

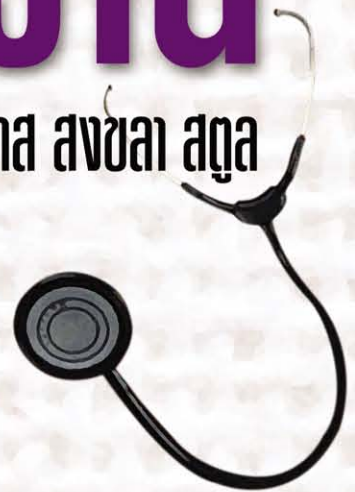
การ จัด บริการ ปฐม ภูมิ

การ ดูแล



โรคเบาหวาน

ในพื้นที่พิเศษ จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา สตูล



พจนพัฒน์ ไตรเจริญวานิช

บ ส ส ท ๑ ๕ ๓ ๑ ๕

ก า ร จั ด บ ริ ก า ร ป ร ุ ม ฎ ม

“การดูแลโรคเบาหวาน”

ในพื้นที่พิเศษ จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา สตูล

พณพัฒน ์ โตะเจริญวณิข

บ ร ร ณะ ธิ ก าร



การ จัด บริการ ปร ฐ ม ภู มิ
“การดูแลโรคเบาหวาน”
ในพื้นที่พิเศษ จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา สตูล

จัดพิมพ์โดย : สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ (สวรส.ภาคใต้)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ www.southhsri.psu.ac.th
สนับสนุนงบประมาณ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) www.nhso.go.th

บรรณาธิการ : พลพัฒน์ ไตเจริญวานิช
พิมพ์ครั้งแรก : เมษายน 2551
จำนวน : 500 เล่ม

คำนำ

สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งเกิดขึ้นต่อเนื่องมาตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.2547 จนถึงปัจจุบัน ทำให้มีผลกระทบต่อสังคมในวงกว้างทุกระบบ ทั้งกรณีความเสียหายต่อชีวิต และทรัพย์สิน ผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ ภาพลักษณ์ทางการเมือง และความเป็นอยู่ของประชาชน ชาวบ้านมีความเครียด กิจกรรมต่างๆ เช่น การพักผ่อน การออกกำลังกายต่างๆ ลดลง ส่วนทางบุคลากรสาธารณสุขเองก็เกิดความวิตกกังวล ไม่มั่นใจในความปลอดภัย ส่งผลให้งานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การเยี่ยมบ้าน การนิเทศติดตาม การสนับสนุนเครือข่ายบริการต่างๆลดลง แม้การรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลในยามวิกฤล หรือการส่งต่อผู้ป่วยก็มีความเสี่ยงมากขึ้น^{1,2}

นอกจากนี้ในส่วนของ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีพี่น้องชาวมุสลิมอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งศาสนาอิสลามได้เข้ามามีส่วนในการกำหนดวิถีชีวิตของชาวมุสลิมนับตั้งแต่เกิดจนตาย ชีวิตความเป็นอยู่จะสัมพันธ์แนบแน่นกับศาสนาจนแยกออกจากกันไม่ได้ ดังนั้นการจะให้บริการสุขภาพที่ดีได้จำเป็นต้องปรับการบริการให้เข้ากับมิติแห่งศาสนา วัฒนธรรม และวิถีชีวิตอันเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของชาวมุสลิมด้วย

หนังสือเล่มนี้จัดทำขึ้นจากการสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ (สวรส.ภาคใต้) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะกรรมการคณะที่ 2 ตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการให้มีการปรับระบบการจัดบริการทางสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความหลากหลายทางวัฒนธรรม และความไม่สงบในพื้นที่มากขึ้น โดยเฉพาะประเด็นการดูแลโรคเรื้อรัง เพื่อจะสร้างความเข้าใจแก่ผู้ให้บริการสุขภาพหรือผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิของพื้นที่ชายแดนใต้ จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล

หนังสือเล่มนี้ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลโรคเบาหวาน ตั้งแต่ระยะก่อนป่วย เริ่มป่วย และระยะป่วยจนมีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งพยายามเรียบเรียงให้เป็นหมวดหมู่ เพื่อให้อ่านง่าย มีทางเลือกให้ปฏิบัติ โดยคำนึงถึงบริบทความสอดคล้องกับวิถีมุสลิมและสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยเสมอเพื่อหวังว่าจะเกิดประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ดูแลผู้ป่วยได้มากที่สุด อย่างไรก็ตามหากมีสิ่งหนึ่งสิ่งใดในหนังสือเล่มนี้ที่ยังมีข้อผิดพลาด ก็พร้อมจะรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้อ่านทุกท่าน และขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วย

พนพัฒน โตะเจริญวานิช

สารบัญ

บทนำ	การพัฒนารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่พิเศษ เรื่อง “การดูแลโรคเบาหวาน”	6
บทที่ 1	การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคเบาหวาน	8
	1. ผู้ที่ควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน	8
	2. หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน	9
	3. วิธีที่ควรเลือกใช้ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน	9
	4. การใช้กลูโคมิเตอร์เพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน	11
	5. การเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองโรคเบาหวานในชุมชน	13
บทที่ 2	การดูแลรักษาโรคเบาหวาน	19
	1. ความรู้เบื้องต้นเรื่องโรคเบาหวาน	19
	2. แนวทางและเป้าหมายการดูแลรักษาโรคเบาหวาน	21
	3. การเพิ่มคุณภาพของการดูแลผ่าน Clinical Audit	23
	4. แนวทางการใช้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	27
บทที่ 3	การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน	33
	1. Microvascular complication	33
	- Diabetic retinopathy (DR)	33
	- Diabetic nephropathy	35
	- Diabetic neuropathy (DN)	35
	2. Macrovascular complication	40
	- Peripheral vascular disease	40
	- Cardiac complication	41

บทที่ 4	การดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างเป็นองค์รวม	42
	1. การดูแลจากกาย...ไปสู่จิตใจ	42
	- วิธีการสื่อสารเบื้องต้น 10 ประการ	44
	2. การดูแลจากกาย...ไปสู่สังคม	45
	- วิธีปฏิบัติเมื่อจะไปเยี่ยมบ้าน	46
บทที่ 5	การส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน	54
	1. การบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน	55
	- ประเภทของอาหารเบาหวาน	55
	- การคำนวณพลังงานที่ควรได้รับ	56
	- การจัดอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน	57
	2. การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน	59
	- การปรับรูปแบบการออกกำลังกายให้สอดคล้องกับชุมชน	60
	3. การดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน	65
	4. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน	66
บทที่ 6	การป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2	72
บทที่ 7	การดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่พิเศษ	77
	1. การถือศีลอด	77
	- ผลของการถือศีลอดต่อภาวะสุขภาพและการละศีลอด	77
	- การใช้ยาในช่วงการถือศีลอด	78
	- การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในช่วงถือศีลอด	78
	2. การประกอบพิธีฮัจญ์	81
	3. ภาษาท้องถิ่น	82
	- การสื่อสารด้วยภาษายาวี	82
	4. สถานการณ์ไฟใต้	83
	- พื้นฐานความสัมพันธ์ระหว่างชาวบ้านกับโรงพยาบาล	84
	- การขยายเครือข่ายของการให้บริการ	84
	5. การเยียวยาในพื้นที่	90
	เอกสารอ้างอิง	94
	กิตติกรรมประกาศ	99

บทนำ

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่พิเศษ เรื่อง “การดูแลโรคเบาหวาน”

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ใน พ.ศ.2543 องค์การอนามัยโลกประมาณว่ามีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 143 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 300 ล้านคนใน ปี พ.ศ.2569³ สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ.2547 พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปราวร้อยละ 7 ซึ่งถือว่าเพิ่มขึ้นจากอดีตกว่า 2 เท่าตัว⁴⁻⁶ นอกจากนี้โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามอดในผู้ใหญ่ ไตวายเรื้อรัง และการสูญเสียนิวเท้า⁷⁻¹⁰ นำมาสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การสูญเสียทางด้านจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ตลอดจนเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุขอย่างมากแก่ประเทศไทย¹¹

เป็นที่ทราบกันดีว่าทางหนึ่งที่สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ คือ การพยายามค้นหาผู้ป่วยเบาหวานให้ได้ตั้งแต่ระยะแรกและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยให้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด^{12,13} ดังนั้นขบวนการดูแลของแพทย์ต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานในปัจจุบัน นอกจากการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน หรือการควบคุมปัจจัยเสี่ยงร่วม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การมีน้ำหนักเกิน การมีความดันโลหิตหรือระดับไขมันในเลือดสูงแล้ว แพทย์ยังให้ความสำคัญกับการจำกัดปริมาณและชนิดอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน การออกกำลังกาย รวมถึงการปรับการใช้ยาต่างๆ ตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยด้วย^{14,15} อย่างไรก็ตามพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวมของประเทศไทยยังไม่ดีนัก เพราะมีผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนมากกว่าร้อยละ 50 ที่ไม่รู้ว่าตนเองป่วย ส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่รู้ตัว ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อยู่ในเกณฑ์ปกติ⁶

ตั้งนั้นการประชุมของคณะกรรมการเมื่อ วันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ.2550 ที่มีมติให้จัดทำโครงการพัฒนาการจัดบริการปฐมภูมิใน 3 ประเด็น คือ โรคเรื้อรัง อนามัยแม่และเด็ก และการดูแลผู้ป่วยในวิถีมุสลิม จึงได้เลือกให้การพัฒนาการดูแลโรคเบาหวานขึ้นมาเป็นตัวแทนของการพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรัง โดยเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์ที่ 1 คือ ยุทธศาสตร์การพัฒนาบริการเพื่อการพึ่งตนเอง การส่งเสริมป้องกัน และการควบคุมโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และสอดคล้องกับวิถีชุมชน โดยมีกระบวนการพัฒนาดังต่อไปนี้

1. กำหนดกรอบในการเก็บรวบรวมข้อมูลการดูแลโรคเบาหวาน จำแนกออกตามระยะของโรค ได้แก่
 - ระยะก่อนป่วยเป็นโรค (primary prevention)
 - ระยะเริ่มป่วย (secondary prevention)
 - ระยะป่วยและมีภาวะแทรกซ้อน (tertiary prevention)
2. การเก็บข้อมูลจะพยายามนึกถึงบริบทที่เกิดขึ้นในพื้นที่พิเศษเสมอ คือ ความสอดคล้องกับวิถีมุสลิม และความสอดคล้องกับสถานการณ์ความไม่ปลอดภัย
3. ค้นหา good practice ต่างๆ ที่ได้ดำเนินการมาแล้ว ว่าที่ใดดำเนินการอย่างไร ได้ผลออกมาเป็นอย่างไร โดยแหล่งข้อมูลได้มาจาก
 - ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามหลักวิชาการ
 - ทบทวนการแพทย์ที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม ในการสัมมนาโครงการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ เมื่อวันที่ 5 - 6 พฤษภาคม 2550
 - เชิญตัวแทนของผู้ให้บริการจากโรงพยาบาลในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลรามัน โรงพยาบาลตากใบ โรงพยาบาลละงู และโรงพยาบาลหาดใหญ่ มาร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่แต่ละแห่งได้ดำเนินการไป เพื่อหา good practice ดีๆ เมื่อ 30 มิถุนายน พ.ศ.2550
 - ค้นหากิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มเติมจากโรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโครงการ PCU innovation
4. สรุปจากองค์ความรู้ที่มีอยู่ออกมาเป็นรูปแบบของการจัดบริการปฐมภูมิ สำหรับโรคเบาหวาน ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับการทำงานจริงในพื้นที่
5. ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสามารถนำไปใช้ได้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ให้ข้อมูลต่างๆ และผู้ทำงานในพื้นที่
6. พยายามเรียบเรียงให้เป็นหมวดหมู่เพื่อให้อ่านง่าย มีทางเลือกให้ปฏิบัติ เพื่อหวังว่าจะเกิดประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ดูแลผู้ป่วยได้มากที่สุด

