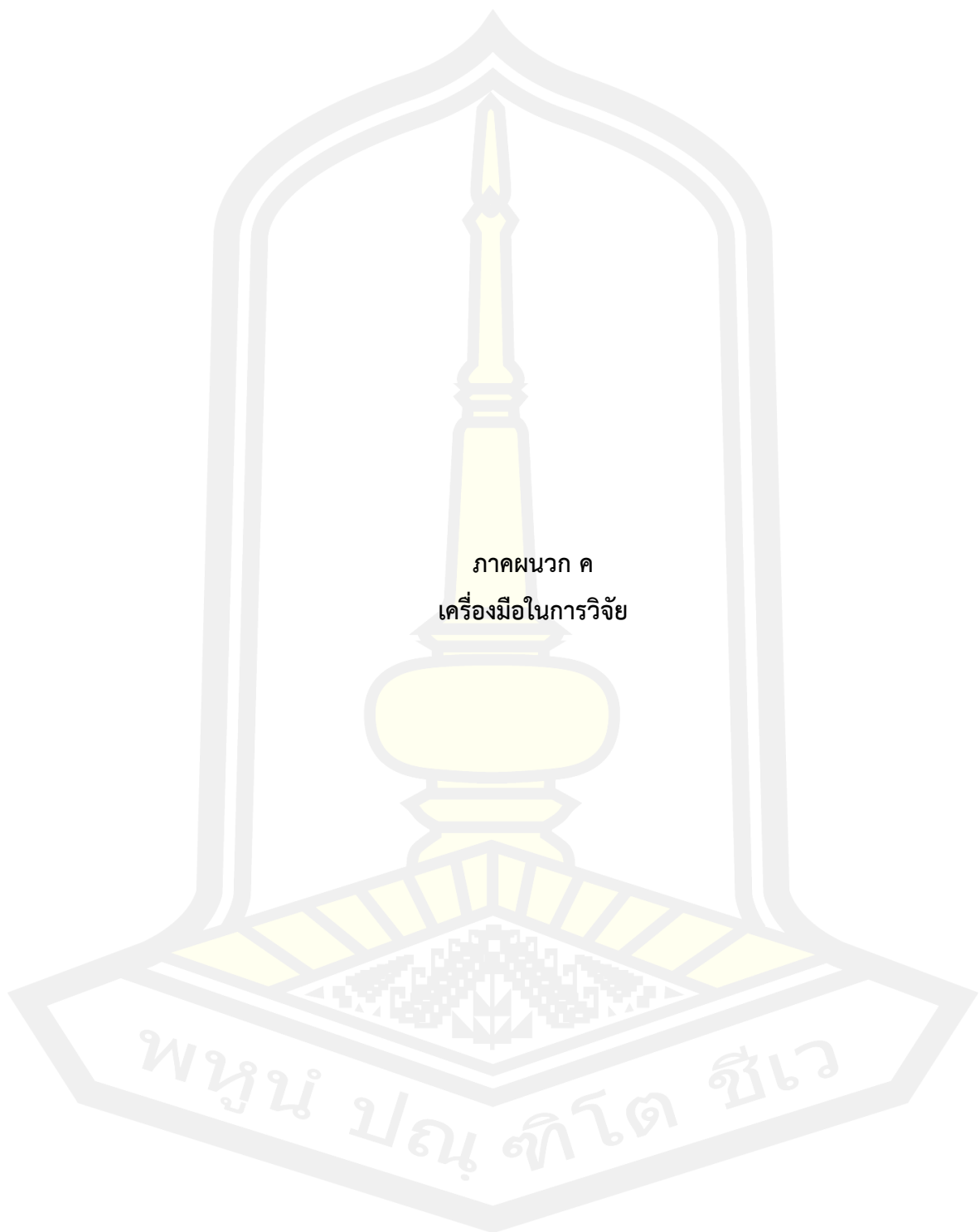
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม

(.....)

วันที่.....

ภาคผนวก ค
เครื่องมือในการวิจัย



แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด
(สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน)

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยข้อมูลการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจัดเก็บเป็นความลับ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ ในการจัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาและบริบทของพื้นที่ ผลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามฉบับนี้ใช้ได้สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เท่านั้น การตอบแบบคำถามไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามใด ๆ ทั้งสิ้น ในการนี้ผู้วิจัยขอความร่วมมือโปรดกรอกข้อมูลและตอบคำถามที่ตรงที่สุดเป็นจริงของท่าน เพื่อนำข้อมูลอันเป็นประโยชน์ครั้งนี้ ไปใช้ในการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ดในลำดับต่อไป แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่

- | | |
|---|--------------|
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม | จำนวน 12 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน | จำนวน 20 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน | จำนวน 20 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน | จำนวน 20 ข้อ |

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ชื่อ.....นามสกุล.....ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

2. อายุปี บริบูรณ์

3. อาชีพ ☐ 1. ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ ☐ 2. เกษตรกรรม

☐ 3. ค้าขาย ☐ 4. รับจ้าง

☐ 5. อื่น ๆ ระบุ.....

4. สถานภาพ ☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส

☐ 3. หม้าย หย่าร้าง/แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษา

☐ 1. ประถมศึกษา ☐ 2. มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ 4. อนุปริญญา

☐ 5. ปริญญาตรี ☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี

6. รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน

6.1 เพียงพอหรือไม่ ☐ 1. เพียงพอ ☐ 2. ไม่เพียงพอ

7. ท่านป่วยเป็นโรคเบาหวานมาแล้ว.....ปี

8. ท่านมีโรคอื่น ๆ หรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหรือไม่

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี ถ้ามีโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับตัวท่าน

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 2.1 จอประสาทตาเสื่อม ☐ 2.2 เป็นแผลเรื้อรัง

☐ 2.3 โรคหลอดเลือดสมอง ☐ 2.4 โรคหัวใจ

☐ 2.5 โรคความดันโลหิตสูง ☐ 2.6 โรคไต

☐ 2.7 อื่น ๆ ระบุ.....

