

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน การเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน

The Development of Health Promotion Model for Prevention New Cases of Diabetes Mellitus in Community

บทความวิจัย

วัฒนา สว่างศรี* ศิราณี อินทรหนองไผ่**

Wattana Sawangsri, R.N., M.P.H.*

Siraneer Intaranongpai, R.N., M.S.N., Ph.D.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชนก่อน และหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนา รูปแบบใช้กรอบแนวคิด Community Health Improvement Process (CHIP) Model การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการพัฒนารูปแบบ เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา 2) ระยะพัฒนารูปแบบ เป็นการพัฒนาทีม และการจัด กิจกรรมโครงการส่งเสริมสุขภาพ และ 3) ระยะประเมินผล ดำเนินการวิจัยในพื้นที่คือหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการสำหรับ ประชาชน 13 หมู่บ้าน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t- test และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา ค้นพบองค์ประกอบที่สำคัญ จากการดำเนินโครงการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การทำประชาคมอย่างมีส่วนร่วม 2) การติดตามประเมินผล 3) การวิเคราะห์และค้นข้อมูลให้ชุมชน 4) การสร้างแรงบันดาลใจด้วยการศึกษาดูงาน 5) การให้ความรู้ 6) การทำด้วยใจ 7) การวิเคราะห์กิจกรรม 8) การเตรียมภาคีเครือข่าย 9) การเดิน วิ่งเพื่อสุขภาพ ซึ่งเรียกโดยรวมว่า “PE DM KHWAO Model” ภายหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และความเครียดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา ชี้ชัดว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน “PE DM KHWAO” model ช่วยเพิ่มระบบการดูแลที่เหมาะสมโดยชุมชนและช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบ คือ การมีส่วนร่วม ดำเนินการโดยภาคประชาชนการสื่อสารและกระบวนการดำเนินงานที่เกิดจากแผนที่คิดร่วมกัน ซึ่งทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ ที่หลากหลาย และเป็นการป้องกันการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

คำสำคัญ : วิจัยเชิงปฏิบัติการ, การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ, การป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน

Corresponding Author: **รองศาสตราจารย์ ดร.ศิราณี อินทรหนองไผ่ ภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม 44150 E-mail : Siraneester@gmail.com

*พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

Abstract

The purposes of this action research were to 1) develop the health promotion model for prevention New Cases of Diabetes Mellitus in Community 2) compare health promotion behaviors before and after participation in the program. Base on Community Health Improvement Process (CHIP) Model, The research process divided into three phases. Phase 1 Pre - Developed Model with situation analysis. Phase 2 model development by promoting health personal team and health promotion program. Phase 3 model evaluation. The research field was the primary care unit with 13 services villages and the sample group were selected by purposive sampling. Data were collected through focus group and health behavior questionnaire. Statistical devices used in data analysis were frequencies, means, standard deviations, paired t-test and content analysis. The major findings revealed that health promotion model should consist of 6 activities. Key components were P: Participation, E: Evaluation, D: Data, M: Motivation, K: Knowledge, H: HEART, A: Analyze, O: Overture, W: Walk and Run that call "PE DM KHWAO" model. Moreover, the sample group had scores of eating behavior, exercise and stress management higher than those before participation program with statistically significance ($p < 0.05$). However, Smoking and Alcohol consumption had scores higher than those before participation with non-statistically significance.

The result of the research showed that "PE DM KHWAO" model enhance the appropriate care system and health promotion behavior. The keys success factors were Community Actor Information and process.

Keywords: Action Research, Health Promotion Model, Prevention New Cases of Diabetes Mellitus in Community.

