



การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต*

เกษม ดำนอก พย.ม.**

สมจิต แดนสีแก้ว ศศ.ด.***

บทคัดย่อ

ภาวะแทรกซ้อนทางไตพบมากที่สุดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองจากปัจจัยเสี่ยงได้ โดยมีชุมชนเป็นทั้งปัจจัยเสี่ยงและแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการตนเอง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพใช้กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมมุ่งศึกษาศักยภาพการจัดการตนเอง การรับรู้และความเชื่อของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการจัดเวทีให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต

การวิจัยนี้ มีข้อค้นพบ 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากผลการตรวจ โดยเข้าใจผลประเมินระดับน้ำตาลปลายนิ้วแต่ไม่เข้าใจผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมรายปีและอัตราการกรองของไต จึงทำให้ไม่สามารถนำผลการตรวจมาตั้งเป้าหมายเพื่อวางแผนและนำสู่การปฏิบัติในการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ นอกจากนี้ยังไม่สามารถจัดการควบคุมสัมผัสควันบุหรี่และการจัดการเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเค็ม 2) ผู้ป่วยและชุมชนรับรู้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสมีภาวะแทรกซ้อนทางไตแต่เกิดช้าหรือเร็วแตกต่างกันไป เนื่องจากการปฏิบัติตัวต่างกัน โดยระบุว่า การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี รับประทานอาหารเค็มและการสูบบุหรี่ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตเร็วขึ้น ส่งผลต่อความยุ่งยากในการจัดการตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย ทำให้สิ้นเปลืองค่ารักษาและมีความรุนแรงถึงเสียชีวิต อย่างไรก็ตามผู้ป่วยและชุมชนรับรู้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตได้ โดยในชุมชนมีตัวอย่างของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ป่วยนานแต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต 3) ผู้ป่วยและชุมชนมีความเชื่อทั้งการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันและความเชื่อตามแนวทางการรักษาทางเลือก เช่น การรับประทานข้าวมากจะช่วยให้มีแรงทำงาน การรับประทานอาหารที่มีเกลือมากช่วยรักษาโรค และสมุนไพรรักษาโรคเบาหวานร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันได้

ผลการศึกษาดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการร่วมเรียนรู้และกำหนดแนวทางการส่งเสริมผู้ป่วยโรคเบาหวานให้จัดการตนเองอย่างถูกต้อง เพื่อให้สามารถควบคุมโรคเบาหวานและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตได้เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะแทรกซ้อนทางไต การจัดการตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชน

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาลัยวิทยาลัยขอนแก่น

รองผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นายกิตติศักดิ์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



Self-Management in Diabetic Nephropathy Prevention among People with Diabetes*

Kasem Damnok M.N.S** Somjit Daenseekaew PhD***

Abstract

Diabetic nephropathy is one of the most common complications among people with diabetes mellitus (DM) who were unable to manage themselves from risk factors. The community serves as both risk and protective factors for patients' self-management. This research aimed to study perception, beliefs and potentials self-management of DM patients by qualitative research using the Participatory Rural Appraisal (PRA) process to initiate mutual learning among DM patients, family and community care givers as participants. The researcher acted as facilitator who empowered the participants in sharing their own experiences, reflected, analyzed and made their conclusion toward self-management in preventing diabetic nephropathy.

There are 3 results as followed 1) Diabetic patients can assess their health by DTX, but cannot interpret HbA1C, eGFR; therefore, they did not initiate appropriate goal and practical management to avoid sweet and salty diet, smoking, or stress, 2) Diabetic patients and community caregivers perceived that, diabetic nephropathy was related to health status of DM patients, glycemic control, high carbohydrate and salty diet, and smoking. In addition, they perceived that controlling blood sugar level can delay diabetic nephropathy and that could be done by strictly adhering to medication prescription, healthy eating, exercise and stress management. There were aware that diabetic nephropathy was a complex complication that was difficult to manage and could lead to severe illness, disability and death. 3) Diabetic patients and community had pluralistic beliefs including medical science and alternative care for diabetic patients to prevent diabetic nephropathy; eating a lot of rice will be strong for working, salty diet can treat illness, traditional herbs were appropriated for DM treatment.

Self-management potential among DM patients can prevent diabetic nephropathy. Thus, health personal, patients, family and community caregiver can apply these research results to develop perception, beliefs and management for preventing diabetic nephropathy.