บทที่ 1

การตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยโรคเบาหวาน

ผู้ที่ควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน^{14,16}

บุคคลต่อไปนี้ ถือว่ามีความเสี่ยงและสมควรได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวาน
ทุก 1-3 ปี

1. มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease)
2. มีอาการของโรคเบาหวาน ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำมาก น้ำหนักตัวลดลง แผลหายช้า ติดเชื้อบ่อยโดยเฉพาะการติดเชื้อราบริเวณผิวหนัง
3. มีอายุ 40 ปี หรือมากกว่า
4. ไม่มีอาการ แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ได้แก่
 - ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน (first degree relatives)
 - น้ำหนักเกิน (BMI ≥ 25 กก./ม²)
 - รอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร (34 นิ้ว) ในเพศหญิง และมากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร (36 นิ้ว) ในเพศชาย
 - ประวัติ IGT (Impaired glucose tolerance) หรือ IFG (Impaired fasting glucose)
 - ความดันโลหิตสูง ($\geq 140/90$ มม.ปรอท)
 - HDL-cholesterol ≤ 35 มก./ดล. และ/หรือ triglyceride ≥ 250 มก./ดล.
 - ประวัติคลอดลูกน้ำหนักเกิน 4 กก. หรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น gestational diabetes
 - Polycystic ovary syndrome หรือมี Acanthosis nigricans
 - การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอหรือทำงานที่ไม่ได้ออกแรงมาก
5. ในกรณีเด็กหรือวัยรุ่น เมื่ออายุมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี และมีรูปร่างอ้วน (มีน้ำหนักเกินร้อยละ 120 จากเกณฑ์มาตรฐาน) ร่วมกับมีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน (first degree relatives)
 - มีความดันโลหิตสูง
 - มี Acanthosis nigricans

แพทย์บางท่านอาจเลือกตรวจคัดกรองเบาหวานในบุคคลที่มี BMI ≥ 23 kg/m² ขึ้นไป ทั้งนี้เพราะข้อมูลในคนเอเชีย และจาก International Obesity Task Force (IOTF) ¹⁷ แสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มากขึ้นด้วย

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน^{14,18}

สำหรับการตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยโรคเบาหวานสามารถทำได้ 3 วิธี คือ

1. ระดับน้ำตาลในพลาสมาเวลาใดก็ตาม ≥ 200 มก./ดล.
2. ระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ≥ 126 มก./ดล.
3. ระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมง หลังการตรวจ 75 กรัม OGTT ≥ 200 มก./ดล.

กรณีมีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน ให้ถือเอาผลผิดปกติ 1 ครั้ง แต่หากไม่มีอาการผิดปกติ ให้ถือผลการตรวจระดับน้ำตาลที่ผิดปกติ (อย่างใดอย่างหนึ่ง) ตั้งแต่ 2 ครั้ง เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทั้งนี้เพราะค่าระดับน้ำตาลดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น retinopathy, nephropathy มากที่สุด¹⁹

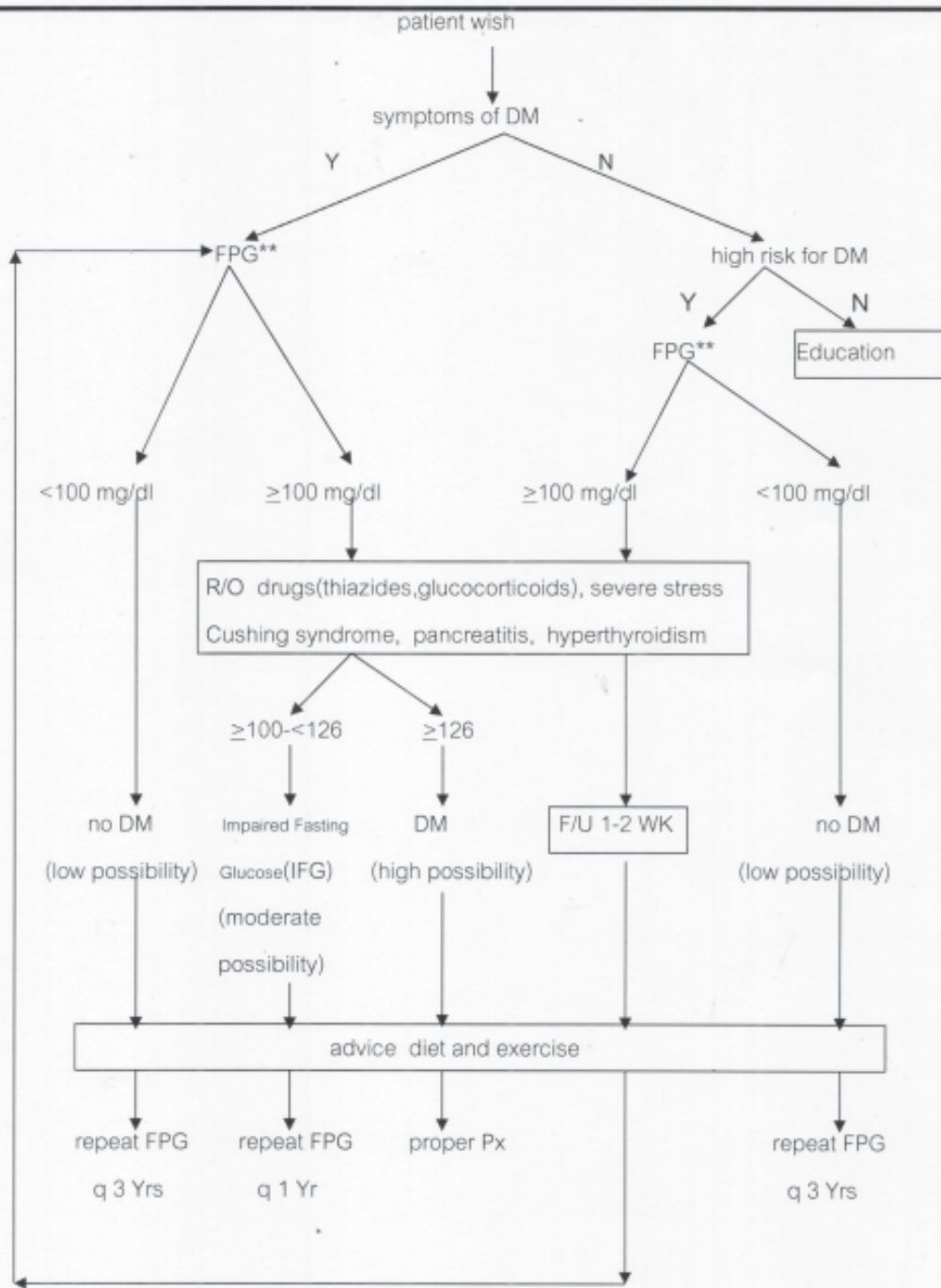
สำหรับผู้ที่มิมีระดับ FPG ≥ 100 -125 มก./ดล. เรียกผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่า Impaired Fasting Glucose (IFG) ส่วนผู้ที่มิมีระดับ 2-hr PG ≥ 140 -199 มก./ดล. เรียกผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่า Impaired Glucose Tolerance (IGT) จะมีความสำคัญทางคลินิก คือมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคตสูงกว่าปกติ (prediabetes) อย่างน้อย 5 เท่า และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนที่หลอดเลือดขนาดใหญ่ โดยเฉพาะหลอดเลือดหัวใจ^{18,20} ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และตรวจติดตาม FPG ทุกปี

วิธีที่ควรเลือกใช้ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน^{14,18}

โดยทั่วไปแม้การทดสอบความทนต่อกลูโคส (OGTT) จะเป็นวิธีที่มีความไวและความจำเพาะสูงสุดในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน แต่การวินิจฉัยโรคเบาหวานจากระดับ Fasting Plasma Glucose (FPG) สามารถทำได้ง่าย ไม่ซับซ้อน และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยกว่า นอกจากนี้การตรวจ FPG ซ้ำในเวลาต่อมา พบว่าให้ผลแตกต่างกันได้น้อยกว่าการตรวจซ้ำด้วย OGTT ส่วนการใช้ระดับ HbA1C, Capillary Whole Blood Glucose (CWBG) ยังไม่แนะนำให้ใช้วินิจฉัยโรคเบาหวานเพราะยังไม่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไป และอาจสับสนในตัวเลขที่ใช้เป็นเกณฑ์วินิจฉัย

แต่การตรวจ OGTT อาจมีประโยชน์ โดยเฉพาะกรณีที่ผลการตรวจ FPG ได้ผลปกติ แต่ยังสงสัยว่าจะมีโรคเบาหวานเพราะมีความเสี่ยงมาก เช่น ในรายที่มีกลุ่มอาการเมตาบอลิก คือ มีน้ำหนักหรือรอบเอวเกิน (> 90 เซนติเมตรในเพศชาย หรือ > 80 เซนติเมตรในเพศหญิง) มีระดับไขมัน HDL-C ต่ำหรือมีระดับไขมัน TG สูง และมีความดันโลหิตสูง

แนวทางปฏิบัติที่ดี การวินิจฉัยโรคเบาหวานที่คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว ร.พ.หาดใหญ่



** อาจพิจารณาใช้ OGTT แทน ในสายที่มีกลุ่มอาการเมตาบอลิก แต่ผล FPG ปกติ

การใช้กลูโคมิเตอร์เพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน

การใช้กลูโคมิเตอร์เป็นอีกวิธีในการตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้หลักการคือเมื่อแถบกลูโคสตริปที่ภายในบรรจุเอนไซม์กลูโคสออกซิเดส ทำปฏิกิริยากับกลูโคสในตัวอย่างเลือด จะทำให้เกิดสารประกอบที่มีสีหรืออิเล็กตรอน ซึ่งจะมีตัววัดความเข้มข้นหรือจำนวนอิเล็กตรอน ดังกล่าวออกมาเป็นค่าระดับน้ำตาลในเลือด²¹ ข้อดีการตรวจโดยวิธีนี้ คือ วิธีการตรวจไม่ยุ่งยาก ใช้เลือดปริมาณน้อย และทราบผลการตรวจได้ทันที นอกจากนี้เครื่องตรวจยังมีขนาดเล็ก พกพาได้ง่าย ในปัจจุบันจึงมีการนำกลูโคมิเตอร์ไปประยุกต์ใช้เพื่อการคัดกรองโรคเบาหวานในชุมชน รวมถึงการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ที่การไปตรวจน้ำตาลด้วยวิธีมาตรฐานที่โรงพยาบาลอาจมีความยากลำบาก การประเมินความแม่นยำของการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยกลูโคมิเตอร์ จึงมีความสำคัญเพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้

การศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาแม้ส่วนใหญ่พบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ตรวจได้จากกลูโคมิเตอร์มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับค่าที่ตรวจด้วยวิธีมาตรฐาน คือมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.965-0.986²² แต่จากหลายๆ การศึกษา พบว่าอาจถึงครึ่งหนึ่งของค่าระดับน้ำตาลที่ตรวจจากกลูโคมิเตอร์มีความผิดพลาดไปมากกว่าร้อยละ 20 จากค่าจริง²³ ทั้งนี้เพราะความแม่นยำของการตรวจดังกล่าวขึ้นกับหลายปัจจัย ได้แก่ ชนิดของเครื่อง รุ่นของแถบกลูโคสตริป ลักษณะและระดับน้ำตาลของประชากรที่ศึกษา รวมถึงความชำนาญของผู้ตรวจ^{21,24}