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวาน เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (นันทพร บุณราคมวดี และยุวมาลย์ ศรีปัญญาผดุงศักดิ์, 2555) จากการมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วยทำให้ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลจำนวนมากจนกลายเป็นภาระทางเศรษฐกิจ ตั้งแต่ระดับครอบครัวถึงระดับประเทศ จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ รายงานว่า ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคเบาหวาน 4 ล้านคนต่อปี และพบว่า คนที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางมีโอกาสเป็นเบาหวานเร็วกว่าคนที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้สูง 10 - 20 ปี โดยพบมากในวัยทำงานสำหรับประเทศไทยพบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ยังมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ข้อมูลจากสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ในปี พ.ศ. 2549 - 2553 พบอัตราความชุกของผู้ป่วยเบาหวานสะสมเท่ากับ 1,394.91 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2553 มีผู้ป่วยรายใหม่คิดเป็นอัตราป่วย 277.36 ต่อประชากรแสนคน ทั้งนี้ โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุสำคัญของการตาย 1 ใน 10 สาเหตุการตายจากรายงานอัตราตาย

ด้วยโรคเบาหวานทั้งประเทศปี 2550 - 2553 เท่ากับ 12.20, 12.22, 11.06 และ 10.76 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2555)

จากปัญหาดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายในการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการพัฒนากระบวนการรวมทั้งการสร้างร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อลดหรือชะลอการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2555) สำหรับสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานของจังหวัดมหาสารคามมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน จากรายงานเอกสารประจำปี 2550 พบว่า ในปี 2544 - 2549 อัตราความชุกของโรคเบาหวานในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 9.95, 9.10, 7.41, 8.12, 9.32 และ 10.21 ตามลำดับและสถานการณ์โรคเบาหวานของอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จากข้อมูลของศูนย์ข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี 2550 - 2554 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 2,407, 2,125, 2,205, 2,358 และ 2,513 ต่อประชากรแสนคน (โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2554)

จากการทบทวนนโยบาย แนวปฏิบัติและระบบการจัดการโรคเบาหวานในประเทศไทย เริ่มมีการประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการโรคเรื้อรัง ประกอบกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เล็งเห็นการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพด้วยการสนับสนุนการคัดกรองให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น ภายใต้การกำหนดกรอบการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเพิ่มพูนความสำคัญของกองทุนสุขภาพตำบลด้วยการสนับสนุนงบประมาณให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเป็นภาคีร่วมเพื่อการดำเนินงานเพื่อสอดคล้องนโยบาย และเป็นผลจากการทบทวนปัญหาของคณะกรรมการควบคุม และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยโรงพยาบาลมหาสารคามร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม ที่พบว่า การแก้ปัญหาโรคเบาหวานในพื้นที่ยังไม่บรรลุเกณฑ์ตัวชี้วัด และพบปัญหาอุปสรรคทั้งในเชิงระบบและการจัดการจึงเห็นสมควรเน้นการจัดการโดยเริ่มที่การพัฒนาารูปแบบในพื้นที่ต้นแบบด้วยการนำแนวคิดที่เน้นการสร้างภาคีเครือข่ายและให้ชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ตามแนวคิดกระบวนการพัฒนาสุขภาพชุมชน (Community Health Improvement Process; CHIP)

จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษาที่ต่างประเทศเกี่ยวกับการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไปประยุกต์ใช้ในชุมชนโดยอาศัยภาคีเครือข่ายและชุมชนมีส่วนร่วมภายใต้การประสานจัดการโดยบุคลากรทางสุขภาพ ผลพบว่า เกิดความร่วมมือที่ดี เกิดผลดีต่อผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Chinet. al. 2004; Landon et. al. 2007) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยระยะหลังให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นในกลุ่มเสี่ยงสูงที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานเพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันการเกิดโรคเบาหวานใหม่ (เกษภากรณ์ นาขะมิน, 2556; ณิชพัฒน์ เรื่องสิริวัฒน์, 2556; และอรุณี ฝุยปุ้ย, 2556) งานวิจัยหลายพื้นที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย กลุ่มที่มีส่วนสำคัญในการดำเนินงานตามโปรแกรมร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะในส่วนการคัดกรองโรค การติดตามให้ความรู้ตามบ้าน การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อในชุมชน ล้วนเป็นความพยายามทำให้มีความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายยิ่งขึ้น

จากสภาพการณ์ดังกล่าวมา ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการพัฒนาสุขภาพชุมชน (CHIP) โดยมุ่งหวังว่า

กระบวนการดังกล่าวจะส่งผลให้ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมลดการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชนก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนา

นิยามศัพท์เฉพาะ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน หมายถึง การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ด้วยหลัก 3 อ 2 ส ประกอบด้วย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด การงดสูบบุหรี่ และการลดการดื่มแอลกอฮอล์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินการ

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ผ่านการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ระหว่าง 100 - 125 มก.ดล.