9. ท่านมีพ่อแม่ญาติพี่น้องสายตรงเป็นโรคเบาหวานหรือไม่

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี ระบุ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ชื่อ.....นามสกุล.....ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

2. อายุปี บริบูรณ์

3. อาชีพ ☐ 1. ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ ☐ 2. เกษตรกรรม

☐ 3. ค้าขาย

☐ 4. รับจ้าง

☐ 5. อื่น ๆ ระบุ.....

4. สถานภาพ

☐ 1. โสด

☐ 2. สมรส

☐ 3. หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษา

☐ 1. ประถมศึกษา

☐ 2. มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ 4. อนุปริญญา

☐ 5.ปริญญาตรี

☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี

6. รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน

6.1 เพียงพอหรือไม่

☐ 1. เพียงพอ

☐ 2. ไม่เพียงพอ

7. ท่านป่วยเป็นโรคเบาหวานมาแล้ว.....ปี

8. ท่านมีโรคอื่น ๆ หรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหรือไม่

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี ถ้ามีโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับตัวท่าน

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 2.1 จอประสาทตาเสื่อม

☐ 2.2 เป็นแผลเรื้อรัง

☐ 2.3 โรคหลอดเลือดสมอง

☐ 2.4 โรคหัวใจ

☐ 2.5 โรคความดันโลหิตสูง

☐ 2.6 โรคไต

☐ 2.7 อื่น ๆ ระบุ.....

9. ท่านมีพ่อแม่ญาติพี่น้องสายตรงเป็นโรคเบาหวานหรือไม่

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี ระบุ.....

10. ปัจจุบันท่านรับการรักษาโรคเบาหวานด้วยวิธีใด

- ☐ 1. กินยา ☐ 2. ฉีดยา
☐ 3. ทั้งกินยาและฉีด ☐ 4. อื่น ๆ ระบุ.....

11. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 1. อยู่คนเดียว ☐ 2. อยู่กับคู่สมรส
☐ 3. อยู่กับบุตร ☐ 4. อยู่กับญาติ
☐ 5. อื่น ๆ ระบุ.....

12. ผลของระดับน้ำตาลในเลือดที่ตรวจสองครั้งล่าสุด

ครั้งที่ 1mg/dl

ครั้งที่ 2mg/dl

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุด

ด้านการบริโภคอาหาร

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ต้องควบคุมอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล

- ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานอาหารที่รสจืด

- ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่

3. การรับประทานอาหารจำพวกผักใบเขียวและเนื้อปลาจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

- ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่

4. การดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ไม่เกี่ยวข้องกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

- ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่

5. การรับประทานอาหารตรงเวลาช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

- ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่

ด้านการออกกำลังกาย

6. การออกกำลังกายไม่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

- ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่

7. หลังจากออกกำลังกายจำเป็นต้องดื่มน้ำเปล่ามากกว่าปกติ

- ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่

8. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรมีการออกกำลังกายในที่ที่ปลอดภัยและมีผู้อื่นอยู่ด้วย

- ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่

9. ขณะออกกำลังกายมีอาการใจสั่น เจ็บหน้าอก หน้ามืด ต้องหยุดพักทันที

- ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่

10. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถออกกำลังกายได้เฉพาะเวลาที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเท่านั้น

- ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่

ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป

11. ผู้ป่วยโรคเบาหวานเมื่อมีอาการหุดหิด ไม่สบายใจ เครียด ควรเก็บตัวอยู่คนเดียว

- ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่

12. ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการทำความสะอาดเท้าเป็นประจำ เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า

- ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่

13. เมื่อมีอาการตามัว บวมตามร่างกาย ปลายมือปลายเท้าชา ควรรีบไปพบแพทย์

- ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่

14. ผู้ป่วยโรคเบาหวานนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมงก็เพียงพอแล้ว

- ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่

15. ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องไปรับการตรวจตา ไต เท้า กับหน่วยบริการทุกปี

- ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่

ด้านการรักษา

16. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถหยุดรับประทานยาได้โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์เมื่ออาการดีขึ้น

- ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่

17. การรักษาโรคเบาหวานขึ้นอยู่กับรับประทานยาอย่างเดียวเท่านั้น

- ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่

18. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรกินยาและฉีดยาร่วมกับการใช้ยาสมุนไพร จะทำให้หายเร็วขึ้น

- ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่

19. ผู้ป่วยสามารถซื้อยารักษาโรคเบาหวานมารับประทานเองตามโฆษณาทางสื่อต่าง ๆ

- ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่

20. ผู้ป่วยโรคเบาหวานเมื่อมีอาการผิดปกติควรรอดูอาการและไปพบแพทย์เฉพาะวันนัดเท่านั้น

- ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่



ส่วนที่ 3 ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ โดยเลือกตอบ 1 คำตอบตามความคิดเห็นของท่าน

เห็นด้วย หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

ไม่แน่ใจ หมายถึง มีความลังเลต่อข้อความ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง มีความเห็นไม่ตรงกับข้อความ

ด้านการบริโภคอาหาร

1. การควบคุมอาหารที่มีข้าว แป้ง น้ำตาล เป็นสิ่งที่ต้องดูแลเป็นพิเศษสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

☐ 1. เห็นด้วย ☐ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3. ไม่เห็นด้วย

สาเหตุเพราะ.....

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถรับประทานอาหารที่มีรสเค็มได้

☐ 1. เห็นด้วย ☐ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3. ไม่เห็นด้วย

สาเหตุเพราะ.....