Keywords: chronic kidney disease, self-management community participate

* A part of Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Graduate School, Khon Kaen University

Funded by Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working Age People, Khon Kaen University

** Student of Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Deputy Director of Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working Age People, Khon Kaen University

Honorary President The Thai Nurses Association, Northeast Division



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขนาดและความรุนแรงกระจายทั่วโลก จากการสำรวจข้อมูลของสหพันธ์เบาหวานโลกปี พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน 415 ล้านคน จะเพิ่มเป็น 642 ล้านคนในปี พ.ศ. 2583 และมีอัตราการป่วยตายจำนวน 5 ล้านคนในภูมิภาคเอเชียตะวันตก (Western Pacific) พบผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวนมากและมีแนวโน้มมากขึ้นเช่นกัน จาก พ.ศ.2558 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 153.2 ล้านคน และพบเพิ่มขึ้นเป็น 214.8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2583¹ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตหรือพิการ เช่น โรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy)² โรคเบาหวานขึ้นจอตา (Diabetic retinopathy) โรคเส้นประสาทสาเหตุจากเบาหวาน (Diabetic neuropathy)³ รวมทั้งโรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)⁴ เป็นต้น

ส่วนสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ประมาณ 8 ล้านคน ร้อยละ 17.6 ของประชากรที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรัง 13,536 คน และก่อให้เกิดความสิ้นเปลืองในการรักษา โดยในปีพ.ศ. 2558 ใช้งบประมาณในการบำบัดทดแทนไตเฉลี่ยประมาณ 240,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งไม่รวมค่าใช้จ่ายด้วยยา และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้งบประมาณในการล้างไต ซึ่งแยกจากการบริการทางการแพทย์เหมาะสมจ่ายรายหัว ในปีงบประมาณ 2558 สูงถึง 5,247 ล้านบาท และมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็น 6,318 ล้านบาท ในปีงบประมาณ 2559⁵ ภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวานมีสาเหตุ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้จนทำให้ระดับน้ำตาลสูง ส่งผลทำให้เกิดพยาธิสภาพในหลอดเลือดขนาดเล็กของไต ทำให้อัตราการกรองของไตลดลง ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ลดการรับประทานอาหารเค็ม และการออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยให้อัตราการกรองของไตดีขึ้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่จัดการตนเองได้ดีเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะสามารถคงระดับอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate; eGFR) ให้คงที่ไว้ได้^{6,7}

พื้นที่ในการวิจัยคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดงพลอง ตำบลคลองเมือง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา มีประชากรทั้งหมดจำนวน 8,385 คน มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 314 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 212 คน อัตราความชุกของโรค คิดเป็น 25.28 ต่อประชากรพันคน พบผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 2 ถึงระยะที่ 4 จำนวน 126 คน อัตราความชุกของโรค คิดเป็น 15.0 ต่อพันประชากร เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดนอกจากนั้นยังพบว่าคนในชุมชนมีความรักใคร่สามัคคีกัน ช่วยเหลือและพูดคุยหรือบอกกล่าวตักเตือนกันได้ พบว่า ชุมชนมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้นสมาชิกในชุมชนสามารถร่วมค้นหาข้อเท็จจริง โดยผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) ผ่านแนวคิดการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (PRA) มาประยุกต์ใช้ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) ศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต
- 2) ศึกษาการรับรู้และความเชื่อของผู้ป่วยโรคเบาหวานเกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนทางไต

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการวิจัยในเขตพื้นที่ รพ.สต. ดงพลอง ตำบลคลองเมือง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา มีหมู่บ้านรับผิดชอบทั้งหมด 11 หมู่บ้าน ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal: PRA) ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โดยผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) การจัดการตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว และชุมชน ในการจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์



กลุ่มประชากร ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน และอาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยไม่ต่ำกว่า 1 ปี มีจำนวนทั้งหมด 212 คน 2) กลุ่มผู้ดูแลในชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชนได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน 55 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 34 คน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 172 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว 198 คน รวมทั้งหมด 681 คน