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมด้านการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการด้านอารมณ์และความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์

กระบวนการส่งเสริมสุขภาพชุมชน (Community Health Improvement Process Model: CHIP) หมายถึง แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพโดยพยาบาลทำบทบาทเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน ตามโครงการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยพยาบาลผู้จัดการชุมชน ของสำนักงานการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กรอบแนวคิด Community Health Improvement Process (CHIP) Model ในพื้นที่วิจัยที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากการที่มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ในอันดับสูงตามหลักการจัดความรุนแรงของโรคเรื้อรัง ประกอบกับชุมชนดังกล่าวอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมในการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชนซึ่งกระบวนการวิจัย ประกอบด้วย 2 วงจร ดังนี้

วงจรที่ 1 การกำหนดประเด็นส่งเสริมสุขภาพ มี 1 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะก่อนการพัฒนารูปแบบที่เน้นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา เริ่มจากการเตรียมพื้นที่วิจัย โดยทีมวิจัยทำความเข้าใจกับทีมหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เลือกเป็นพื้นที่วิจัย ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขวาเพื่อรับรู้และเริ่มดำเนินงานวิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพชุมชน ศึกษาปัญหาสภาวะสุขภาพของผู้มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามขนาดของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ความยากง่ายในการแก้ปัญหา และความตระหนักของชุมชน มีการวินิจฉัยความต้องการส่งเสริมสุขภาพ โดยสรุปประเด็นปัญหาสำคัญคือโรคเบาหวาน หลังจากที่ได้กำหนดประเด็นสุขภาพที่สำคัญแล้ว มีการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูล บริบทของพื้นที่ ปัญหาโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ กระบวนการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงระบบบริการโรคเรื้อรังและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการที่ผ่านมา

วงจรที่ 2 การดำเนินงานและการประเมินผล รูปแบบ มี 2 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบ เริ่มตั้งแต่พฤษภาคม 2556 ถึง ตุลาคม 2556 มีการวิเคราะห์ปัจจัยและสาเหตุที่กำหนดโดยการประชุมประชาคมในระดับตำบลเพื่อนำข้อมูลคืนให้กับชุมชนการรวบรวมแหล่งทรัพยากรในชุมชนโดยเลือกภาคีเครือข่ายในการร่วมดำเนินงาน กำหนดกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง หามาพัฒนาและแนวทางในการดำเนินงาน รวมถึงมีการกำหนดผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน โดยการคัดเลือกหมู่บ้านต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน มีการกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางที่กำหนดไว้ ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ทำการกำกับติดตามประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินงาน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนาโดยประยุกต์ใช้แบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขศึกษา ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของบ้านเขวาใหญ่ หมู่ที่ 13 ตำบลเขวา อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

จำนวน 48 คน ซึ่งเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากการที่มีอัตราป่วยสูงสุด และจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมากที่สุด และชุมชนมีความพร้อม สนใจในการเข้าร่วมโครงการ โดยเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุ 35 ปีขึ้นไป 2) มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว 100 - 125 มก.ดล. 3) มีความสนใจในการเข้าร่วมโครงการ 4) อ่านออกเขียนได้ และ 5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ตัวแปรต้น ได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน โดยใช้แนวคิด Community Health Improvement Process (CHIP) ใช้เวลาดำเนินการ 24 สัปดาห์ ประกอบด้วย 2 วงจร คือ วงจรที่ 1 การกำหนดประเด็นส่งเสริมสุขภาพ และวงจรที่ 2 การดำเนินงานและการประเมินผล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เป็นแบบสัมภาษณ์การเฝ้าระวังพฤติกรรมของกองสุขศึกษา ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2556 โดยก่อนการนำไปใช้จริงได้ทดลองนำไปใช้กับผู้รับบริการที่หน่วยปฐมภูมิอื่นเพื่อทดสอบความเป็นปรนัย และเพิ่มความมั่นใจในการใช้เครื่องมือของทีมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชนก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาโดยใช้ Paired t- test