3. รับประทานอาหารจำพวกไขมันมากเกินไปจะทำให้ไขมันในเลือดเพิ่ม

☐ 1. เห็นด้วย ☐ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3. ไม่เห็นด้วย

สาเหตุเพราะ.....

4. การเลือกรับประทานผักที่เพียรมีประโยชน์ต่อร่างกายช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้

☐ 1. เห็นด้วย ☒ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3. ไม่เห็นด้วย

สาเหตุเพราะ.....

5. การรับประทานอาหารเหนียวเป็นประจำ จำนวนไม่จำกัด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้

☐ 1. เห็นด้วย ☐ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3. ไม่เห็นด้วย

สาเหตุเพราะ.....

ด้านการออกกำลังกาย

6. การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

☐ 1. เห็นด้วย ☐ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3. ไม่เห็นด้วย

สาเหตุเพราะ.....

7. การออกกำลังกายเป็นประจำไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารร่วมด้วยก็สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้

☐ 1. เห็นด้วย ☐ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3. ไม่เห็นด้วย

สาเหตุเพราะ.....

8. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 50-60 นาที

☐ 1. เห็นด้วย ☐ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3. ไม่เห็นด้วย

สาเหตุเพราะ.....

9. ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่จำเป็นต้องควบคุมน้ำหนัก (-)

- ☐ 1. เห็นด้วย ☐ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3. ไม่เห็นด้วย

สาเหตุเพราะ.....

10. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

- ☐ 1. เห็นด้วย ☐ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3. ไม่เห็นด้วย

สาเหตุเพราะ.....

ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป

11. การเป็นแผลที่เท้าและไม่รับการดูแลรักษาจะทำให้แผลเน่าและเสี่ยงต่อการถูกตัดเท้าได้

- ☐ 1. เห็นด้วย ☐ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3. ไม่เห็นด้วย

สาเหตุเพราะ.....

12. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจสุขภาพตาและฟันเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

- ☐ 1. เห็นด้วย ☐ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3. ไม่เห็นด้วย

สาเหตุเพราะ.....

13. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรสวมรองเท้าที่มีขนาดพอดีกับเท้า ไม่รัดแน่นจนเกินไป

- ☐ 1. เห็นด้วย ☐ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3. ไม่เห็นด้วย

สาเหตุเพราะ.....

14. เมื่อมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่นหวิว ควรรีบดูกุมหรือดื่ม น้ำหวาน

- ☐ 1. เห็นด้วย ☐ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3. ไม่เห็นด้วย

สาเหตุเพราะ.....

15. เมื่อมีอาการชาตามปลายมือปลายเท้าควรประคบด้วยกระเป๋าน้ำร้อน

- ☐ 1. เห็นด้วย ☐ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3. ไม่เห็นด้วย

สาเหตุเพราะ.....

ด้านการรักษา

16. การดูแลรักษาโรคเบาหวานเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น

- ☐ 1. เห็นด้วย ☐ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3. ไม่เห็นด้วย

สาเหตุเพราะ.....

17. ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ควรหยุดรับประทานยาเองได้โดยไม่ปรึกษาแพทย์

- ☐ 1. เห็นด้วย ☐ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3. ไม่เห็นด้วย

สาเหตุเพราะ.....

18. ไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์ตามนัดเพราะทำให้เสียเวลาในการประกอบอาชีพ

- ☐ 1. เห็นด้วย ☐ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3. ไม่เห็นด้วย

สาเหตุเพราะ.....

19. การได้รับยารักษาโรคเบาหวานสม่ำเสมอและตรงเวลา ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้

- ☐ 1. เห็นด้วย ☐ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3. ไม่เห็นด้วย

สาเหตุเพราะ.....

20. ถ้าหากลืมนิยามารักษาโรคเบาหวาน ควรกินยาเพิ่มเป็น 2 เท่า ในครั้งต่อไป

- ☐ 1. เห็นด้วย ☐ 2. ไม่แน่ใจ ☐ 3. ไม่เห็นด้วย

สาเหตุเพราะ.....

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ โดยเลือกตอบ 1 ข้อ ตามการปฏิบัติตัวที่เป็นจริงของท่าน

ปฏิบัติประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นประจำ สม่ำเสมอ (4-7 วัน/สัปดาห์)

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นบางวันหรือนาน ๆ ครั้ง (1-3 วัน/สัปดาห์)

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

ด้านการบริโภคอาหาร

1. ท่านควบคุมอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ไม่ใช่อาหารหวาน ขนมหวาน น้ำหวาน

- ☐ 1. ปฏิบัติประจำ ☐ 2. ปฏิบัติบางครั้ง ☐ 3. ไม่ปฏิบัติ

สาเหตุเพราะ.....

2. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น กล้วย ลำไย มะม่วงสุก มะขามหวาน

- ☐ 1. ปฏิบัติประจำ ☐ 2. ปฏิบัติบางครั้ง ☐ 3. ไม่ปฏิบัติ

สาเหตุเพราะ.....

3. ท่านรับประทานเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น นม หรือน้ำอัดลม

- ☐ 1. ปฏิบัติประจำ ☐ 2. ปฏิบัติบางครั้ง ☐ 3. ไม่ปฏิบัติ

สาเหตุเพราะ.....

4. ท่านดื่มชา กาแฟ โดยเติมน้ำตาลทรายหรือนมข้นหวาน

- ☐ 1. ปฏิบัติประจำ ☐ 2. ปฏิบัติบางครั้ง ☐ 3. ไม่ปฏิบัติ

สาเหตุเพราะ.....

5. ท่านรับประทานอาหารไร้สารพิษหรือลดพิษด้วยการล้างด้วยน้ำหรือข้าวขาว เป็นต้น

- ☐ 1. ปฏิบัติประจำ ☐ 2. ปฏิบัติบางครั้ง ☐ 3. ไม่ปฏิบัติ

สาเหตุเพราะ.....