จากการศึกษาความแม่นยำของการตรวจหาน้ำตาลในเลือดด้วยกลูโคมิเตอร์ Accu-Check Advantage พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในพลาสมา (plasma glucose, PG) จะสูงกว่าทั้งค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลที่ตรวจด้วยกลูโคมิเตอร์โดยวิธีใช้เลือดจากปลายนิ้ว (capillary whole blood glucose, CWBG) และโดยวิธีใช้เลือดจากหลอดเลือดดำ (venous whole blood glucose, VWBG) คือ สูงกว่าร้อยละ 5.2 และ 7.3 ตามลำดับ²² สอดคล้องกับหลายๆ การศึกษา ที่พบว่าสูงกว่าร้อยละ 2.6-14.0²⁵⁻²⁹ นอกจากนี้ยังพบว่าโดยทั่วไปค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลที่ตรวจด้วยกลูโคมิเตอร์โดยวิธีใช้เลือดจากหลอดเลือดดำในภาวะอดอาหารจะมีค่าต่ำกว่าที่ตรวจโดยวิธีใช้เลือดจากปลายนิ้วเล็กน้อยและไม่มีความสำคัญทางคลินิก จึงสามารถใช้ค่าระดับน้ำตาลที่ตรวจโดยใช้เลือดจากหลอดเลือดดำแทนเลือดจากปลายนิ้วได้ แต่ไม่แนะนำให้ใช้ค่าระดับน้ำตาลที่ตรวจโดยใช้เลือดจากหลอดเลือดดำหลังการรับประทานอาหารใหม่ๆ เพราะมีความคลาดเคลื่อนสูงถึง 20-70 มก./ดล.³⁰

แนวทางปฏิบัติที่ดี การใช้กลูโคมิเตอร์ AccuCheck Advantage เพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องช่วยบริการ ปฐมภูมิอำเภอหาดใหญ่

วิธีตรวจ

ควรมีขั้นตอนการตรวจดังต่อไปนี้ เพื่อลดผลผิดพลาดจากปัจจัยด้านเทคนิค²⁴

1. ตรวจสอบการทำงานของกลูโคมิเตอร์ด้วยแถบอิเล็กทรอนิกส์ทุกวัน
2. ตรวจสอบรหัสของกลูโคมิเตอร์ และแถบกลูโคสstrips ให้ตรงกันทุกครั้ง ก่อนทำการทดสอบ
3. ตรวจสอบวันหมดอายุของแถบกลูโคสstrips ทุกครั้งก่อนทำการทดสอบ
4. หลังใช้งานทุกครั้ง ให้เก็บภาชนะที่บรรจุแถบกลูโคสstrips ในที่ที่ไม่ร้อนหรือชื้นจนเกินไป
5. ให้เจาะเลือดตรวจที่ด้านข้างของปลายนิ้ว (lateral side of finger) เช็ดเลือดหยดแรกออกก่อน และทดสอบกับเลือดหยดที่สอง
6. ใส่ปริมาณเลือดให้พอเหมาะแถบกลูโคสstrips คือ เต็มแถบวัดพอดี
7. ใส่แถบกลูโคสstrips ที่มีเลือดแล้วเพื่อวัดค่าระดับน้ำตาลในกลูโคมิเตอร์ทันที
8. ทดสอบความแม่นยำกับน้ำยาควบคุมเป็นระยะ เช่น ค่าน้ำตาลที่ทดสอบได้ เท่ากับ 56 และ 297 มก./ดล. เทียบกับค่าเป้าหมายที่ 58 และ 292 มก./ดล. ตามลำดับ

การแปลผล

การนำกลูโคมิเตอร์ไปใช้สำหรับการคัดกรองโรคเบาหวานหรือติดตามระดับน้ำตาลในเลือดควรปรับลดเกณฑ์ลง²²

- ใช้ CWBG ≥ 116 มก./ดล. (หรือ ≥ 110 มก./ดล. ตามแนวทางของ CPG 30 บาท) เป็นเกณฑ์ในการคัดกรองโรค
- ใช้ CWBG < 124 มก./ดล. หากต้องการควบคุมระดับ FPG < 130 มก./ดล.
- หลีกเลี่ยงการตรวจ VWBG หลังทานอาหารใหม่ๆ
- ยังไม่ถือเป็นการวินิจฉัยโรค ควรส่งตรวจด้วยวิธีมาตรฐานอีกครั้งหนึ่ง เช่น เมื่อ random CWBG ≥ 140 มก./ดล. ควรตรวจ FPG ซ้ำอีก

การเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองโรคเบาหวานในชุมชน

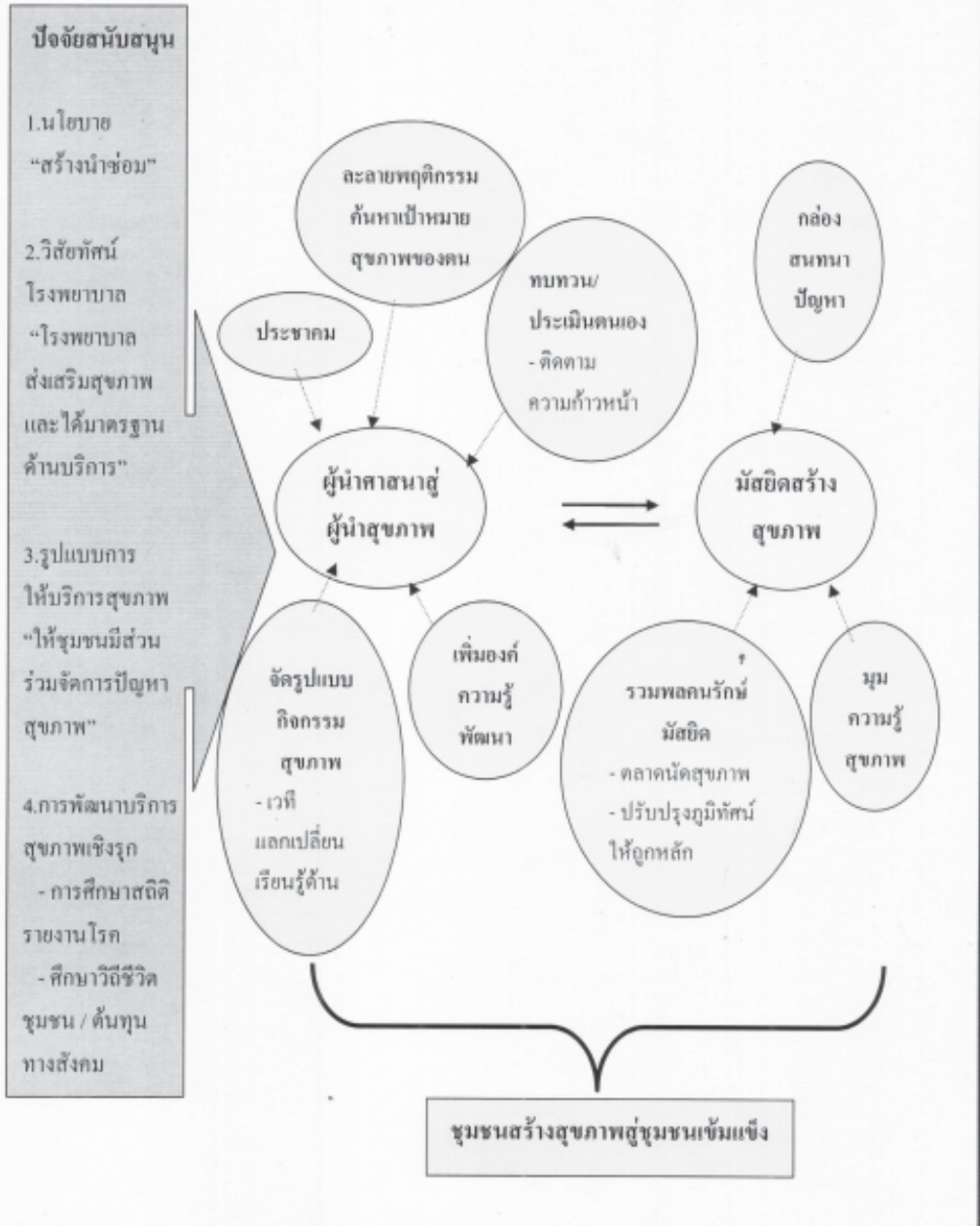
หนทางที่สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้ คือพยายามค้นหาผู้ป่วยเบาหวานให้ได้ตั้งแต่ระยะแรกและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยให้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด อย่างไรก็ตามพบว่าระบบการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวมของประเทศไทยยังไม่ดีนัก เพราะมีผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนมากกว่าร้อยละ 50 ที่ไม่รู้ว่าเป็นผู้ป่วย⁶ และสถานพยาบาลหลายแห่งก็ยังไม่สามารถดำเนินการคัดกรองกลุ่มประชากรเป้าหมายให้ได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 60 ซึ่งในจังหวัดชายแดนภาคใต้ยังมีความยากลำบาก เพราะมีสถานการณ์ความไม่สงบเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย สถานพยาบาลหลายๆ แห่งจึงมีการปรับระบบบริการเพื่อให้ทำงานในส่วนนี้ได้ดีขึ้น ได้แก่

โครงการมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ (รพ.ตากใบ)

มัสยิดมีความเหมาะสมอย่างยิ่งต่อการเป็นศูนย์กลางในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ เพราะประชากรส่วนใหญ่ (ราวร้อยละ 78 ของอำเภอตากใบ) นับถือศาสนาอิสลาม และประชากรดังกล่าวมีวิถีชีวิตที่ผูกพันกับการปฏิบัติศาสนกิจ นอกจากนี้มัสยิดยังเป็นโรงเรียนสอนศาสนาสำหรับเยาวชนมุสลิม ซึ่งเหมาะสมต่อการปลูกฝังจิตสำนึกด้านการดูแลสุขภาพ รวมถึงมีความเป็นชุมชนสูงด้วยวิถีชีวิตที่มีโต๊ะอิหม่ามประจำชุมชนเป็นเสมือนผู้ใหญ่ในชุมชนที่ทุกคนเคารพนับถือ ดังนั้นการที่จะดำเนินการกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพให้ได้ผลดีนั้น การสนับสนุนให้โต๊ะอิหม่ามเหล่านี้ได้เป็นผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลงนั้น นับว่าเป็นกลวิธีที่มีความสำคัญยิ่ง โดยมีวิธีการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

- 1) ประสานงานกับเครือข่ายภาคีที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจแนวทางการดำเนินโครงการ
 - โต๊ะอิหม่าม คอเต็บ บิหลั่น ประจำมัสยิด
 - ตัวแทนคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด
 - ประธานชมรมอิหม่ามประจำอำเภอ
 - ประธานชมรมจริยศึกษา (ตาดีกา) ประจำอำเภอ
 - ผู้นำชุมชนและคณะกรรมการมัสยิด
 - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 - เจ้าหน้าที่เทศบาล