ผลการศึกษา

พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน มีผลการศึกษา ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการพัฒนารูปแบบ ทีมวิจัยได้เตรียมพื้นที่วิจัย และผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพชุมชน พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่เลือกเป็นหน่วยวิจัยรับผิดชอบดูแลให้บริการสุขภาพครอบคลุม 13 หมู่บ้าน สาเหตุการเจ็บป่วยย้อนหลัง 3 ปี 5 อันดับที่พบบ่อย ได้แก่ โรคระบบหายใจ อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบได้จากการตรวจทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการที่ไม่สามารถจำแนกโรคในกลุ่มอื่น

ได้ โรคระบบย่อยอาหาร โรคในช่องปาก โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม โรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม ตามลำดับ ส่วนโรคทางระบาดวิทยา 5 อันดับคือ โรคอ้วนเรื้อรัง ไข้ หรือไข้ไม่ทราบสาเหตุ สุกใส อาหารเป็นพิษ และโรคตาแดง

สำหรับสาเหตุการตาย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ไม่สามารถป้องกันได้ คือ โรคชรา และ 2) กลุ่มที่สามารถป้องกันได้ คือ โรคมะเร็ง หัวใจและหลอดเลือด อุบัติเหตุ เบาหวาน เป็นที่สังเกตว่า สาเหตุการตายของประชาชนเริ่มเปลี่ยนเป็นสาเหตุเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับอัตราการเกิดโรคทางพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้น

ผลการวินิจฉัยความต้องการการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม มีผู้ร่วม 15 คน ซึ่งเป็นตัวแทนจากภาคีเครือข่ายมีการจัดลำดับปัญหาสำคัญ 5 อันดับ ได้แก่ 1) ปัญหาโรคระบบทางเดินหายใจ 2) ปัญหาโรคระบบต่อมไร้ท่อ 3) ปัญหาโรคระบบกล้ามเนื้อ 4) ปัญหาอุบัติเหตุ และ 5) ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ทำให้ได้ประเด็นเพื่อนำไปสู่การพัฒนาแบบ คือ ปัญหาโรคระบบต่อมไร้ท่อ (โรคเบาหวาน) เนื่องจากมีกลุ่มเสี่ยง และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวนมากในพื้นที่ ที่ประชุมจึงมีมติให้มีการพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน โดยระยะแรกดำเนินการในหมู่บ้านต้นแบบ 1 แห่ง เพื่อเป็นการเรียนรู้ก่อนนำไปขยายผลในหมู่บ้านอื่นที่พร้อม

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาแบบ ดำเนินการในพื้นที่ต้นแบบที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ หมู่ 13 มี 5 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุปัญหาเบาหวานและผลกระทบ ด้วยการประชุมระดมสมอง มีผู้ร่วมประชุม 30 คน แบ่งเป็นการสนทนากลุ่ม 2 กลุ่มย่อย พบว่า ปัจจัยที่เป็นปัญหาคือ ภาวะแทรกซ้อนของโรค ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ปัญหาการดำเนินชีวิต การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อแก้ปัญหาอย่างไม่จริงจัง

ขั้นตอนที่ 2 รวบรวมแหล่งทรัพยากรใน และนอกชุมชน เกิดจากการร่วมกันระดมความคิดแสวงหาแหล่งสนับสนุนทั้งที่เป็นองค์ความรู้ ทรัพยากรในชุมชน และนอกชุมชน ทำให้เกิดการขยายแนวร่วมมากขึ้น เช่น อปท. ผู้นำชุมชนทั้ง 13 หมู่บ้าน ราษฎรชาวบ้าน พระ ครู หมอตำแย เกษตรตำบล ข้าราชการบำนาญ และกลุ่มผู้อาวุโสในชุมชน และได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ 50,000 บาท ในระยะแรกจากสำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ต่อมาได้รับการสนับสนุน

งบประมาณจาก อปท. 20,000 บาท เพื่อดำเนินกิจกรรมตามโครงการ

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดกลยุทธ์การทำงาน เป็นการระดมสมองภายใต้ประเด็น 1) ท่านอยากเห็นคนในชุมชนเป็นอย่างไรเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน และ 2) ทำอย่างไรฝันจะเป็นจริง ผลการระดมสมองทำให้ได้ประเด็นภาพฝันและแนวทางกลยุทธ์ เช่น