6. ท่านรับประทานอาหารรสจัดเช่น เผ็ด เค็ม หวาน มัน

- ☐ 1. ปฏิบัติประจำ ☐ 2. ปฏิบัติบางครั้ง ☐ 3. ไม่ปฏิบัติ

สาเหตุเพราะ.....

7. ท่านปรุงหรือเลือกรับประทานอาหารที่ปรับสมดุลร่างกาย

- ☐ 1. ปฏิบัติประจำ ☐ 2. ปฏิบัติบางครั้ง ☐ 3. ไม่ปฏิบัติ

สาเหตุเพราะ.....

8. ท่านดื่มน้ำสมุนไพรปรับสมดุล

- ☐ 1. ปฏิบัติประจำ ☐ 2. ปฏิบัติบางครั้ง ☐ 3. ไม่ปฏิบัติ

สาเหตุเพราะ.....

ด้านการออกกำลังกาย

9. ท่านออกกำลังกายแต่ละครั้งติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที

- ☐ 1. ปฏิบัติประจำ ☐ 2. ปฏิบัติบางครั้ง ☐ 3. ไม่ปฏิบัติ

สาเหตุเพราะ.....

10. ในแต่ละวันส่วนใหญ่ท่านจะนอนดูทีวี นั่งเล่นอยู่เฉยๆ

- ☐ 1. ปฏิบัติประจำ ☐ 2. ปฏิบัติบางครั้ง ☐ 3. ไม่ปฏิบัติ

สาเหตุเพราะ.....

ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป

11. ท่านตัดเล็บในลักษณะโค้งมน สั้นชิดขอบผิวหนัง

- ☐ 1. ปฏิบัติประจำ ☐ 2. ปฏิบัติบางครั้ง ☐ 3. ไม่ปฏิบัติ

สาเหตุเพราะ.....

12. ท่านทำความสะอาดเท้า ซอกนิ้วเท้า และซบให้แห้งทุกครั้งที่อาบน้ำหรือล้างเท้า

- ☐ 1. ปฏิบัติประจำ ☐ 2. ปฏิบัติบางครั้ง ☐ 3. ไม่ปฏิบัติ

สาเหตุเพราะ.....

13. ท่านวิตกกังวลกับอาการป่วยเป็นโรคเบาหวานของท่าน จนทำให้นอนไม่หลับ

- ☐ 1. ปฏิบัติประจำ ☐ 2. ปฏิบัติบางครั้ง ☐ 3. ไม่ปฏิบัติ

สาเหตุเพราะ.....

14. ท่านสังเกตอาการตามัว ขาดตามปลายมือปลายเท้าของตนเอง

- ☐ 1. ปฏิบัติประจำ ☐ 2. ปฏิบัติบางครั้ง ☐ 3. ไม่ปฏิบัติ

สาเหตุเพราะ.....



15. ท่านสวมรองเท้าที่รัดแน่น ไม่พอดีกับเท้า

☐ 1. ปฏิบัติประจำ

☐ 2. ปฏิบัติบางครั้ง

☐ 3. ไม่ปฏิบัติ

สาเหตุเพราะ.....

ด้านการรักษา

16. ท่านรับประทานยารักษาโรคเบาหวานก่อนอาหาร 30 นาที

☐ 1. ปฏิบัติประจำ

☐ 2. ปฏิบัติบางครั้ง

☐ 3. ไม่ปฏิบัติ

สาเหตุเพราะ.....

17. ท่านเพิ่มขนาดยาหรือลดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

☐ 1. ปฏิบัติประจำ

☐ 2. ปฏิบัติบางครั้ง

☐ 3. ไม่ปฏิบัติ

สาเหตุเพราะ.....

18. เวลาที่ท่านไม่อยู่บ้านหรือออกไปต่างจังหวัดท่านจะนำยาติดตัวไปด้วย

☐ 1. ปฏิบัติประจำ

☐ 2. ปฏิบัติบางครั้ง

☐ 3. ไม่ปฏิบัติ

สาเหตุเพราะ.....

19. ท่านขอยืมยาผู้ป่วยโรคเบาหวานคนอื่นมารับประทาน เมื่อยาของท่านหมดก่อนนัด

☐ 1. ปฏิบัติประจำ

☐ 2. ปฏิบัติบางครั้ง

☐ 3. ไม่ปฏิบัติ

สาเหตุเพราะ.....

20. ท่านลืมกินยา ลืมชนิดยา หรือกินยาไม่ตรงเวลา

☐ 1. ปฏิบัติประจำ

☐ 2. ปฏิบัติบางครั้ง

☐ 3. ไม่ปฏิบัติ

สาเหตุเพราะ.....

แนวคำถามใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์เบาหวานและพฤติกรรมกรกินและการประกอบอาหาร (สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน)

ประเด็น	แนวคำถาม
1. วิถีชีวิตและการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป	1. การดำเนินชีวิตของชุมชน มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร และส่งผลต่อการเป็นเบาหวานอย่างไร
2. สถานการณ์เบาหวานของชุมชน	1. โรคเบาหวานของคนในหมู่บ้านเราเป็นอย่างไร และคิดอย่างไรกับเรื่องโรคเบาหวาน 2. สาเหตุการเป็นโรคเบาหวานของตนเองคืออะไร อาการเป็นอย่างไร 3. คิดอย่างไรกับเรื่องโรคเบาหวานของตนเอง 4. สิ่งแวดล้อมในชุมชนอะไรที่ทำให้เป็นโรคเบาหวาน
3. พฤติกรรมการเป็นโรคเบาหวาน	1. ปัญหาอุปสรรคในการปรับพฤติกรรมกรกินมีอะไรบ้างและจะทำอย่างไรต่อไป 2. การจัดการความเครียดเป็นอย่างไร 3. พฤติกรรมเรื่องใดที่ระวังมากที่สุดในการระวังไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง 5. ด้านอาหารที่กินบ่อยคืออะไร รสชาติแบบไหน ประยุกต์อย่างไร 6. ประเภทของอาหารที่กินแล้วทำให้น้ำตาลในเลือดสูงมีลักษณะอย่างไร 7. ปริมาณอาหารที่เขากินอย่างไม่จำกัดคืออาหารประเภทไหน ถ้าจะไม่ให้น้ำตาลในเลือดสูงควรจำกัดการกินอย่างไร 8. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ผ่านมาได้ผลดีคิดว่าจากการทำอย่างไร
4. พฤติกรรมการจัดการความเครียด	1. ท่านเครียดและกังวลจากอะไรบ้าง 2. มีการจัดการความเครียดส่วนตัวอย่างไร

แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม

ผู้วิจัย และจิตอาสาเก็บข้อมูล ใช้การสังเกตเมื่อเข้าร่วมจัดการเรียนรู้ทุกครั้ง เพื่อตอบคำถามว่าใครทำอะไร เมื่อใด ที่ไหน อย่างไร และทำไม ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. องค์ประกอบของสิ่งแวดล้อม (Setting) หมายถึง สภาพแวดล้อมทางด้านกายภาพของสถานที่ และบุคคลที่เข้าร่วมจัดการเรียนรู้
2. การกระทำของบุคคล (Act) เป็นการกระทำต่อกัน โดยสังเกตทุกพฤติกรรมที่เกิดขึ้น
3. กิจกรรม (Activity) เหตุการณ์หรือการกระทำที่เกิดขึ้น
4. การมีส่วนร่วม (Participation) เหตุการณ์หรือกิจกรรมที่เกิดขึ้น มีใครเป็นผู้กระทำ มีส่วนร่วมกับใคร อย่างไรและในรูปแบบไหน
5. ความสัมพันธ์ (Relationship) กิจกรรมที่เข้าร่วมเป็นการกระทำของใครกับใคร มีความเกี่ยวข้องเชิงสัมพันธ์ภาพอย่างไร มีบทบาทสถานภาพใด
6. ความหมาย (Meaning) บุคคลที่เข้าร่วมเรียนรู้มองตนเองอย่างไร และทำไมถึงร่วมหรือไม่ร่วมในเหตุการณ์

แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม

วันเดือนปีที่สังเกต เวลา สถานที่

ผู้สังเกต.....

เหตุการณ์ที่สังเกต.....

ผู้ถูกสังเกต.....

.....

.....

.....

จุดมุ่งหมายในการสังเกต.....

ลักษณะของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

การคลี่คลายของเหตุการณ์ที่สังเกต.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ความคิดความรู้สึกของผู้สังเกต(ตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ง
คำสั่งคณะกรรมการฯ

พหุมนุ ปณ จิต ชีเว



คำสั่งอำเภอเมืองสรวง

ที่ ๑๑ / ๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

ตามที่อำเภอเมืองสรวง ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามคำสั่งอำเภอเมืองสรวง ที่ ๑๖๗/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ให้เป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ซึ่งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา มีผลบังคับใช้ เมื่อวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๑ และให้คณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งอยู่ในวาระคราวละ ๒ ปี ทำให้คณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งตามคำสั่งที่ ๑๖๗/๒๕๖๑ นั้นหมดวาระลง

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๗ วรรคสอง (๑) (๒) และ (๓) แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ อำเภอจึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

๑.๑ นายอำเภอเมืองสรวง	ประธานกรรมการ
๑.๒ ปลัดอำเภอหัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานปกครอง	รองประธานกรรมการ
๑.๓ ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรเมืองสรวง	กรรมการ
๑.๔ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองสรวง	กรรมการ
๑.๕ ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาครอบครัวและโอกาสตามอำเภอ	กรรมการ
๑.๖ เกษตรอำเภอเมืองสรวง	กรรมการ
๑.๗ พัฒนาการอำเภอเมืองสรวง	กรรมการ
๑.๘ ปลัดอำเภอเมืองสรวง	กรรมการ
๑.๙ ท้องถิ่นอำเภอเมืองสรวง	กรรมการ
๑.๑๐ สัสดีอำเภอเมืองสรวง	กรรมการ
๑.๑๑ ประธานศูนย์เครือข่ายพัฒนาคุณภาพการศึกษาขั้นพื้นฐาน(ศูนย์ที่๑๙)	กรรมการ
๑.๑๒ ผู้อำนวยการโรงเรียนเมืองสรวงวิทยา	กรรมการ
๑.๑๓ นายกเทศมนตรีตำบลเมืองสรวง	กรรมการ
๑.๑๔ ประธานชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้าน	กรรมการ
๑.๑๕ ประธานชมรม อสม.อำเภอเมืองสรวง	กรรมการ
๑.๑๖ นายอำเภอ สุขศรี	กรรมการ
๑.๑๗ นายธิตินันท์ เจริญผิว	กรรมการ
๑.๑๘ นายประเสริฐ จันทวิเทศ	กรรมการ
๑.๑๙ สาธารณสุขอำเภอเมืองสรวง	กรรมการและเลขานุการ
๑.๒๐ นายมิตร สารัตน์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๑ นางชื่นชีวัน แก่นจันทร์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

/๒. อำนาจหน้าที่...