- 2) จัดเวทีประชาคมสาธารณสุข เพื่อเปิดโอกาสให้บุคคลต่างๆ ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการและแนวทางการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่
- 3) ให้ความรู้ด้านสุขภาพ และตรวจสุขภาพให้ผู้นำศาสนา คณะกรรมการมัสยิด เพื่อได้รับทราบภาวะสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน เป็นการเพิ่มพลังอำนาจด้านสุขภาพเพื่อให้สามารถเป็นผู้นำการส่งเสริมสุขภาพได้
- 4) พัฒนาและปรับปรุงมัสยิดให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนและชุมชน โดยจัดมุมความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สื่อสุขภาพ
- 5) บริหารจัดการปัญหาสุขภาพ ที่ได้จากการตรวจสุขภาพและจากการทำประชาคมสาธารณสุข โดยการสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ๆ
 - แนวทางการจัดตั้งคณะทำงานมัสยิดสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีผู้นำศาสนา เป็นแกนนำร่วมกับชุมชนและองค์กรในชุมชน โดยมีศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลเป็นวิทยากรกระบวนการคอยให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำ โดยใช้เทคนิคการประชุมระดมแนวคิดเพื่อสร้างอนาคตด้านสุขภาพรวมกัน (Future Search Conference / F.S.C.)
 - ดำเนินกิจกรรมตามโครงการในการกำหนดบทบาทหน้าที่ แผนกิจกรรมพัฒนาสร้างพันธะสัญญา ร่วมกันในการดูแลสุขภาพ (commitment to Health) โดยมีตัวแทนคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอเป็นองค์กรชั้นนำสุขภาพ
 - จัดนิทรรศการมีชีวิต เป็นการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self - help group) ซึ่งมีผู้นำศาสนา แกนนำสุขภาพเป็นผู้นำกลุ่มหมุนสลับเปลี่ยนกันไป โดยมีเป้าหมายที่จะให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิก เป็นการ empower ให้กับชุมชน
 - สร้างเสริมสุขภาพในมัสยิดโดยการออกกำลังกายเข้าวันศุกร์ (หลังละหมาด) ด้วยการใช้ไม้พลองประยุกต์ การฝึกสมาธิ เป็นต้น
 - เชื่อว่ามัสยิดส่งเสริมสุขภาพสามารถนำไปสู่การจัดกิจกรรมการคัดกรองโรคเบาหวานในชุมชนได้ดี โดยอาจทำร่วมกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ



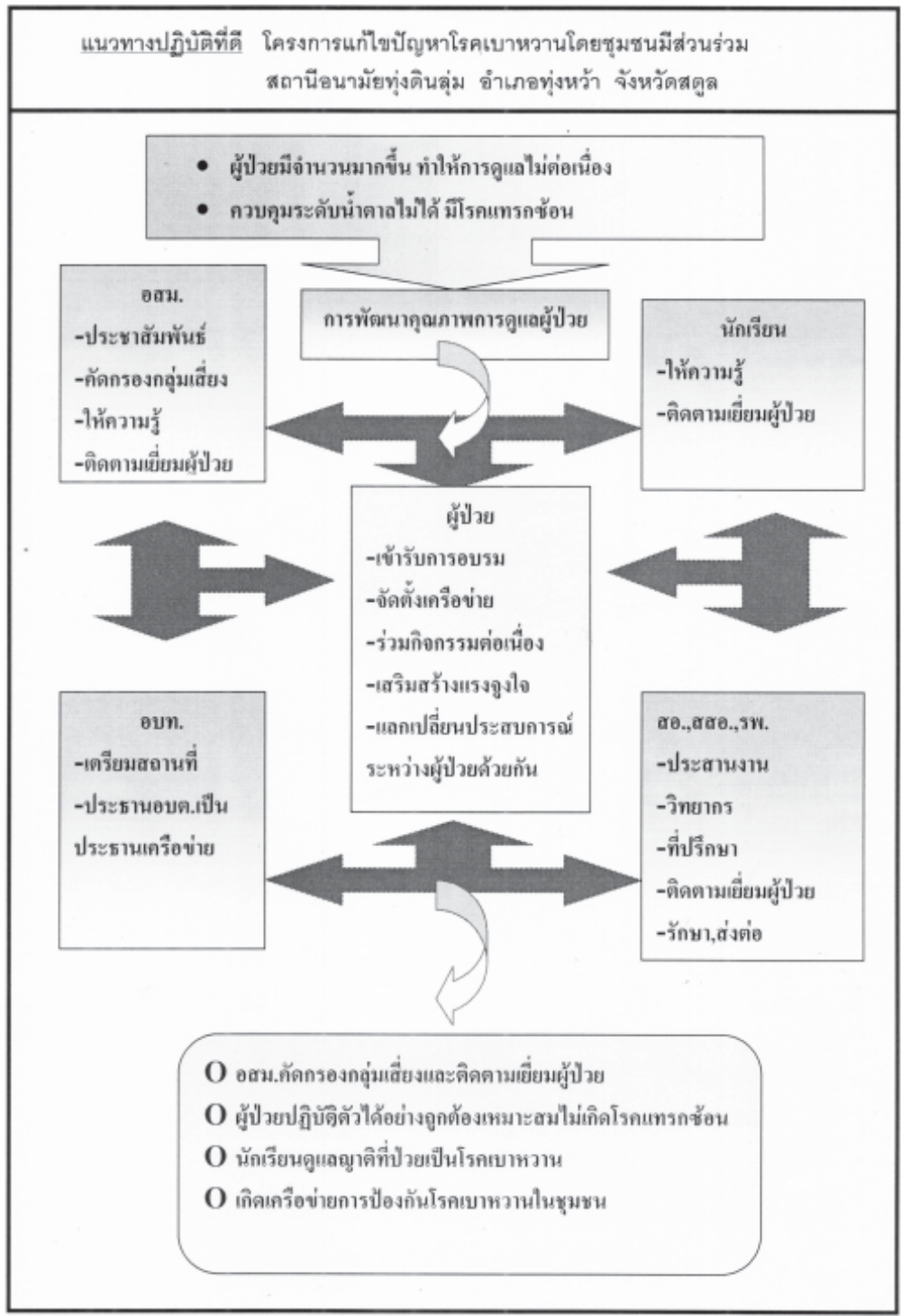
โครงการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วม (สถานีอนามัยทุ่งดินลุ่ม)

การดำเนินโครงการนี้ได้สะท้อนเห็นถึงการใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ให้เกิดแนวร่วมในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ คือ

- 1) นำผู้ที่มีประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัครมาลาเรียเดิมที่สามารถเจาะเลือดหาเชื้อมาลาเรียและประชาชนมีความเชื่อถืออยู่แล้ว มาเป็นกลุ่มที่ดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวานด้วยกลูโคมิเตอร์โดยใช้การฝึกฝนเพียงเล็กน้อย
- 2) ให้ประธานองค์การบริหารส่วนตำบลป่าแกบ่อหินเป็นประธานเครือข่ายการป้องกันโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสามารถ สามารถดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
- 3) ขอความร่วมมือจากครูที่เป็นโรคเบาหวานเข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรมเนื่องจากครูมีความสามารถในการให้ความรู้ ถ่ายทอดให้แก่ประชาชนและกลุ่มนักเรียนได้ดี
- 4) จัดตั้งเครือข่ายพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขและนักเรียนผู้ดูแลช่วยในการคัดกรอง รวมถึงการให้ความรู้และดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องและใกล้ชิดมากขึ้น สอดคล้องกับการขาดแคลนบุคลากรในพื้นที่
- 5) ได้วิทยากรของโรงพยาบาลทุ่งหว้า มาให้ความรู้ในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครต่างๆ
- 6) มีองค์กรการท้องถิ่นเข้ามามีส่วนในการจัดงบประมาณสนับสนุนทั้งด้านอุปกรณ์การแพทย์ การพัฒนาบุคลากร และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ในชุมชน

ผลลัพธ์ของโครงการ คือ “แนวร่วมในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ” กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองครอบคลุมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 78 ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น นักเรียนเองได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคในอนาคตข้างหน้าต่อไป นอกจากนี้ยังมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องยั่งยืนเพราะได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณเพื่อดำเนินการจากหน่วยงานภาครัฐและองค์กรส่วนท้องถิ่น นำพาไปสู่เป้าหมายสูงสุด คือ ชุมชนเข้มแข็งสามารถดูแลซึ่งกันและกันได้

แนวทางปฏิบัติที่ดี โครงการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วม
สถานีอนามัยทุ่งดินสุม อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล



การจัดการระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ

เป็นเรื่องยากที่กิจกรรมการคัดกรองโรคเบาหวานในประชากรจะทำได้ตามเป้าหมาย ด้วยการดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่เพียงฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง จากการถอดบทเรียนในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอละงู อำเภอรามัน และอำเภอหาดใหญ่ พบว่า การให้ความสำคัญเกี่ยวกับการจัดการระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ โดยผ่านคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ทำให้การดำเนินกิจกรรมมีประสิทธิภาพมากขึ้น คือ

- 1) คอยช่วยเหลือทางวิชาการ เช่น จัดทำแนวทางในการคัดกรอง ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเรื่องความรู้โรคเบาหวานและการใช้กลูโคมิเตอร์อย่างถูกต้อง
- 2) สนับสนุนเครื่องมือและงบประมาณในการดำเนินการ เช่น สนับสนุนเครื่องกลูโคมิเตอร์ให้เพียงพอ สนับสนุนให้สถานพยาบาล 20 บาท/ครั้งของกิจกรรมเป็นทุนเบื้องต้นของแล็บกลูโคสตริป
- 3) มีการติดตามตัวชี้วัดต่างๆ ในที่ประชุมทุก 1-2 เดือน
- 4) เน้นให้ส่งเสริมคุณค่าแก่ อสม. โดยให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุด อาจทั้งติดตามกลุ่มเป้าหมาย ร่วมตรวจคัดกรองโรค หรือร่วมให้การดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยด้วย มีประกาศนียบัตรเชิดชูเกียรติเมื่อดำเนินการได้ผลดีด้วย

“อบรม อสม. ค่ะ อสม. เป็นแกนนำช่วยคัดกรองโรค เราเริ่มทำการอบรมให้อสม. ทั้งอำเภอประมาณหนึ่งร้อยคน สอนให้เขาารู้เรื่องโรคเบาหวาน เรื่องภาวะแทรกซ้อน ให้ความสำคัญของการคัดกรองโดยเฉพาะผู้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือญาติๆ ที่มีผู้ป่วยอยู่บ้านหลังนั้น”

พยาบาลโรงพยาบาลละงู

“ถ้าคัพเข้าไปเป็นพี่เลี้ยงเขาจะรู้สึกที่โรงพยาบาลมาเหนื่อยด้วย เขาก็จะทำจากเดิมที่เหมือนต่างคนต่างอยู่ และยิ่งถ้าเราไปช่วยทำด้วยเขาจะรู้สึกที่เราจริงใจ ซึ่งสอ. จะมีการประเมินแรงกึ่งอะไรของเขาเยอะมาก พอผลงานของเขาขึ้นโดยมีเราไปไปช่วยด้วย สัมพันธภาพก็ดีขึ้นค่ะ”

หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลรามัน

บทที่ 2

การดูแลรักษาโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์ของการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ได้แก่ การรักษาอาการที่เกิดจากน้ำตาลในเลือดสูง ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง และทำให้มีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงคนปกติ แต่จากการศึกษาในประเทศโดย ปี พ.ศ.2540 พบว่ามาตรฐานการดูแลรักษาทำได้ไม่ดีนัก มีผู้ป่วยเบาหวานเพียงร้อยละ 19 เท่านั้นที่ระดับ HbA1c ต่ำกว่า 6.5% และเพียงร้อยละ 35 ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 ปี³¹ จะเห็นว่าแนวคิดการดูแลรักษาในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปมาก การให้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดเพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอ แต่บุคลากรสาธารณสุขควรรีให้ความสำคัญกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดความเครียดต่างๆ ได้ รวมไปถึงการทำให้ผู้ป่วยรู้จักประเมินผลการรักษาและเฝ้าระวังตนเอง ไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น ภาวะน้ำตาลต่ำ การดูแลรักษาเท้าป้องกันการตัดขา เป็นต้น

ความรู้เบื้องต้นเรื่องโรคเบาหวาน^{15,32}

เบาหวานเป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึมก่อให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นผลมาจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลิน หรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการหรือมีอาการปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ น้ำหนักตัวลดลง แผลหายช้า ติดเชื้อบ่อยโดยเฉพาะการติดเชื้อราบริเวณผิวหนัง โดยสามารถจำแนกได้เป็น 4 ประเภท คือ