กลุ่มผู้ร่วมวิจัย คือ กลุ่มประชากรที่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้และสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วย 58 คน ผู้นำชุมชน 33 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 89 คน อสม. 55 คน สมาชิก อบต. 34 คน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 2 คน รวมทั้งหมด 272 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 4 เครื่องมือ ประกอบด้วย 1) แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อแบ่งปันประสบการณ์การช่วยเหลือกันของกลุ่มเพื่อนโรคเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเกี่ยวกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยประเด็นการสนทนา คือ ประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งประสบความสำเร็จ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เป็นโรคเบาหวานนานไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต รวมทั้งประสบการณ์ที่ไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง เช่น ระดับน้ำตาลสูง ได้รับการล้างไตผ่านทางหน้าหรือพอกไตทางเส้นเลือด 2) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อยืนยันข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม และค้นหาข้อมูลที่ต้องการเพิ่ม ในประเด็นคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วย การจัดการตนเองเพื่อนำไปสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แตกต่างในแต่ละคน ในมุมมองที่หลากหลายจากประสบการณ์จริง 3) แนวทางการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมลักษณะทั่วไปในชุมชน คนในชุมชน วิถีชีวิตชุมชน วิถีชีวิตของครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย 4) แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วมสังเกตพฤติกรรมสีหน้า ขณะที่สนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสนทนากลุ่มผู้วิจัยแบ่งกลุ่มจำนวน 5 กลุ่ม ตามระดับ eGFR กลุ่มละ 10 คน รวม 50 คน ผู้วิจัยนัดทำการสนทนากลุ่มวันละ 1 กลุ่ม ใช้เวลาช่วง 8.30 น.- 09.00 น. ครั้งละ 45 นาที โดยผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวก สะท้อนคิดในประเด็นที่น่าสนใจ และคอยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มเกิด

การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม กิจกรรมสุดท้ายของการสนทนา คือ กลุ่มสมาชิกเลือกผู้มีประสบการณ์การจัดการตนเองที่น่าสนใจ โดยเลือกผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีไม่มีโรคภาวะแทรกซ้อนทางไต และผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดการตนเองได้จนมีภาวะแทรกซ้อนทางไต เพื่อนำไปสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มละ 2 คน รวม 10 คน

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผ่านกิจกรรมการสนทนากลุ่มแล้วจำนวน 10 คน สัมภาษณ์ที่ รพ.สต. จำนวน 5 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกที่บ้านผู้ป่วยจำนวน 5 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประสบการณ์การดูแลตนเองดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไต ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยคนละ 45 นาที จนได้ข้อมูลครบถ้วน

3. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ขณะร่วมกิจกรรมพยายามสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตขณะทำกิจกรรมการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมระดมสมองสะท้อนคิด ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมสีหน้าหรือแม้กระทั่งการทดลองชิมอาหารร่วมกับผู้ป่วย

4. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมสังเกตลักษณะทั่วไปในชุมชน คนในชุมชน วิถีชีวิตของชุมชน วิถีชีวิตของครอบครัวผู้ป่วย รวมทั้งพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย พร้อมทั้งจดบันทึกในสิ่งที่พบเห็นขณะทำกิจกรรมการสนทนากลุ่มการสัมภาษณ์และการประชุมระดมสมองสะท้อนคิด

5. การบันทึกภาคสนาม ผู้วิจัยทำทุกครั้งที่มีการกิจกรรม คือ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การประชุมระดมสมองสะท้อนคิด ผู้วิจัยจดบันทึกและบันทึกเทป โดยผู้วิจัยขออนุญาตผู้ร่วมวิจัยทุกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ถอดเทปบันทึกเสียง นำมาตรวจสอบกับการบันทึกภาคสนาม อ่านและขีดคำสำคัญ แยกประเภท จัดหมวดหมู่ เชื่อมโยงและยืนยันความถูกต้อง นำข้อความมาเขียนให้เป็นภาษาเขียนที่สื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน เป็นรูปประโยคเดิม หรือประโยคใหม่ที่มีความหมายเหมือนเดิม พร้อมทั้งการตรวจ



สอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data triangulation) คือ การพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มาถูกต้องหรือไม่ โดยมีการตรวจสอบดังนี้ 1) แหล่งเวลา คือ ข้อมูลต่างเวลาจะเหมือนกันหรือไม่ เช่น การสังเกตช่วงเช้า ควรตรวจสอบโดยการสังเกตช่วงเย็นด้วย 2) แหล่งสถานที่ คือ ข้อมูลต่างสถานที่จากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่บ้านและการสนทนากลุ่มที่ รพ.สต. เหมือนหรือต่างกันและ 3) แหล่งบุคคล คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ข้อมูลเหมือนหรือต่างกัน เช่น ข้อมูลการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยตรงกันอย่างไร