-๒-

๒. อำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๒.๑ ดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่คณะกรรมการกำหนด

๒.๒ กำหนดแผนงานและเป้าหมาย ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริงและสภาพปัญหาในพื้นที่

๒.๓ ขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนด แผนงาน และเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ ให้เกิดการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ ในด้านทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ และภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของรัฐนั้น

๒.๔ สนับสนุน เสนอแนะ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของหน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนและผู้ประกอบกิจการในพื้นที่ เพื่อตอบสนองและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ให้เป็นไปตามแผนงานและเป้าหมายที่กำหนด

๒.๕ ประสานงานหรือร่วมมือกับ พขอ. หรือหน่วยงานอื่น ทั้งในและนอกพื้นที่ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๖ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

๒.๗ ปฏิบัติการอื่นใดตามที่คณะกรรมการหรือนายอำเภอมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓



(นายสุวัฒน์ เบ้าจันทาร)

นายอำเภอเมืองสระ



คำสั่งอำเภอเมืองสรวง

ที่ ๔๔๙ / ๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง (พขอ.) ประเด็นเบาหวาน ปี ๒๕๖๔

ด้วยอำเภอเมืองสรวง ได้ตระหนักในพลังในการแก้ไขปัญหาของชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วม จากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐราชการ ประชาชน และภาคีเครือข่าย โดยใช้กลไกของคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิต (พขอ.) เพื่อพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น โดยมี ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นกฎหมายรองรับในการปฏิบัติงาน และได้กำหนดอัตลักษณ์ในการขับเคลื่อนเป็น “อำเภอเมืองสรวง สุขภาพดี มีวินัย ใส่ใจสิ่งแวดล้อม”

เพื่อให้ขับเคลื่อนการดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ อาศัยคำสั่งอำเภอเมืองสรวงที่ ๓๑๑/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๓ กันยายน ๒๕๖๓ จึงแต่งตั้งคณะทำงานดังต่อไปนี้

๑. นายแพทย์จิราชัย เสน่ห์วงศ์	นายแพทย์ปฏิบัติการ	ประธานคณะทำงาน
๒. นางประทับจิต ราษฎร์ศิริ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รองประธานฯ
๓. นางละอองดาว ชูราชี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รองประธานฯ
๔. นางชื่นชีวัน แก่นจันทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๕. นางดวงเดือน ศรีมาดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	คณะทำงาน
๖. นางปิยะนุช บุญวิเศษ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๗. นางวีระนันท์ แซ่ลิบราวม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๘. นางสาวสมจิตร ศรีเหลือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๙. นางสาวสนา คามวัลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๐. นางทิพย์วัลย์ ตรีเทศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๑. นางนิธิตา มงคลชู	นักโภชนาการชำนาญงาน	คณะทำงาน
๑๒. นางจารุวัฒน์ สิงห์จานุสงค์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๓. นายณัฐวุฒิ แหล่งสนาม	เภสัชกรชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๔. นายเมธี บุตรวาระ	นักวิชาการส่งเสริมการเกษตรปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๑๕. นายธนศักดิ์ แสงการา	นักวิชาการพัฒนาชุมชนชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๖. นายสาคร วันทอง	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๗. น.ส.ดวงดาว สารรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๘. น.ส.วรภาพร ชูชัยสงค์	พนักงานธุรการ	คณะทำงาน
๑๙. นางอรทัย ภักดีบุรุษ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน/เลขานุการ
๒๐. น.ส.ศิวาพร จันทร์ซอนแก่น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน/ผู้ช่วยเลขานุการ
๒๑. นายทวิช กุลกิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน/ผู้ช่วยเลขานุการ

/หน้าที่...

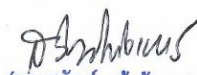
- ๒ -

หน้าที่

๑. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเบาหวาน พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ด้วยโมเดลต้นไม้ปัญหา
๒. จัดทำแผนงานโครงการ เพื่อแก้ปัญหาประเด็นเบาหวาน
๓. กลับกรองวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ของพื้นที่ และคืนข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมาย
๔. สร้างกระบวนการเรียนรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มเป้าหมาย
๕. ประเมินผลเพื่อการเรียนรู้ และพัฒนาเชิงผลลัพธ์
๖. ติดตามเยี่ยมเสริมพลังกลุ่มเป้าหมาย
๗. ประเมินผลความพึงพอใจของคณะกรรมการและกลุ่มเป้าหมาย
๘. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของคณะกรรมการกลุ่มเป้าหมาย และถอดบทเรียน
๙. สรุปผลการดำเนินงานและติดตามผลการดำเนินงาน และเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และระดับตำบล (พชต.)
๑๐. งานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓


 (นายสุวัฒน์ เบ้าจันทร์)
 นายอำเภอเมืองสงขลา



คำสั่งอำเภอเมืองสรวง

ที่ ๔๕๗ / ๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง (พขอ.) ปี ๒๕๖๔

ด้วยอำเภอเมืองสรวง ได้ตระหนักในพลังในการแก้ไขปัญหาของชุมชน โดยกระบวนการ มีส่วนร่วม จากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐราชการ ประชาชน และภาคีเครือข่าย โดยใช้กลไกของคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิต (พขอ.) เพื่อพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น โดยมี ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นกฎหมายรองรับในการปฏิบัติงาน และได้กำหนดอัตลักษณ์ในการขับเคลื่อนเป็น “อำเภอเมืองสรวง สุขภาพดี มีวินัย ใส่ใจสิ่งแวดล้อม”

เพื่อให้ขับเคลื่อนการดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ อาศัยคำสั่งอำเภอเมืองสรวงที่ ๓๓๑/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๓ กันยายน ๒๕๖๓ จึงแต่งตั้งคณะทำงานดังต่อไปนี้