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (แต่เดิมใช้คำเรียกว่า IDDM, Insulin dependent diabetes mellitus) หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่เกิดจากการทำลายเบต้าเซลล์ของตับอ่อนส่วนใหญ่ เกิดจาก autoimmune ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 20 ปี มีอาการของโรคเกิดขึ้นทันทีทันใด มีรูปร่างผอม และถ้าขาดการรักษาด้วยอินซูลิน ส่วนใหญ่จะเกิดโรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน คือ diabetic ketoacidosis



2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (แต่เดิมใช้คำเรียกว่า NIDDM, Non-insulin dependent diabetes mellitus) หมายถึงโรคเบาหวานที่เกิดจากภาวะดื้ออินซูลินร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อน เป็นเบาหวานชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุมากกว่า 30 ปี อาการค่อยเป็นค่อยไปหรือไม่มีอาการ มีรูปร่างอ้วนหรือปกติ และมักมี ประวัติโรคเบาหวานในครอบครัวร่วมด้วย

3. เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational DM)

4. โรคเบาหวานที่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น Maturity onset of diabetes in the young โรคของตับอ่อน โรคต่อมไร้ท่อ ยาหรือสารเคมีบางอย่าง โรคติดเชื้อ เป็นต้น

ซึ่งหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้จะมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ได้แก่

1. ภาวะแทรกซ้อนในระยะเฉียบพลัน ได้แก่

- Diabetic ketoacidosis (DKA) ประกอบด้วยความผิดปกติทางชีวเคมีที่สำคัญ 3 ประการ คือ hyperglycemia, ketonemia, acidemia ระยะก่อตัวค่อนข้างสั้น มีอาการปัสสาวะบ่อย ดื่มน้ำมาก ตรวจร่างกายมีภาวะขาดน้ำ อาจเป็นมากจนทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึมหรือหมดสติ
- Hyperosmotic hyperglycemic state (HHS) ระดับกลูโคสในเลือดสูงมากจนทำให้มีภาวะ hyperosmolality โดยที่ไม่มี ketoacidosis มีเหตุนำ คือ การติดเชื้อ การได้ยาขับปัสสาวะ หรือ steroid เป็นต้น มักเป็นไปอย่างช้าๆ ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลเลือดสูงต่อเนื่องหลายวันก่อนมีอาการซึมตามมา ตรวจร่างกายมีภาวะแห้งน้ำอย่างมาก ความดันโลหิตต่ำ หมดสติและชักได้
- ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมักมีประวัติได้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดหรืออินซูลินมากเกินไป ผู้ป่วยจะเริ่มด้วยอาการมึนเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ใจสั่น เหงื่อออก เป็นความรู้สึกเดียวกับเวลาหิว ถ้าผู้ป่วยรับประทานน้ำตาลจะสามารถพ้นจากภาวะนี้ได้ หากเป็นมากจะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยหมดสติได้

2. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่

- พยาธิสภาพที่หลอดเลือดเล็กเกิดบ่อยที่สุดที่หลอดเลือดดำแห่งจอประสาทตา และไต ทำให้ตาบอดหรือไตวายได้
- พยาธิสภาพที่หลอดเลือดใหญ่ เกิดที่หลอดเลือดขนาดใหญ่ของขาส่วนล่าง สมอและหัวใจ เกิดอัมพฤกษ์อัมพาต หัวใจขาดเลือดได้
- พยาธิสภาพประสาทส่วนปลายที่พบได้บ่อยๆ คืออาการชาของส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปลายมือปลายเท้า ทำให้เกิดแผลได้ง่าย บางทีลูกกลมจนกระทั่งต้องตัดขา ส่วนอาการแทรกซ้อนที่เกิดกับระบบประสาทอัตโนมัติ อาจทำให้กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ท้องอืด ท้องผูก ความรู้สึกทางเพศลดลง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นลมได้ง่าย

แนวทางและเป้าหมายการดูแลรักษาโรคเบาหวาน¹⁴⁻¹⁶

ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการประเมินเพื่อเฝ้าระวังและควบคุมปัจจัยเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอ ดังต่อไปนี้

กิจกรรม	เป้าหมาย (อย่างน้อย)
ชั่งน้ำหนัก	ปีละ 4 ครั้ง
ตรวจร่างกายอย่างละเอียด	ปีละ 1 ครั้ง
ตรวจตาโดยจักษุแพทย์ (ถ้าเป็นไปได้)	ปีละ 1 ครั้ง
วัดความดันโลหิต	ปีละ 4 ครั้ง
ตรวจ FPG	ปีละ 1 ครั้ง
ตรวจ HbA1C	ปีละ 1 ครั้ง
ตรวจปัสสาวะและ microalbuminuria	ปีละ 1 ครั้ง
ตรวจ Lipids profiles	ปีละ 1 ครั้ง
ประเมินประสิทธิภาพในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย	ปีละ 1 ครั้ง
การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์	ปีละ 1 ครั้ง
ส่งเสริมการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหรือปัสสาวะด้วยตนเองโดยเฉพาะผู้ที่รักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน	ตามความเหมาะสม
ประเมินคุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว	ปีละ 1 ครั้ง

ต่อไปนี้เป็นเป้าหมายของการดูแลรักษาโรคเบาหวาน เพื่อป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

การควบคุมเบาหวาน	เป้าหมาย
ระดับน้ำตาลก่อนอาหาร	90-130 มก./ดล.
ระดับน้ำตาลหลังอาหารสูงสุด (ณ ~ 2 ชม.)	<180 มก./ดล.
HbA _{1c}	< 7 %
Fructosamine	195-279 ไมโครโมล/ลิตร
การควบคุมความดันโลหิต	
ทั่วไป	<130/80 มม.ปรอท
โรคไต	<120/75 มม.ปรอท
การควบคุมระดับไขมัน	
LDL-cholesterol	<100 มก./ดล.
Triglyceride	<150 มก./ดล.
HDL-cholesterol	> 40 มก./ดล.
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม / ตารางเมตร)	< 23

หมายเหตุ

1. เป้าหมายปรับเปลี่ยนได้ในผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ โรคที่พบร่วม
2. เป้าหมายระดับน้ำตาลอาจปรับให้ค่าสูงขึ้นในรายที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงหรือเป็นบ่อยๆ
3. ถ้าระดับ HbA_{1c} ยังไม่ถึงเป้าหมาย แม้ระดับน้ำตาลก่อนอาหารดีแล้ว ให้เพิ่มการควบคุมระดับน้ำตาลหลังอาหาร
4. ถ้าระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์สูงตั้งแต่ 200 มก./ดล. ขึ้นไป แนะนำให้พิจารณา non-HDL cholesterol (= total cholesterol-HDL-C) แทน LDL cholesterol (calculated) โดยมีเป้าหมายที่ <130 มก./ดล. (จาก NCEP/ATP III guidelines)
5. ในผู้หญิงเป้าหมาย ค่า HDL-cholesterol ควรเพิ่มอีก 10 มก./ดล.

การเพิ่มคุณภาพของการดูแลผ่าน Clinical Audit

การประเมินคุณภาพการดูแลโรคเบาหวานที่ดีที่สุด คือ ดูที่ผลลัพธ์ของการดูแล (outcome) ได้แก่ อัตราการเสียชีวิต อัตราเจ็บป่วยจากภาวะแทรกซ้อน ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด ความดันโลหิต รวมถึงคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วย แต่ในบางกรณีการประเมินผลลัพธ์สุขภาพอาจทำได้ยาก ก็สามารถพิจารณาถึงขบวนการของการดูแลรักษาที่ได้ (process) เช่น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงจุดมุ่งหมายของการรักษา วิธีการปฏิบัติตน รวมถึงการดูแลต่างๆ ที่แพทย์ได้ให้แก่ผู้ป่วยว่าได้ตามมาตรฐานหรือไม่ เพราะเชื่อว่าการได้ทำตามขบวนการเหล่านี้ย่อมนำไปสู่ผลลัพธ์สุดท้ายที่ดีที่สุดด้วย

ในปัจจุบันหากมีคนสอบถามท่านว่า

“มีผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องรับผิชอบเท่าไร”

“ในจำนวนนี้ มีผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเท่าไร”

“มีผู้ที่มียาอื่น ๆ เช่น มีน้ำหนักเกินหรือสูบบุหรี่เท่าไร”

“ในจำนวนนี้ มีผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองจอประสาทตาไปแล้วเท่าไร”

“มีผู้ป่วยที่ไตเริ่มเสื่อมแล้วกี่ราย”

“ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องอาหารไปแล้วเท่าไร”

“มีผู้ที่ไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องหรือขาดนัดหรือไม่”

“ในจำนวนนี้ร้อยละเท่าไร ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี”

หากท่านยังตอบไม่ได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเพียงท่านไม่เคยได้ลองทำการเก็บข้อมูลหรืออาจเป็นเพราะการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกของท่านยังไม่เป็นระบบ ประสิทธิภาพจากคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ผ่านมาพบว่า การทำ clinical audit ให้ข้อมูลที่มีประโยชน์บางอย่าง เชื่อมโยงไปสู่การเรียนรู้ภายในทีมผู้ดูแล และการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้ คือ ได้มีการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อหาภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน รวมถึงปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ของการเกิดโรคทางหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น อย่างน้อยร้อยละ 100 และ สัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เกิน 140 มก./ดล. ก็เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 65 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินโครงการ

แนวทางปฏิบัติที่ดี การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลหาดใหญ่

- ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวานจากเอกสารทั้งในและต่างประเทศ เพื่อให้ทราบถึงมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีความถูกต้องและทันสมัย
- จัดทำแบบประเมินตนเองเพื่อใช้สำหรับเก็บข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานของคลินิกอ้างอิงตามเกณฑ์มาตรฐานที่ควรจะมีจากส่วนที่ทบทวนวรรณกรรมไว้ โดยเก็บข้อมูลทั้งส่วนของขบวนการและผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย
- สุ่มเพิ่มผู้ป่วยเบาหวาน 100 ราย จากทะเบียนโดยต้องเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และได้มารับบริการแล้วอย่างน้อย 1 ปี ใช้แบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างการดูแลในคลินิกกับมาตรฐานที่ควรจะเป็น
- นำเสนอผลดังกล่าวแก่ทีมผู้ดูแลในคลินิก ทั้งในส่วนของดูแลที่ได้มาตรฐานแล้วและส่วนที่ควรปรับปรุง นำไปสู่การปรึกษาหารือเพื่อหาแนวทางแก้ไข รวมถึงการตั้งเป้าหมายของการดูแลร่วมกัน
- ประชุมทีมสัปดาห์ละครั้ง รวม 6 ครั้ง เพื่อร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยอ้างอิงจากหลักฐานข้อมูลทางการแพทย์ที่ทันสมัย นอกจากนี้ยังคำนึงถึงความเป็นไปได้ ความคุ้มค่า และการยอมรับจากเจ้าหน้าที่เมื่อนำมาประยุกต์ใช้
- นำแนวทางเวชปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลรักษา (CPG) ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อขอข้อคิดเห็น ก่อนจัดทำแนวทางดังกล่าวเป็นรูปเอกสารและชี้แจงให้แก่ทีมผู้ดูแลเพื่อแบ่งบทบาทหน้าที่
- ทำให้เกิดปัจจัยสนับสนุนอื่นๆ ในคลินิก เช่น จัดทำแบบบันทึกสรุปข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวาน (ความเสี่ยงต่างๆ การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ผลการดูแลรักษา) เพื่อสะดวกต่อการประเมินผู้ป่วยรายบุคคล หรือจัดทำแบบส่งปรึกษาจักษุแพทย์ ให้กระชับขึ้นรวมถึงจัดทำเอกสารแผ่นพับหรือการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้แพทย์มีเวลาในการดูแลด้านอื่นๆ เพิ่มขึ้น

**แนวทางปฏิบัติที่ดี แบบประเมินมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
ที่มารับบริการ ณ คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว
โรงพยาบาลหาดใหญ่**

วันที่เก็บข้อมูล.....
 ชื่อ-นามสกุล..... HN.....
 เพศ.....อายุ.....ปี พ.ศ.ที่เริ่มเป็นโรคเบาหวาน.....
 โรคประจำตัวอื่นๆ.....ยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน.....
 ระดับน้ำตาล 3 ครั้งสุดท้าย.....แพทย์ผู้ดูแล.....