- ชุมชนไม่อย่าให้มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้น
 - คนที่ป่วยแล้วไม่อย่าให้มีภาวะแทรกซ้อน
- อย่าให้มีสุขภาพดี อายุยืนยาว
- ต้องการให้พัฒนาด้านความรู้
 - การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง อย่าให้มีการตรวจคัดกรองโรคให้ครอบคลุม มีการให้ความรู้ มีการจัดตั้งกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น กลุ่มออกกำลังกายในชุมชน
 - พัฒนาคนต้นแบบให้ดูแลตนเองได้ดี
 - อสม.มีส่วนร่วมดำเนินงานด้วยการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิด

ขั้นตอนที่ 4 กำหนดผู้รับผิดชอบงานโดยเป็นตัวแทนจากทุกหมู่บ้าน และทดลองรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใน 1 ชุมชน คือ พื้นที่หมู่ 13 เนื่องจากมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมาก และมีกลุ่มเสี่ยงมาก ประกอบกับเป็นชุมชนที่มีความพร้อมให้ความร่วมมือ

ขั้นตอนที่ 5 การทดลองใช้รูปแบบ มีการดำเนินกิจกรรมตามโครงการทุกโครงการ เช่น การอบรมเชิงปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานด้วยหลัก 3 อ. 2 ส. โดยเน้นการฝึกทักษะด้านต่าง ๆ การฝึกทักษะให้ อสม.เพื่อสามารถตรวจคัดกรองด้วยการเจาะเลือดปลายนิ้ว และประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน นอกจากนั้น มีการไปศึกษาดูงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และนำความรู้มาปรับใช้ และขยายผลในพื้นที่ตนเอง การจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกายในชุมชนซึ่งเป็นโครงการที่ได้รับความร่วมมือที่ดี มีการกำหนดมาตรการทางสังคมร่วมกัน เช่น เพิ่มแรงจูงใจคนที่มาออกกำลังกายด้วยการแจกไข่คนละ 2 ฟอง หากมาครบครึ่งละ 2 คนแจก 5 ฟอง และหากมาครบครึ่งละ 4 คน แจก 10 ฟอง เป็นต้น

ระยะที่ 3 ระยะ ประเมินผลรูปแบบ ใช้แนวทางการประเมินแบบมีส่วนร่วม โดยตัวแทนชุมชนร่วมให้ข้อมูลและวิเคราะห์ ผลการคืนข้อมูลให้กับชุมชนโดยผู้วิจัย พบว่ามีการดำเนินโครงการ ทั้งหมด 6 โครงการ ภายใต้การพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน บรรลุตัวชี้วัดที่ชุมชนกำหนด คือ

1. ไม่พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เกิดขึ้นในชุมชน
 2. กลุ่มเสี่ยงเบาหวานเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการเดินวิ่ง ร้อยละ 100
 3. มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการเดินวิ่ง ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวันอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2556 จนถึงปัจจุบัน
- ผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เกิดมาตรการทางสังคม เช่น ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ หากฝ่าฝืน

ปรับ กำหนดให้ชุมชนเป็นพื้นที่ต้นแบบเป็นหมู่บ้านไร้พุง ปลอดเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยเมื่อมีกิจกรรมต้องมีตัวแทนครัวเรือน เข้าร่วมอย่างน้อย ครัวเรือนละ 1 คน มีการจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกายในชุมชนกำหนดให้กลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวานเข้าร่วม หากไม่เข้าร่วมปรับ 5 บาทต่อครั้ง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน 48 ราย ดังในตาราง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชนก่อน และหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนา (N = 48)

พฤติกรรมสุขภาพ	Pre- test		Post-test		t	P value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. การบริโภคอาหาร	3.1721	.45758	3.4330	.18972	.418	.001*
2. การออกกำลังกาย	1.5000	0.0001	1.8261	0.5794	3.817	.001*
3. การจัดการอารมณ์ และความเครียด	1.0652	0.4914	1.2609	0.2491	2.9290	.005*
4. การสูบบุหรี่	1.0435	0.20618	1.1087	0.31470	1.772	.083
5. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3.8000	0.58775	3.9333	0.25226	1.956	.057