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยตระหนักและให้ความสำคัญอย่างยิ่ง โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พร้อมทั้งหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ส่งให้ผู้อำนวยการ รพ.สต. ดงพลอง ผู้ใหญ่บ้าน 11 หมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล 1 แห่ง สำหรับผู้ร่วมวิจัย ได้รับคำอธิบายเพื่อให้เข้าใจ รับทราบและให้ความยินยอม พร้อมลงลายมือชื่อเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งสามารถขอถอนตัวจากงานวิจัยได้เมื่อรู้สึกไม่ปลอดภัย และข้อมูลในการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและถูกทำลายหลังจากการวิจัยเสร็จสิ้น

ผลการวิจัย

แบ่งการนำเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2) การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จากข้อมูลจากเวชระเบียน (HosXP PCU) ของรพ.สต. ดงพลอง พบว่าสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 212 คน อัตราความชุกของโรคเป็น 25.3 ต่อพันประชากร

1.1 ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (HbA_{1C}) < 7.5 ควรมีมากกว่า ร้อยละ 40 ของจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด โดยผลการตรวจในปีงบประมาณ 2559 ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี พบเพียงร้อยละ 30 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ พบมากถึงร้อยละ 70

1.2 จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต เมื่อแบ่งตามระยะของไต ระยะที่ 1 $eGFR \geq 90$ จำนวน 97 คน (ร้อยละ 45.8) ระยะที่ 2 $eGFR$ 60-89 จำนวน 63 คน

(ร้อยละ 29.8) ระยะที่ 3 $eGFR$ 30 – 59 จำนวน 37 คน (ร้อยละ 17.5) ระยะที่ 4 $eGFR$ 15 – 29 จำนวน 8 คน (ร้อยละ 3.8) ระยะที่ 5 $eGFR < 15$ ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 7 คน (ร้อยละ 3.3) โดยรักษาด้วยการล้างไตผ่านทางหน้าท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) จำนวน 3 คน การฟอกไตด้วยเครื่องฟอกไตเทียม (Hemodialysis) จำนวน 2 คน รักษาด้วยยาอย่างเดียวจำนวน 2 คน

1.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานรอบเอวเกิน ผู้หญิงรอบเอวเกิน 80 เซนติเมตร จำนวน 120 คน (ร้อยละ 56.6) ผู้ชายรอบเอวเกิน 90 เซนติเมตร จำนวน 15 คน (ร้อยละ 7.1)

1.4 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สูบบุหรี่จำนวน 7 คน (ร้อยละ 3.3) และบุหรี่ยี่สิบสองที่ได้รับการสัมผัสควันบุหรี่จากสามีหรือลูกชาย จำนวน 54 คน (ร้อยละ 25.5)

2. การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต อธิบายได้ 3 ลักษณะ คือ 1) การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2) การรับรู้การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3) ความเชื่อในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยอธิบาย ดังนี้

2.1 การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2.1.1 การประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานรับรู้ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) เพราะตรวจบ่อยทุกนัดก่อนรับยา ตรวจเสร็จทราบผลทันที รับรู้ว่าถ้า DTX น้อยกว่า 140 mg/dl ได้นัดรับยา 2 เดือน

2) การตรวจระดับน้ำตาลสะสม (HbA_{1C}) ผู้ป่วยรับรู้แต่ไม่เข้าใจผลการตรวจ เพราะตรวจ 1 ครั้งต่อปี หลังตรวจผลการตรวจออกช้านานกว่า 1 เดือน แพทย์เป็นผู้รายงานผล มีระยะเวลาในตรวจและพูดคุยกันน้อย ทำให้ไม่เข้าใจผล HbA_{1C} และเรียกว่า ผลการตรวจน้ำตาลสะสมรายปี โดยรับรู้แค่ว่าดีหรือไม่ดีเท่านั้น

3) อัตราการกรองของไต ($eGFR$) ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่เข้าใจผลการตรวจ $eGFR$ ไม่สามารถอธิบายได้ว่า อัตราการกรองของไตตนเองอยู่ระดับใด ทราบเพียงว่า ไตดี ไตเริ่มเสื่อม ไตเสื่อมและไตวาย เป็นต้น

4) ผู้ป่วยรับรู้ว่าถ้าสูบบุหรี่จะควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ ในการศึกษานี้มีผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่จำนวน 7 คนและบุหรี่ยี่สิบสอง จำนวน 54 คน ผู้ป่วย