หัวข้อที่ประเมิน	ผลการประเมิน		
	ได้รับ และ มีความเสี่ยง	ได้รับ และ ไม่มีความเสี่ยง	ไม่ได้รับ / ไม่ได้บันทึก
การสอบถามเรื่องอาหาร	1	2	3
การสอบถามเรื่องออกกำลังกาย	1	2	3
การสอบถามเรื่องการสูบบุหรี่	1	2	3
การสอบถามเรื่องคุณภาพชีวิต	1	2	3
การสอบถามเรื่องความผิดปกติ ของระบบประสาทอัตโนมัติ	1	2	3
การประเมินดัชนีมวลกาย	1	2	3
การวัดความดันโลหิต	1	2	3
การตรวจเส้นประสาทรับความรู้สึกที่เท้า	1	2	3
การตรวจเส้นเลือดที่เท้า	1	2	3
การตรวจจอประสาทตา	1	2	3
การตรวจปัสสาวะ/เลือด ดูหน้าที่ของไต	1	2	3
การตรวจระดับไขมันในเลือด	1	2	3
การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	1	2	3
การตรวจระดับ HbA1C	1	2	3
การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง	1	2	3
การนัดเพื่อติดตามอาการต่อเนื่อง	1	2	3

**แนวทางปฏิบัติที่ดี รายงานตัวชี้วัดโรคเบาหวานเพื่อจัดทำบทเรียน
เวชปฏิบัติที่ดี ตามโครงการเครือข่ายพัฒนา
เวชปฏิบัติที่ดีทางคลินิก³³**

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการปฏิบัติงาน			
		2548	2549	2550	2551
1. อัตราผู้ป่วยรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในรอบปี	100%				
2. ร้อยละผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่ได้รับการสอนให้ตรวจเท้าด้วยตนเอง	100%				
3. ร้อยละผู้ป่วยที่มีระดับ FBS 80-130 mg/dl	≥ 40%				
4. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ HbA1C ประจำปี	≥ 90%				
5. ร้อยละผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1C น้อยกว่า 7%	≥ 40%				
6. อัตรานอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ	< 5%				
7. ร้อยละผู้ป่วยสูบบุหรี่ซึ่งได้รับคำปรึกษาให้เลิกสูบ	100%				
8. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ Lipid profiles	≥ 90%				
9. ร้อยละผู้ป่วยที่มีระดับ LDL < 100 mg/dl	≥ 70%				
10. ร้อยละผู้ป่วยที่มี BP < 130/80 mm.Hg	≥ 90%				
11. ร้อยละผู้ป่วยที่ตรวจ Microalbuminuria ประจำปี	100%				
12. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้ตรวจ Retinal exam	100%				
13. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้ตรวจ Complete foot exam	100%				
14. ร้อยละผู้ป่วยที่มีแผลที่เท้า	≤ 10%				
15. ร้อยละผู้ป่วยที่ต้องรับการตัดนิ้วเท้าหรือขา	0%				

แนวทางการใช้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด^{14,34}

เป็นที่ทราบกันดีว่าควรควบคุม HbA1C ของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่น้อยกว่าร้อยละ 6.5-7 เพราะสามารถช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ โดยเริ่มแรกอาจควบคุม FPG ก่อนให้อยู่ในระดับที่ไม่เกิน 120-130 มก./ดล. สำหรับผู้สูงอายุอาจไม่จำเป็นต้องคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากนักโดยอาจตั้งเป้าหมายการคุมเบาหวานที่ HbA1C น้อยกว่าร้อยละ 8.0 หรือ FPG น้อยกว่า 140-160 มก./ดล. ทั้งนี้เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ผู้ป่วยที่มีระดับ FPG มากกว่าหรือเท่ากับ 250 มก./ดล. หรือผู้ป่วยที่มีระดับ FPG น้อยกว่า 250 มก./ดล. แต่มีอาการเบาหวานชัดเจน มักได้ผลไม่ดีกับการรักษาด้วยการคุมอาหารและออกกำลังกายจึงควรเริ่มการรักษาโดยการเริ่มยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดได้เลย สำหรับผู้ที่มีน้ำตาลไม่สูงมากและมีรูปร่างอ้วน ข้อมูลจาก UKPDS 34 พบว่าการรักษาโดยใช้ metformin สามารถลดการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและลดอัตราการตายจากโรคเบาหวานได้ นอกจากนี้ไม่ทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดต่ำและน้ำหนักเพิ่มอย่างที่พบจากการรักษาด้วย sulfonylurea ส่วนผู้ที่มีน้ำตาลไม่สูงมากและไม่อ้วน ข้อมูลจาก UKPDS 33 พบว่าการใช้ sulfonylurea สามารถลดภาวะแทรกซ้อนทาง microvascular ได้โดยเฉพาะลดความจำเป็นในการส่งผู้ป่วยเบาหวานไปพบจักษุแพทย์เพื่อรักษาโดยเลเซอร์

วิธีการปรับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดขึ้นกับการพิจารณาของแพทย์เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง ปัจจุบันมีแนวโน้มให้การรักษาโดยใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด 2 ชนิดร่วมกันตั้งแต่วัยแรกๆ (early combination) เพราะ

- 1) ช่วยลด secondary drug failure ของการใช้ยาเพียงชนิดเดียว (โดยทั่วไปอัตราการดื้อต่อยาเบาหวานชนิดกิน พบได้ราว ร้อยละ 5-10 ต่อปี)
- 2) สามารถใช้ยาทั้งสองชนิดในขนาดต่ำ จึงลดผลข้างเคียงเรื่องน้ำหนักเพิ่มจาก sulfonylurea และผลข้างเคียงด้านทางเดินอาหารจาก metformin
- 3) สำหรับผู้ที่ใช้ยาสองชนิดร่วมกันในขนาดเต็มที่แล้วแต่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ สามารถคงยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดของเดิมไว้ โดยเพิ่มการฉีดอินซูลิน ชนิดออกฤทธิ์ปานกลางขนาดน้อย ๆ เช่น NPH 10 unit ก่อนนอน พบว่าได้ผลดี สามารถลดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำและน้ำหนักเพิ่มจากการใช้อินซูลินอย่างเดียวได้

อย่างไรก็ตามก่อนปรับยาทุกครั้ง ควรแน่ใจเสมอว่าระดับน้ำตาลที่สูงขึ้น ไม่ใช่เกิดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น การรับประทานมากเกินไป ขาดการออกกำลังกาย การติดเชื้อ ยาบางชนิด หรือภาวะเครียดอื่นๆ

Sulfonylurea

การออกฤทธิ์ กระตุ้นตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินมากขึ้น

ข้อห้ามใช้

1. เป็นผู้ป่วย DM type 1
2. มีภาวะตั้งครรภ์
3. มีภาวะติดเชื้อเฉียบพลัน หรือ ภาวะเครียดอื่น ๆ เช่น การผ่าตัด การบาดเจ็บ
4. มีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ภาวะไตวาย โรคตับรุนแรง
5. แพ้ยา Sulfonylurea

ชนิดและขนาดยา

ชื่อยา	ขนาด มก. ต่อเม็ด	ขนาดที่ใช้ สูงสุด ต่อวัน (มก.)	จำนวนครั้งที่ใช้ต่อวัน
Glibenclamide (Daonil)	5	20	1-2
Glipizide (Minidiab)	5	20	1-2
Glicazide (Diamicron)	80	320	1-2

ยาออกฤทธิ์เต็มที่ใช้เวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์ ซึ่ง glipizide และ glicazide มีฤทธิ์สั้นและอ่อนกว่า glibenclamide เล็กน้อย ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอาจมีน้อยกว่า จึงเหมาะสำหรับใช้ในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่ขาดอาหารบ่อย หรือทานอาหารไม่ตรงเวลา

ผลข้างเคียง เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และน้ำหนักเพิ่มขึ้น ส่วนการแพ้ยา ได้แก่ เม็ดเลือดขาว เกร็ดเลือดต่ำ hemolytic anemia ผื่นผิวหนัง cholestasis พบได้น้อยมาก

Biguanide

การออกฤทธิ์ ยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับและทำให้ใช้กลูโคสจากเนื้อเยื่อเพิ่ม
ข้อห้ามใช้

1. เป็นผู้ป่วย DM type 1
2. มีภาวะตั้งครรภ์
3. มีภาวะติดเชื้อเฉียบพลัน หรือ ภาวะเครียดอื่น ๆ เช่น การผ่าตัด การบาดเจ็บ
4. มีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ภาวะไตวาย โรคตับรุนแรง
5. มีภาวะกรดในเลือด และมีแนวโน้มเกิด lactic acidosis

ชนิดและขนาดยา

ชื่อยา	ขนาด มก. ต่อเม็ด	ขนาดที่ใช้ สูงสุด ต่อวัน (มก.)	จำนวนครั้ง ที่ใช้ต่อวัน
Metformin (Glucophage)	500 (850)	3000	1-3

ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์เต็มที่ใช้เวลาประมาณ 1 เดือน
ผลข้างเคียง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ท้องเสีย

Insulin

ชนิดและขนาดยา

ชนิด	ชื่อสามัญ	Onset (ชม.)	Peak (ชม.)	Duration of action (ชม.)
Short acting	Regular insulin	0.5-1	2-3	6-8
Intermediate acting	NPH	2-4	6-10	14-18
Combinations (Mixed insulin)	70% NPH, 30% regular	0.5-1	dual	14-18

Glucosidase inhibitor

การออกฤทธิ์ ยับยั้งการดูดซึมกลูโคสในลำไส้เล็ก โดยเฉพาะหลังอาหาร

ข้อห้ามใช้

1. มีโรคเกี่ยวกับการดูดซึมของลำไส้
2. มีภาวะตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร
3. มีภาวะไตวาย โรคตับรุนแรง

ชนิดและขนาดยา

Voglibose (basen) 0.2, 0.3 มก. รับประทานพร้อมอาหารวันละ 1-3 ครั้ง
Acarbose (glucobay) 50, 100 มก. รับประทานพร้อมอาหารวันละ 1-3 ครั้ง
ใช้เป็นยาเดี่ยวในกรณีระดับน้ำตาลไม่สูงมากหรือใช้ร่วมกับ sulfonylurea, biguanide สามารถลดระดับน้ำตาลหลังอาหารได้ดี แต่ห้ามทานร่วมกับนม
ผลข้างเคียง ท้องอืด ผายลมบ่อยขึ้น บางรายจะมีอาการคลื่นไส้ ท้องเสีย

Insulin sensitizing agent

การออกฤทธิ์ ลดภาวะดื้อต่ออินซูลินที่เนื้อเยื่อกล้ามเนื้อลาย ไขมัน และตับ

ข้อห้ามใช้

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1
2. มีภาวะตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร
3. มีภาวะหัวใจล้มเหลว โรคตับรุนแรง

ชนิดและขนาดยา

Rosiglitazone (avandia) ขนาด 4 มก. รับประทานวันละ 1-2 ครั้ง
ควรใช้เป็นยาแทนกรณีที่ใช้ metformin แล้วมีภาวะแทรกซ้อนมาก ควรระวังเรื่อง
ตับอักเสบเป็นพิเศษ จึงควรตรวจ LFT ก่อนให้ยาและติดตามทุก 2 เดือน
ผลข้างเคียง นำหนักตัวขึ้นและบวมหน้า