* significant level $p < .05$

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมตามโปรแกรมการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการอารมณ์ และความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ (ประดิษฐ์ ไชยสังข์, 2554) ทั้งนี้ อาจเป็นผลสืบเนื่องจากการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน ในขั้นตอนการทำความเข้าใจกับภาคีที่หลากหลายเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้ได้รับทราบข้อมูลสถานการณ์และความรุนแรงของปัญหาเกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน นอกจากนั้น ผลของการประชาสัมพันธ์ทำให้กลุ่มเสี่ยงและประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารและมาร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องอีกทั้งการอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การศึกษาดูงานหมู่บ้านต้นแบบ และการจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกายล้วนมีส่วนทำให้กลุ่มเสี่ยงตระหนักและปรับพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

สำหรับผลการศึกษาที่พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ และด้านการดื่มแอลกอฮอล์ มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างไม่มีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั้น อาจเนื่องมาจาก พฤติกรรมทั้งสองด้านต้องใช้ระยะเวลาในการแก้ไข เนื่องจากเกี่ยวข้องหลายปัจจัย เช่น ลักษณะการทำงาน วิถีชีวิต และบริบทสังคม ที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความเร่งรีบในการดำเนินชีวิต ทำให้ระยะเวลาในดำเนินกิจกรรม 6 เดือน นั้นไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตามกระบวนการพัฒนารูปแบบค้นพบองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน 2) การติดตามอย่างต่อเนื่อง 3) การคืนข้อมูลสำคัญให้ชุมชน 4) การสร้างแรงบันดาลใจด้วยการศึกษาดูงาน 5) การให้ความรู้ 6) การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีหัวใจบริการ 7) การวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็ง 8) การทบทวนและเข้าถึงภาคีเครือข่ายก่อนการประสานอย่างเป็นทางการ 9) การเดิน และการวิ่งเพื่อสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาครั้งนี้ คือ การมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน ได้แก่ อสม. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (C- Community Actor) การสื่อสารข้อมูลผ่านการประชาสัมพันธ์และสื่อที่หลากหลาย (Information) และการมีกระบวนการทำงานที่เกิดจากแผนที่คิดร่วมกัน (Process)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชนต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกขั้นตอน และการค้นหาบุคคลสำคัญในชุมชนเพื่อมาร่วมเป็นแกนนำในแต่ละกิจกรรมนับเป็นหัวใจของการทำงานในชุมชนเพื่อการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้ ได้รับทุนสนับสนุนจากโรงพยาบาลมหาสารคามจึงทำให้การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชนก่อให้เกิดแนวทาง และองค์ความรู้ที่นำไปสู่การขยายผลในพื้นที่อื่น ทีมวิจัยจึงขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และอรพินท์ สีขาว. (2557). การดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15(2) : 50-59.
- กุสุมา กังหลิ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15(3) : 256-268.
- เกษภาภรณ์ นาขะมิน. (2556). กลวิธีการป้องกันโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(1) : 43-51.
- ณิชาพัฒน์ เรืองสิริวัฒน์. (2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยประยุกต์ ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *พยาบาลสาธารณสุข*, 27(1) : 74-87.
- นันทพร บุณราคัมวดี และยุวมาลย์ ศรีปัญญาภูมิศักดิ์. (2555). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครนายก. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*. 2(5) : 114-129.
- ประดิษฐ์ ไชยสังข์. (2554). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเมืองศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2555). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ : รุ่งศิลป์การพิมพ์.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *รายงานประจำปี 2555*. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- อรุณี ผุยปุย. (2556). การพัฒนาแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนกรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพิจิตร. *สมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. 31(4) : 80-88.
- Chin M.H., Cook S., Drum M.L., et.al. (2004). Improving Diabetes Care in Midwest Community Health Centers with the Health Disparities Collaboration. *Diabetes Care*, 27(1) : 2-8.
- Landon B.E., Hicks L.S., & O' Malley J. (2007) Improving the Management of Chronic Disease at Community Health Centers. *N Engl J Med*, 356 : 921-93.