พยายามหลีกเลี่ยงการสัมผัสวันบวหรือจากคนในครอบครัว และชุมชน แต่ยังไม่หลีกเลี่ยงไม่ได้เพราะการอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีคนสูบบุหรี่ปั่นทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังในชุมชนนั้นไม่สามารถลดการสัมผัสวันบวหรือได้

2.1.2 การตั้งเป้าหมายการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานนำผลการตรวจ DTX มาเป็นเป้าหมายในการจัดการตนเอง โดยควบคุมระดับน้ำตาลเพียงช่วงระยะเวลาสั้นๆ 2-3 วันก่อนวันนัดมารับยา เพื่อให้มีระดับน้ำตาลไม่เกิน 140 mg/dl การนัดมารับยาค้างต่อไปมากกว่า 1 เดือน

2) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระบุว่าได้รับการตรวจ HbA_{1c}, eGFR แต่ไม่เข้าใจผลการตรวจ เนื่องจากมีเวลาน้อยในการทำความเข้าใจร่วมกับแพทย์ จึงไม่ได้นำผลการตรวจมาตั้งเป็นเป้าหมายในการจัดการตนเอง

3) ผู้ป่วยโรคเบาหวานตั้งเป้าหมายจัดการตนเองเพราะมีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 3 ตั้งเป้าหมายว่าต้องเท่าเดิมหรือไม่แยงจนกลายเป็นภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4-5 ต้องย้ายไปรับยา รพ.จักราช ซึ่งไกล ไม่สะดวกในการเดินทาง

4) ผู้ป่วยโรคเบาหวานตั้งเป้าหมายลดการสูบบุหรี่ เนื่องจากผู้ป่วยเองต้องการเลิกบุหรี่เพราะรับรู้อันตรายของการสูบบุหรี่และชุมชนต่อต้านการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ โดยเฉพาะที่ศาลาประชาคมประจำหมู่บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและ รพ.สต. แต่ยังไม่มีการควบคุมการสูบบุหรี่

2.1.3 การวางแผนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานวางแผนการควบคุมอาหารหวานและอาหารเค็มจริงจัง 2-3 วัน ก่อนวันนัดมารับยาเท่านั้น ระดับน้ำตาลลดลงไม่เกิน 140 mg/dl ทำให้ได้รับการนัดให้มารับยาในครั้งถัดไปประมาณ 2-3 เดือน

2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานวางแผนการออกกำลังกายโดยปัจจุบันแกว่งแขนหลังตื่นนอนและช่วงเย็นทุกวัน วางแผนจะเพิ่มการออกกำลังกายอย่างอื่นคือ วิ่งเหยาะๆ รอบบ้าน

3) ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่มีการวางแผนการจัดการเกี่ยวกับผลตรวจ HbA_{1c} และ eGFR ใช้ผลการตรวจ DTX ตั้งเป้าหมายและวางแผนในการจัดการตนเอง

4) ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่มีการวางแผนลดการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นบุหรี่มือสองวางแผนพูดคุยทำความเข้าใจกับสามีและลูก เพื่อลดการสูบบุหรี่หรือให้ไปสูบบุหรี่นอกบ้าน

2.1.4 การปฏิบัติตามแผนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถจัดการระดับน้ำตาลของตนเองได้ ตามความเข้าใจจากคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ตามแนวทาง 30 2ส และตามคำบอกเล่าจากประสบการณ์ของผู้ป่วยคนอื่นที่มีผลการตรวจดีอธิบายได้ดังนี้ การจัดการเกี่ยวกับระดับน้ำตาลเพื่อให้อยู่เกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยควบคุมอาหารหวานจริงจัง 2-3 วันก่อนวันนัดมารับยา เพื่อระดับน้ำตาลน้อยกว่า 140 mg/dl จะได้รับวันนัดมารับยา 2 เดือน และพบว่า ผู้ป่วยยังรับประทานข้าวเหนียววันละ 2-3 มื้อ กับข้าวพื้นบ้านทำรับประทานเอง เช่น เมี่ยงปลา ร้า ส้มตำ บางคนซื้อแกงจากร้านค้ากลางหมู่บ้าน นิยมรับประทานอาหารเป็นวงร่วมกัน ยิ่งหลายคนยิ่งอร่อย รับประทานได้มาก นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานบางคนยังสามารถทำอะไร ทำนาได้ ช่วงที่ทำงานต้องรับประทานอาหารมาก ดังนั้นแม้ครัวต้องทำอร่อยเน้นหวานและเค็ม ทำให้รับประทานอาหารปริมาณมาก มีกำลังในการทำงานมากขึ้น