๑. นายมิตร สารรัตน์	ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ	ประธานคณะทำงาน
๒. นายธีรชัย เพชรภักดิ์	ทัตแพทย์ปฏิบัติการ	รองประธานฯ
๓. พ.จ.อ.ประชัน อาจนนลา	ปลัดอำเภอฝ่ายความมั่นคง	รองประธานฯ
๔. นางดวงเดือน ศรีมาตี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	คณะทำงาน
๕. นางประทีปจิต ราษฎร์ศิริ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๖. นายณัฐกฤต เย็นอารมณ์	เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน	คณะทำงาน
๗. นายทวีช กุลกิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๘. นายบุญศรี กันสา	ผู้ใหญ่บ้าน ม.๕ ต.เมืองสรวง	คณะทำงาน
๙. นางนงนุช อีสา	ประธาน อสม.	คณะทำงาน
๑๐. นายสุริยา พรมสอน	ผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านผำ	คณะทำงาน
๑๑. นายจิระเดช โคตรท่น	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	คณะทำงาน
๑๒. นางชนิษฐา ทัตเทียมทัต	อสม.	คณะทำงาน
๑๓. นายศิริรัตน์ พึ่งสันเทียะ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๑๔. น.ส.ประภาพร ศรีตะวัน	ครูผู้ดูแลเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทต.หนองหิน	คณะทำงาน
๑๕. น.ส.ดวงกมล ธิภาศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๕. น.ส.ดวงดาว สารรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน/เลขานุการ
๑๖. นายลิขิต แก้วพรม	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	คณะทำงาน/ผู้ช่วยเลขานุการ
๑๗. น.ส.ประภัทสร พิมพ์ดี	เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน	คณะทำงาน/ผู้ช่วยเลขานุการ
๑๘. น.ส.รวราพร ขุชัยสงค์	พนักงานธุรการ	คณะทำงาน/ผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่

๑. พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พขอ. พชต. ด้วยโมเดลต้นไม่ปัญหา การประเมินเพื่อพัฒนาเชิงผลลัพธ์และเรื่องการถอดบทเรียนรายประเด็น

/๒ สำนัสนุนวิชา...

- ๒ -

๒. สนับสนุนวิชาการและเอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้กับคณะกรรมการทุกคณะ
๓. จัดทำแผนการดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ.
๔. กลั่นกรองข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาของพื้นที่และคืนข้อมูลกับคณะกรรมการทุกคณะ และประชาชนกลุ่มเป้าหมาย
๕. ออกแบบเครื่องมือในการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พขอ. พชต. และกลุ่มเป้าหมายอย่างมีส่วนร่วม และมีการปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบท
๖. สร้างกระบวนการเรียนรู้ เรื่องต้นไม่ปัญหา และการประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาเชิงผลลัพท์ ทั้งระดับ พขอ. และ พชต.
๗. ติดตามเยี่ยมพลังคณะกรรมการ พชต. และการดำเนินงานรายประเด็น
๘. รวบรวมข้อมูลและข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการและกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำปรับปรุงการทำงานของ พขอ. และ พชต.
๙. ประเมินผลการความพึงพอใจของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต พขอ. และ พชต. และกลุ่มเป้าหมายรายประเด็น
๑๐. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต พขอ. และ พชต. กลุ่มเป้าหมาย รายประเด็น
๑๑. ถอดบทเรียนรายประเด็น จำนวน ๒ เรื่อง
๑๒. สรุปผลการดำเนินงาน และติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และรายงานผลต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) และระดับตำบล (พชต.)
๑๓. งานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓


(นายสุวัฒน์ เบ้าจันทรา)
นายอำเภอเมืองสงขลา

ภาคผนวก จ

แผนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านหนองยาง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

พูน ปณ จิต ชีวะ

แผนปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

แผนงาน/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
1. ประชุมถ่ายทอดนโยบายลงสู่พื้นที่	เพื่อสร้างความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับตำบล	จัดประชุมถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานและจัดทำบันทึกข้อตกลงระหว่างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับตำบล	พ.ค.64	เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสรวง	เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง
2. ประชุมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และสร้างแกนนำดูแลกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน	1. สร้างการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมน้ำตาลในเลือดสะสม ให้กับ อสม. เชี่ยวชาญเบาหวาน และผู้ป่วยเบาหวาน 2. พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยเบาหวานให้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องระดับน้ำตาลในเลือดสะสมและการกิน การออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม	- แกนนำ อสม. ประจำตัวผู้ป่วยจำนวนหมู่บ้านละ 2 คน - กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัย จำนวน 25 คน - ทีมสหวิชาชีพจากสถานบริการทุกแห่ง	1. ประชุม อสม. เชี่ยวชาญเบาหวาน เพื่อชี้แจงโครงการและกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2. กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้ 2.1 ตรวจและประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก รอบเอว ระดับความดันโลหิต คำดัชนีมวลกาย DTX และเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจตรวจ HbA1C ที่ รพ. ร้อยเอ็ดพร้อมบันทึกผลการตรวจในโปรแกรม Hos XP	พ.ค.64	เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสรวง และกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลกุกุง	คณะกรรมการเบาหวานและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. บ้านหนองยาง

แผนงาน/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
			2.2 ค้นข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวาน ข้อมูลสถานะสุขภาพ และข้อมูลภาวะสุขภาพรายบุคคล 2.3 ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและค่าน้ำตาลในเลือด 2.4 วิถีทัศน์ โรคเบาหวานรักษาหายขาดได้ ของ นพ. บุญชัย อีสราวุฒน์ ระยะเวลา 16 นาที สร้างทัศนคติเชิงบวกของผู้ป่วยต่อโรคเบาหวาน 2.5 สอนการกินอาหารแลกเปลี่ยน 2.6 สอนการกินอาหารปรับสมดุลโดยใช้ผักจริงและกระตุ้นให้ไปปลูกที่บ้าน 2.7 สก๊ิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้าน 3 ท่า 2.8 แจกคู่มือบันทึกการกินและการออกกำลังกายและสอนบันทึกการกินในคู่มือ 2.9 นัดหมายการลงเยี่ยมบ้าน 2.10 สหวิชาชีพแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อทบทวนและปรับปรุงกิจกรรม			