Non-sulfonylurea insulin secretagogues

การออกฤทธิ์ กระตุ้นตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินมากขึ้น

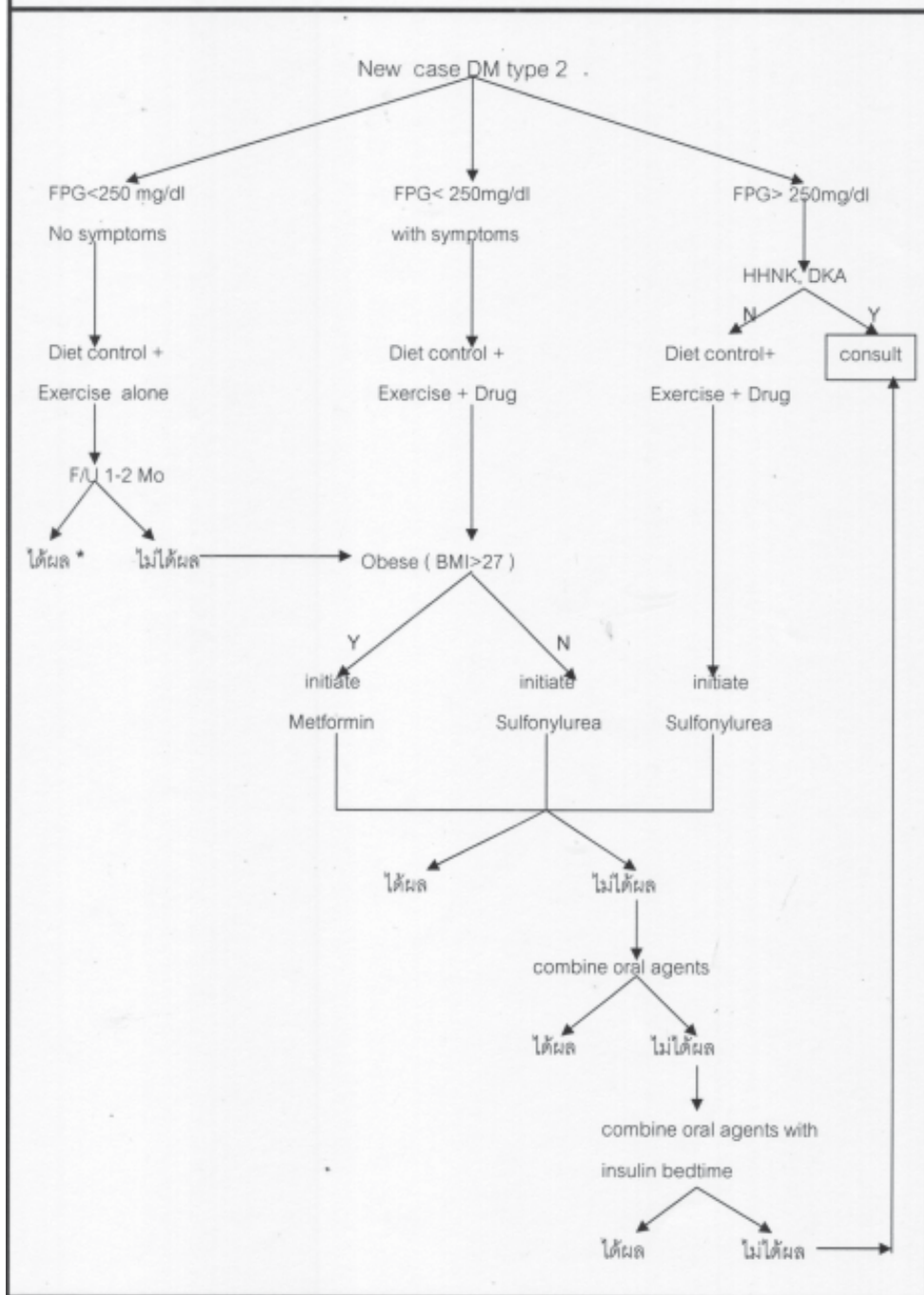
ข้อห้ามใช้

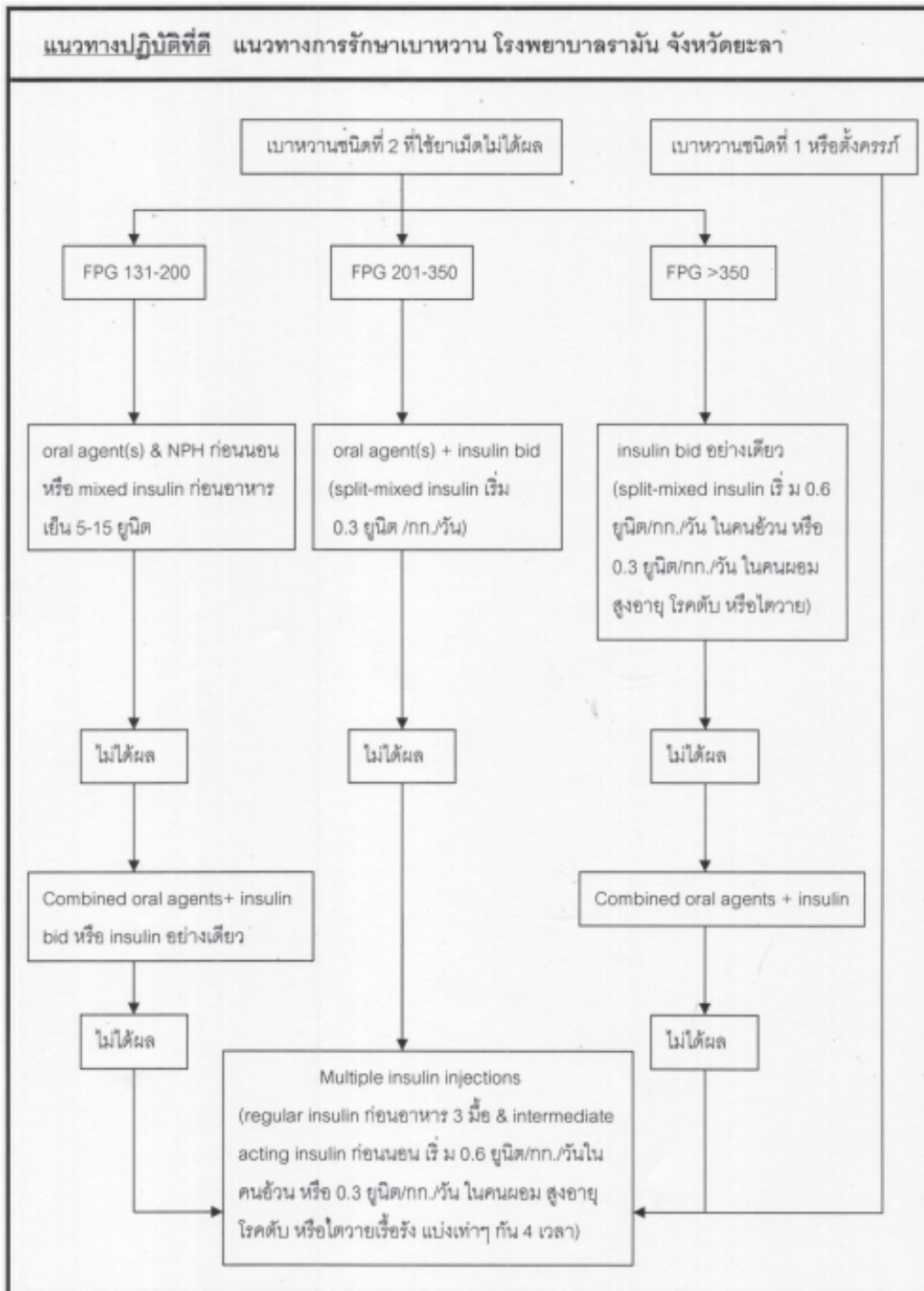
1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1
2. มีภาวะตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร
3. มีภาวะไตวาย โรคตับรุนแรง

ชนิดและขนาดยา

Repaglinide (novonorm) ขนาด 0.5-4 มก. รับประทานก่อนอาหารวันละ 2-3 ครั้ง
ควรใช้เป็นยาแทนกรณีที่ใช้ sulfonylurea ไม่ได้ เช่น ภาวะน้ำตาลต่ำ แพ้ยา sulfa
ผลข้างเคียง ภาวะน้ำตาลต่ำ ตามัวชั่วคราว คลื่นไส้ ท้องเสีย

แนวทางปฏิบัติที่ดี แนวทางการรักษาเบาหวาน ศูนย์แพทย์ชุมชน 3 ตำบล (หาดใหญ่)





บทที่ 3

การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ของโรคเบาหวาน

เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ ผู้ป่วยเบาหวานจึงควรได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะแรกๆ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ไม่เพียงแต่ต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเท่านั้น แต่ยังต้องเฝ้าติดตามภาวะแทรกซ้อนอีกด้วย เพื่อจะสามารถชะลอมิให้เกิดความพิการที่รุนแรงและลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ ซึ่งในที่นี่จะกล่าวถึงภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่

Microvascular Complication

Diabetic retinopathy (DR) ³⁵⁻⁴⁰

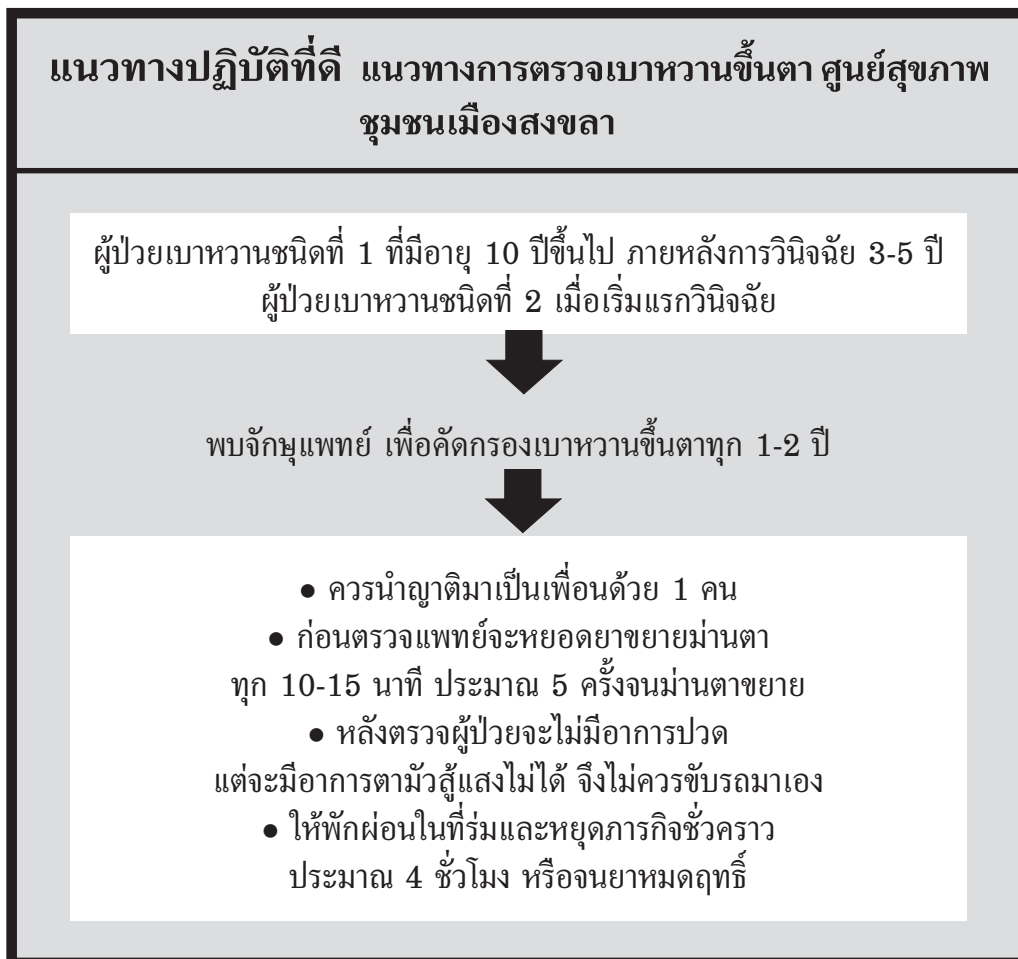
ผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ควรได้รับการตรวจตาทันทีในครั้งแรก เนื่องจากพบ retinopathy ได้ราวร้อยละ 20 เมื่อแรกเริ่มวินิจฉัยและ retinopathy มักไม่มีอาการแม้จะเป็นในระยะหลังแล้วก็ตาม การตรวจพบตั้งแต่ในระยะแรกจะทำให้แพทย์สามารถเฝ้าระวังและให้การรักษา laser photocoagulation เพื่อลดความเสี่ยงต่อการสูญเสียทางตาได้ทันที