2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแลบางครอบครัวร่วมกันจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ 2.1) อาสาทำอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2.2) การแยกสำรับกับข้าวหรือแยกหม้อสำหรับปรุงอาหารของผู้ป่วยต่างหาก 2.3) สมาชิกครอบครัวเป็นกำลังสนับสนุนและให้กำลังใจผู้สูบบุหรี่ภายในครอบครัวเดียวกัน¹⁶

3) ผู้ป่วยโรคเบาหวานจัดการตนเองเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ แต่สูบบุหรี่ให้เสร็จก่อนเข้าร่วมประชุมในศาลาประชาคมประจำหมู่บ้าน และพยายามหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ในครอบครัวโดยออกมาสูบนอกบริเวณบ้าน เช่น ริมถนน ร้านค้าชุมชนและร้านขายของชำ

2.1.5 การประเมินผลลัพธ์การจัดการตนเอง

1) การประเมินผลของการจัดการตนเองเกี่ยวกับระดับน้ำตาลพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับ DTX ได้แต่ระดับ HbA_{1c} มีผลการตรวจสวนทางกัน คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับยา



เป็นประจำมีผล DTX 112 mg/dl แต่ในขณะเดียวกัน HbA_{1c} สูง 12.5 ค่า eGFR 30 ซึ่งเป็นผลของการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ต้องการให้ระดับน้ำตาลไม่เกิน 140 mg/dl เพื่อให้ได้วันนัดมารับยาหลายเดือน ผลลัพธ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยที่สามารถประเมินได้ด้วยตนเอง คือ ระดับน้ำตาล DTX และอาการแสดงต่าง ๆ

2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถจัดการตนเองจากการสัมผัสควินบูห์ได้ เพราะมีสมาชิกในครอบครัวและสมาชิกชุมชนสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานลดการสูบบุหรี่ไม่ได้เพราะมีสิ่งแวดล้อมในชุมชนกระตุ้น เช่น เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว 2 เดือน เห็นเพื่อนสูบในที่สาธารณะทำให้กลับมาสูบซ้ำ

ศักยภาพในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มี 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดการจัดการตนเองได้คือ การรับรู้การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต และความเชื่อในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2.2 การรับรู้การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต เกิดช้าหรือเร็วแตกต่างกันตามการปฏิบัติตัวพบว่า การไม่ควบคุมระดับน้ำตาล รับประทานอาหารรสเค็ม การสูบบุหรี่ ขาดนัดรับยา ความเครียดจากเลี้ยงหลาน พักผ่อนไม่เพียงพอ ซ้ำยาจากกรรเส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตเร็วขึ้น ผู้ป่วยรับรู้โรคไตเรื้อรังมีความยุ่งยากในการดูแล และรุนแรงทำให้เสียชีวิตโดยอธิบายได้ดังนี้ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตมีความยุ่งยากในการรับประทานอาหารต้องแยกอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานและห้ามรับประทานผลไม้ เช่น น้ำลูกยอ มะเฟืองหรือสมุนไพร โสม ชะเอมเทศ เป็นต้น เพราะมีโพแทสเซียมสูง สำหรับการออกกำลังกาย ผู้ป่วยที่ทำ CAPD มีถุงเก็บอุปกรณ์ที่หน้าท้อง ภาวะซิดทำให้เป็นอุปสรรค การทำไร ทำนา รับประทานอาหารที่บ้านตั้งแต่เช้าถึงค่ำ จำเป็นต้องซื้อแกงถุง จากความเหนื่อยเพลียเหนื่อยง่ายจากภาวะซิด อาชีพหรือการทำงานต่างๆ เป็นอุปสรรคและความยุ่งยากในการจัดการตนเอง นอกจากนั้นยังสิ้นเปลืองในการรักษา แม้สิทธิ์การรักษาไม่มีค่าใช้จ่ายแต่มีค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทาง

2.3 ความเชื่อในการจัดการตนเองพบว่า ผู้ป่วยจัดการตนเองด้วยความเชื่อ ความศรัทธา ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตมี 2 ด้าน คือ 2.3.1 ความเชื่อตามการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้ป่วยบางคนเชื่อว่ายามีประสิทธิภาพรับประทานยาต่อเนื่องแต่พบว่าไม่ควบคุม