แผนงาน/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
3. กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครั้งที่ 2 พัฒนาทักษะผู้ป่วยเบาหวานเรื่องยาเบาหวานและผู้ป่วยเบาหวานเรื่องยาเบาหวาน และการรับประทานอาหาร	เพื่อพัฒนาทักษะผู้ป่วยโรคเบาหวาน เรื่องยาเบาหวาน และการรับประทานอาหาร	- แกมนำ อสม. ประจำตัวผู้ป่วย จำนวนหมู่บ้านละ 2 คน - กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัย จำนวน 25 คน - ทีมสหวิชาชีพจากสถานบริการทุกแห่ง	1. ตรวจ และประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก รอบเอว ระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย DTX สมดุลกรดต่างของร่างกาย 2. สอนความรู้เรื่องการกินยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน 3. ทวนสอบชุดความรู้เรื่องอาหารแลกเปลี่ยน อาหารปรับสมดุลและระดับความเค็มที่เหมาะสม 4. สาธิตการทำน้ำสมุนไพรปรับสมดุล 5. แบ่งฐานเรียนรู้เป็น 3 ฐาน นำเสนอวัตถุดิบและตำรับอาหารและ ประกอบอาหารจำนวน 2 ตำรับ และฐานอาหารแลกเปลี่ยน 6. ชิมอาหารและวัดระดับความเค็มในอาหาร 7. แลกเปลี่ยนเคล็ดลับในการทำอาหารและรับประทานอาหารร่วมกัน 8. แจกบันทึกการกินครั้งที่ 2 9. สหวิชาชีพแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อปรับกิจกรรมและเพิ่มเติมความรู้เรื่องแนวคิดเสริมพลังอำนาจและแนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมและนัดหมายติดตามเยี่ยมบ้าน	มี.ย. 64	เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอเมืองสงขลา กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลกุงยาง	คณะอนุกรรมการเบาหวานและเจ้าหน้าที่ รพ. สต.บ้านหนองยาง

แผนงาน/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
4. กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมกรรมการ กิ่ง การออกกำลังกายของผู้ป่วยในชุมชนและติดตามการปลูกผักที่บ้าน	1.เพื่อติดตามดูบันทึกการกิน ให้กำลังใจและให้คำแนะนำที่บ้าน 2. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีทักษะการกิน การออกกำลังกายของผู้ป่วยในชุมชนและติดตามการปลูกผักที่บ้าน	- แกนนำ อสม. ประจำตัวผู้ป่วย จำนวนหมู่บ้านละ 2 คน - กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้าร่วมการศึกษารวิจัย จำนวน 25 คน - ทีมสหวิชาชีพจากสถานบริการทุกแห่ง	1.ตรวจและประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก รอบเอว ระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย DTX 2.ทวนสอบความจำถึงกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา เพื่อนำเข้าสู่กิจกรรมปรับเปลี่ยนครั้งปัจจุบัน 3.เกมซิโมน 4 ระดับเพื่อเรียนรู้การกินหวานอย่างเหมาะสม 4.สถิติและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้าน 5. แบ่งฐานประกอบอาหารจำนวน 2 ด้รับ 6.แลกเปลี่ยนการชิมอาหารและวัดระดับความเต็มในอาหาร 7.แลกเปลี่ยนเคล็ดลับในการทำอาหารและพฤติกรรม 8.แจกบันทึกการกินครั้งที่ 3 9.นัดหมายเยี่ยมบ้าน 10. สหวิชาชีพแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อทบทวนและปรับกิจกรรม	ก.ค. 64	เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง สรวง และกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลกกกุง	คณะอนุกรรมการเบาหวานและทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. บ้านหนองยาง

แผนงาน/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครั้งที่ 4 พัฒนาทักษะอาหาร แลกเปลี่ยน	เพื่อสอนอาหารสูตร 2-1-1 สาคิดและฝึก ปฏิบัติการทำผักเพื่อ เรียนรู้ปริมาณการ กินผักในแต่ละมื้อ	- แกนนำ อสม. ประจำตำบลผู้ช่วย จำนวนหมู่บ้านละ 2 คน - กลุ่มผู้ช่วยเบหวน ที่เข้าร่วมการ ศึกษาวิจัย จำนวน 25 คน - ทีมสหวิชาชีพจาก สถานบริการทุกแห่ง	1. ตรวจและประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก รอบเอว ระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย DTX 2. ฝึกซึ่งตัววัดผักเพื่อนำไปกะปริมาณการกินผักที่ บ้านได้ถูกต้องเหมาะสม 3. ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้าน 4. แบ่งฐานเรียนรู้อาหารแลกเปลี่ยนและการ ประกอบตำรับอาหาร 2 ตำรับ (ตามะละกอ แง บวบใส่ปลาย่าง ต้มไข่) 5. แลกเปลี่ยน ซึมอาหารและวัดระดับความเต็มใน อาหาร 6. แลกเปลี่ยนเคล็ดลับในการทำอาหารและ พฤติกรรม 7. รับประทานอาหารร่วมกัน 8. แจกบันทึกการกินครั้งที่ 4 9. สหวิชาชีพแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อทบทวนและปรับ กิจกรรม	ส.ค.64	เครือข่ายบริการ สุขภาพอำเภอเมือง สว่าง และกองทุน หลักประกันสุขภาพ ตำบลกกกู่	คณะอนุกรรมการ เบหวนและ ทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. บ้านหนองยาง

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายศิริรัตน์ พึ่งสันเทียะ
วันเกิด	วันที่ 13 เดือนกันยายน พ.ศ. 2522
สถานที่เกิด	อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 190 หมู่ที่ 16 ตำบลนิเวศน์ อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด รหัสไปรษณีย์ 45170
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด รหัสไปรษณีย์ 45000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2543 ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2547 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2564 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ จิต ชีวะ