พฤติกรรมมารับประทาน ไม่ออกกำลังกายและยังสูบบุหรี่ 2.3.2 ความเชื่อการรักษาแผนปัจจุบันร่วมกับสมุนไพร 1) ใช้สมุนไพรรักษาโรคเบาหวานร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานดื่มยาหมอยาต้มสมุนไพร และยาแก้ปวดซื้อตามรถเร่หรือสั่งซื้อยาตามวิทยุ ซึ่งได้รับฟังคำบอกเล่าจากผู้ป่วยด้วยกันที่เคยบริโภคยาเหล่านั้น 2) กินข้าวมากจะมีแรงทำงานผู้ป่วยโรคเบาหวานบางคนอยู่ในวัยทำงาน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานทำงาน ทำไร ทำนา ใช้กำลังแรงงานเหมือนคนทั่วไป หลังจากการทำงาน ภายใต้อาการเหน็ดเหนื่อย ผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารปริมาณมาก รสชาติอาหารอร่อย ทำให้สามารถรับประทานอาหารปริมาณมากเพื่อสะสมพลังงานในการทำงาน

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยรับประทานอาหารชนิดเดียวกันร่วมกับคนปกติ โดยผู้ป่วยประกอบอาหารรับประทานเองและบางครั้งซื้อแกงถุงมารับประทาน ซึ่งสามารถซื้อได้ง่ายในชุมชน กลุ่มแม่บ้านจัดเตรียมอาหารเมื่อมีเทศกาลหรืองานบุญ ทั้งขนมหวาน น้ำอิตลัม และผลไม้ ผู้ป่วยที่มาร่วมงานรับประทานอาหารเกินความต้องการของร่างกายเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สอดคล้องกับพฤติกรรม รับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วไปในภาคอีสาน¹⁰ เมื่อตรวจสอบเลือดประจำปีผู้ป่วยโรคเบาหวานมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแตกต่างกัน แต่ได้รับการดูแลเทียบเท่ากัน กล่าวคือ หากผู้ป่วยที่ผลการตรวจผิดปกติต้องรอตรวจเพียงปีละครั้ง ตามนโยบายของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติของสมาคมโรคไต¹¹

การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ศักยภาพการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานคือ 1.) ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถประเมินตนเองได้คือ 1.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถประเมินตนเองจากการตรวจได้โดยเข้าใจเพียงผล DTX แต่ไม่เข้าใจผล HbA_{1c} และ GFR 1.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานตั้งเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในช่วงระยะเวลาสั้นๆโดยใช้ผล DTX ในการตั้งเป้าหมาย พบว่า หลายคนตั้งเป้าระดับน้ำตาลไม่เกิน 140 mg/dl เพื่อให้ได้รับการนัดมารับยาครั้งต่อไปมากกว่า 1 เดือนและตั้งเป้าหมายต้องการลดการสูบบุหรี่ 1.3 ผู้ป่วย



โรคเบาหวานวางแผนการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดก่อนวันนัดรับยา 2 วัน เพื่อให้ได้รับการนัดมารับยาค้างต่อไปมากกว่า 1 เดือน 1.4 ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถจัดการระดับน้ำตาลของตนเองได้ ยังสูบบุหรี่และเป็นผู้สัมผัสควันบุหรี่มือสอง 1.5 ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถประเมินผลลัพธ์หลังการจัดการตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองที่กล่าวไว้ว่า การสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 1) การประเมินตนเอง (Assess) 2) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 3) การวางแผนการปฏิบัติ (Action plan) 4) การเพิ่มทักษะการแก้ไขปัญหา (Problem solving) 5) การติดตาม (Follow-up)^{15,6}

การรับรู้การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต 1) ผู้ป่วยรับรู้มีโอกาสมีภาวะแทรกซ้อนทางไตช้าหรือเร็วขึ้นกับการปฏิบัติตัวต่างกันซึ่งพบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี รับประทานอาหารเช้า สูบบุหรี่ ขาดนัดรับยา ความเครียดจากการเลี้ยงหลาน พักผ่อนไม่เพียงพอและซื้อยาจากรถเร่ 2) ผู้ป่วยรับรู้ภาวะแทรกซ้อนทางไตมีความยุ่งยากในการดูแลและรุนแรงทำให้เสียชีวิตอย่างไรก็ตามผู้ป่วยรับรู้ภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถป้องกันในขณะเดียวกันยังรับรู้อุปสรรคของการรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในชุมชน ตำบลพระกลางทุ่งอำเภอหาดุพนม จังหวัดนครพนม¹² ได้กล่าวไว้ว่าผู้ป่วยได้รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและได้รับความรู้ในการดูแลตนเองที่เหมาะสมทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อสม.สามารถให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้ และเจ้าหน้าที่รพ.สต.มีแนวทางการให้บริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในชุมชน และนอกจากนั้นผลการวิจัย มีการรับรู้ถ้าผู้ป่วยกินเค็มทำให้เป็นโรคไตเร็วขึ้น พบว่า การรับประทานอาหารเช้า สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ควรหลีกเลี่ยงอาหารเค็มทุกชนิด รวมทั้งอาหารหมักดอง ซอสต่าง ๆ ชุปก้อน ผงชูรส เต้าเจี้ยว ซิอิ๊วน้ำปลา และอาหารสำเร็จรูป ขนมหขี้เหี่ยว ซึ่งจะมีเครื่องปรุงที่มีรสเค็มทำให้อาการบวมไม่ลดลง¹³

ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1) ความเชื่อตามการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน 2) ความเชื่อการรักษาแผนปัจจุบันร่วมกับสมุนไพร อธิบายได้ดังนี้

2.1) ใช้สมุนไพรรักษาโรคเบาหวานร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน 2.2) รับประทานข้าวมากจะมีแรงทำงาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานบางคนอยู่ในกลุ่มวัยทำงาน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานทำงาน ทำไร่ ทำนา ผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารปริมาณมาก รสชาติอาหารอร่อย เอื้อให้สามารถรับประทานอาหารปริมาณมากเพื่อสะสมพลังงานในการทำงาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านโพธิ์ม่วง อำเภอดงหลวงบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด มีสาเหตุมาจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รับประทานอาหารหวานจัด รับประทานอาหารประเภทน้ำมันมาก การดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน และรับประทานผลไม้ตามฤดูกาลครั้งละมาก ๆ¹⁴

ข้อเสนอแนะ

1. การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (PRA) เป็นกระบวนการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน สร้างความสามัคคีร่วมแบ่งปันประสบการณ์ แลกเปลี่ยนจากสถานการณ์จริง ผู้วิจัยเสนอแนะใช้แนวคิดนี้ประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาของชุมชนด้านอื่น
2. ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลเกี่ยวกับคลินิกโรคเรื้อรัง ควรมีความรู้และความพร้อมในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต เช่น การติดตามเจาะเลือดประจำปี การจัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อแยกประเภทการดูแล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ รพ.สต.ดงพลอง และผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงานที่สนับสนุนทุนการวิจัย ขอขอบคุณ ผศ.ดร.วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์ และ รศ.ดร.พนิชฐา พานิชชาวิกุล ที่ให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ เพื่อให้มีความสมบูรณ์และขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้การวิจัยนี้ประสบความสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์การวิจัย



เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. Diabetes. International Diabetes Federation; 2015.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2557.
3. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ตา ไต เทา). นนทบุรี: บริษัท โอ-วิทย์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2553.
4. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย. แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2555.
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2558 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. [เข้าถึงเมื่อ 16 ก.ย. 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf>
6. เสนีย์อารีย์. โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15(2): 129–34.
7. เรืองจุ้ย ศิริรัตน์, ศิริ วงศ์ทวี. วิธีการป้องกันและชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน 2554; 10(3): 31–8.
8. ประเสริฐศักดิ์ ขอห้องกลาง. Chronic Kidney Disease (CKD) Clinic [Internet]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 16 ก.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ckrucup.org/ncd/index.php>
9. สมจิต แคนสีแก้ว. การเสริมพลังอำนาจของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่ในบ้าน. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2557; 17(1): 1–11.
10. จิราภรณ์ ชินโสม, วิพร เสนารักษ์. สถานการณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้หญิงอีสาน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2554; 29: 31–40.
11. ธิติรัตน์ อภิญา (บรรณาธิการ). คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง; 2015.
12. Creer LT. Self-management of chronic illness. Handbook of self-regulation. Calif Acad 2000; 601–29.
13. ชินกรณ์ แดนการไสย, เพชรไสว ลิมตระกูล. การชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในชุมชน ตำบลพระกลางทุ่ง อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2016; 34(2): 6–13.
14. ธิติรัตน์ ธิรพรเลิศรัฐ (บรรณาธิการ). ความรู้เรื่องโรคไต สำหรับประชาชน. นนทบุรี: เฮลท์ เวิร์ค จำกัด; 2556.
15. สมใจ จางวาง, เทพกร พิทยภินัน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559; 1: 110–28.