แพทย์ผู้ตรวจตาควรมีทักษะและความชำนาญ เพราะความผิดปกติบางอย่างดูได้ยาก เช่น macular edema ที่ไม่มี hard exudates จะตรวจได้ยากด้วย direct ophthalmoscopy ดังนั้นถ้าเป็นไปได้ควรส่งผู้ป่วยเบาหวานเพื่อขยายม่านตาและตรวจตาโดยจักษุแพทย์

หลังจากการตรวจครั้งแรกถ้าพบว่าผิดปกติ จักษุแพทย์ก็จะนัดติดตามหรือรักษาเองตามความรุนแรงต่อไป กลุ่มที่ผลการตรวจตาปกติและเป็นกลุ่มเสี่ยง (poor glycemic control, proteinuria, HT) จะตรวจตาทุกปี แต่กลุ่มที่ผลการตรวจตาปกติและไม่เป็นกลุ่มเสี่ยง ยังไม่มีข้อสรุปชัดเจนเนื่องจากการติดตามผู้ป่วยของ WESDR ไม่ค่อยพบ

severe retinopathy ในช่วง 5 ปี หลังจากการตรวจตาครั้งแรกที่ปกติ ส่วนการวิจัยของ Vijan และคณะ พบว่า กลุ่ม low risk หากตรวจตาทุก 2-3 ปี จะให้ผลดีกว่าการตรวจตาทุกปี แต่ก็มีแพทย์บางกลุ่มเสนอว่าผู้ป่วยเบาหวานมักจะหลีกเลี่ยงการตรวจตาหรือไปตรวจซ้ำ การนัดทุกปีจะช่วยแก้ปัญหา

- ระหว่างการติดตามการรักษา ถ้าผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้ควรส่งต่อจักษุแพทย์ทันที
1. มองเห็นภาพมัวมากกว่า 1-2 วัน โดยไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาล
 2. การมองเห็นเลี้ยวไปจับปล้นในตาข้างเดียวหรือสองข้าง
 3. มองเห็น black spots, cobwebs หรือ flashing lights
 4. ตั้งครรภ์ (มีความเสี่ยงต่อ microvascular complication มากขึ้น)



Diabetic nephropathy⁴¹

การเกิด diabetic nephropathy ในระยะแรกมักจะไม่มีอาการต้องตรวจโดยการ
ใช้ lab screening ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกควรตรวจ screening
ทุกราย การตรวจในครั้งแรก ได้แก่ serum Cr, urinalysis

ในกลุ่มที่ urine protein ให้ผลลบ ควรตรวจหาว่ามี microalbuminuria หรือไม่
(ซึ่งเป็นลักษณะอันแรก que แสดงถึง nephropathy) โดยเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง หรือเก็บ
ปัสสาวะตอนเช้าเพื่อตรวจหาสัดส่วนของ protein ต่อ creatinine แต่วิธีนี้อาจมีข้อจำกัด
โดยเฉพาะในชุมชนที่อยู่ไกลและไม่มีอุปกรณ์ในการตรวจ จึงควรให้ความสำคัญต่อการ
ป้องกัน nephropathy ไปเลย โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และให้ตรวจ serum
Cr, urinalysis เพื่อเฝ้าระวังทุกปี

กรณีที่ urine protein ให้ผลบวก ต้องแยกสาเหตุอื่นๆ ก่อน ได้แก่ short term
hyperglycemia, exercise, UTI, marked HT, heart failure, acute febrile illness
เมื่อไม่มีภาวะเหล่านี้แล้วให้ติดตามเป็นระยะ ถ้ายังคงมี proteinuria อยู่ ให้การวินิจฉัย
เป็น clinical diabetic nephropathy การจำกัดโปรตีนในอาหาร การควบคุมระดับน้ำตาล
ในเลือดให้ได้ตามเป้าหมายและควบคุมความดันโลหิตไม่ให้เกิน 130 / 80 (125 / 75)
ม.ม.ปรอท ระวังและหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มี nephrotoxicity (NSAIDS) ช่วยชะลอการ
เสื่อมของไตได้ พบว่าการใช้ ACE Inhibitor ช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ โดยเฉพาะ
กลุ่มที่มีความดันโลหิตสูง (ควรตรวจติดตาม serum Cr ใน 7 วัน หาก Cr เพิ่มขึ้นร้อยละ
30-50 ให้หยุดยาเพราะผู้ป่วยอาจมี bilateral renal artery stenosis) กรณี serum Cr
สูงมากกว่า 3-4 มก./ดล. ควรปรึกษา specialist เพื่อการรักษาประคับประคอง และ
เตรียมเปลี่ยนถ่ายไต

Diabetic neuropathy (DN) ⁴²⁻⁴⁴

ความชุกของ diabetic neuropathy มีได้ถึงร้อยละ 5-100 ในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก แต่มักถูกมองข้ามไปอาจเพราะผู้ป่วยไม่มีอาการ ที่สำคัญการสูญเสียไปทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเริ่มต้นจาก small fiber sensory loss (pain, temperature) ของเส้นประสาทส่วนปลาย ต่อมาจึงเกิด large fiber degeneration (proprioceptive) จากนั้น reflex จะลดลง และเสีย autonomic system ในที่สุด อาการจึงมักเริ่มจากขาที่ปลายเท้า ปลายมือคล้ายผู้ป่วยใส่ถุงเท้าถุงมืออยู่ ถ้าเป็นมากก็จะขยับสัดส่วนบนมากขึ้น ส่วนพยาธิสภาพที่ autonomic ทำให้มี loss of sweating in feet, dry skin, sexual dysfunction, bladder abnormality, gastroparesis, diabetic diarrhea, orthostatic hypotension

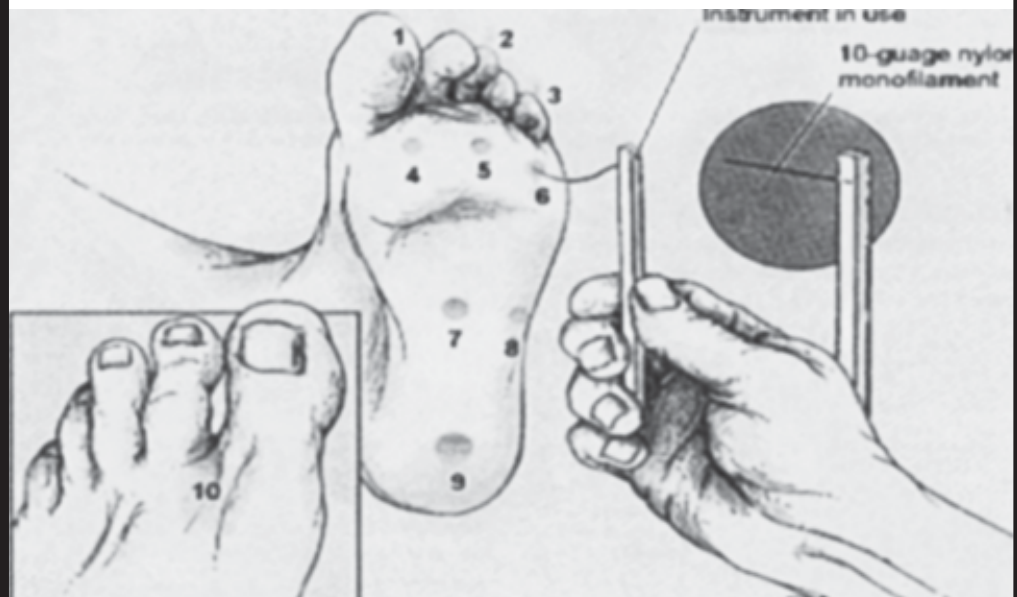
ดังนั้นการตรวจร่างกายเพื่อดูระบบประสาทรับความรู้สึก จึงให้เริ่มตั้งแต่เส้นประสาทเส้นเล็กๆ จากปลายเท้า ปลายมือ โดยตรวจ light touch หรือ pinprick และควรตรวจ proprioception ร่วม สำหรับระบบ autonomic ใช้การถามอาการเพื่อประเมินผู้ป่วยแทน กรณีผลปกติให้ประเมินทุกปี แต่หากผลผิดปกติต้องแยกจาก neuropathy ที่มาจากสาเหตุอื่นๆ เช่น alcoholic neuropathy โรคกระดูกสันหลังเสื่อม โรคทางสมอง ผู้ป่วยที่ตรวจพบว่าเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทต้องให้สุขศึกษาให้มากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการดูแลเท้า ปัจจุบันยังไม่มียาตัวใดที่รักษา diabetic neuropathy ได้อย่างแน่นอน แต่มีในแง่รักษาตามอาการซึ่งก็ไม่ได้ผลทุกคน ได้แก่ การให้การรักษาอาการชาโดยวิตามินบี การให้การรักษาอาการปวดโดย NSAIDs, tricyclic antidepressant, antiepileptic (carbamazepine)

แนวทางปฏิบัติที่ดี การตรวจการรับรู้ความรู้สึกด้วย Monofilament ตามโครงการเครือข่ายพัฒนาเวชปฏิบัติที่ดีทางคลินิก

ตรวจโดยใช้ 5.07 nylon monofilament ที่ติดกับแท่นจับ ซึ่งทำให้เกิดแรง 10-gram เมื่อใช้อย่างถูกต้อง และเริ่มตรวจที่นิ้วเท้าเพราะเป็นส่วนแรกที่จะสูญเสียความสามารถในการรับรู้ความรู้สึก

ขั้นตอนการใช้ Monofilament

1. อธิบายวัตถุประสงค์ในการทดสอบด้วย Monofilament
2. ให้ผู้ป่วยแตะ Monofilament บนมือผู้ป่วย เพื่อแสดงให้เห็นว่าไม่เกิดความเจ็บปวด
3. ควรทำการตรวจในสถานที่เงียบผ่อนคลายและผู้ป่วยต้องไม่มองขณะที่ทำการตรวจ
4. ให้ผู้ป่วยบอกผู้ตรวจว่า รู้สึกหรือไม่รู้สึก ขณะถูกสัมผัสโดย Monofilament
5. กด Monofilament โดยให้เส้นเอ็นตึงฉากกับผิวหนังในบริเวณที่จะตรวจและกดเส้นเอ็นโค้งงอเป็นรูปตัว C เป็นเวลา 1-2 วินาที (ห้ามลาก Monofilament ไปมาบนผิวหนังขณะตรวจ)
6. ตรวจตามตำแหน่งต่างๆ โดยไม่เรียงตามลำดับเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเดาจุดตรวจได้
7. ไม่แตะ Monofilament บนแผล ผิวหนังที่ด้านหนา แผลเป็นหรือบริเวณเนื้อตาย
8. แตะ Monofilament ในแต่ละจุด 1-2 ครั้ง
9. จดผลการตรวจลงบนแบบประเมินการคัดกรองเท้า



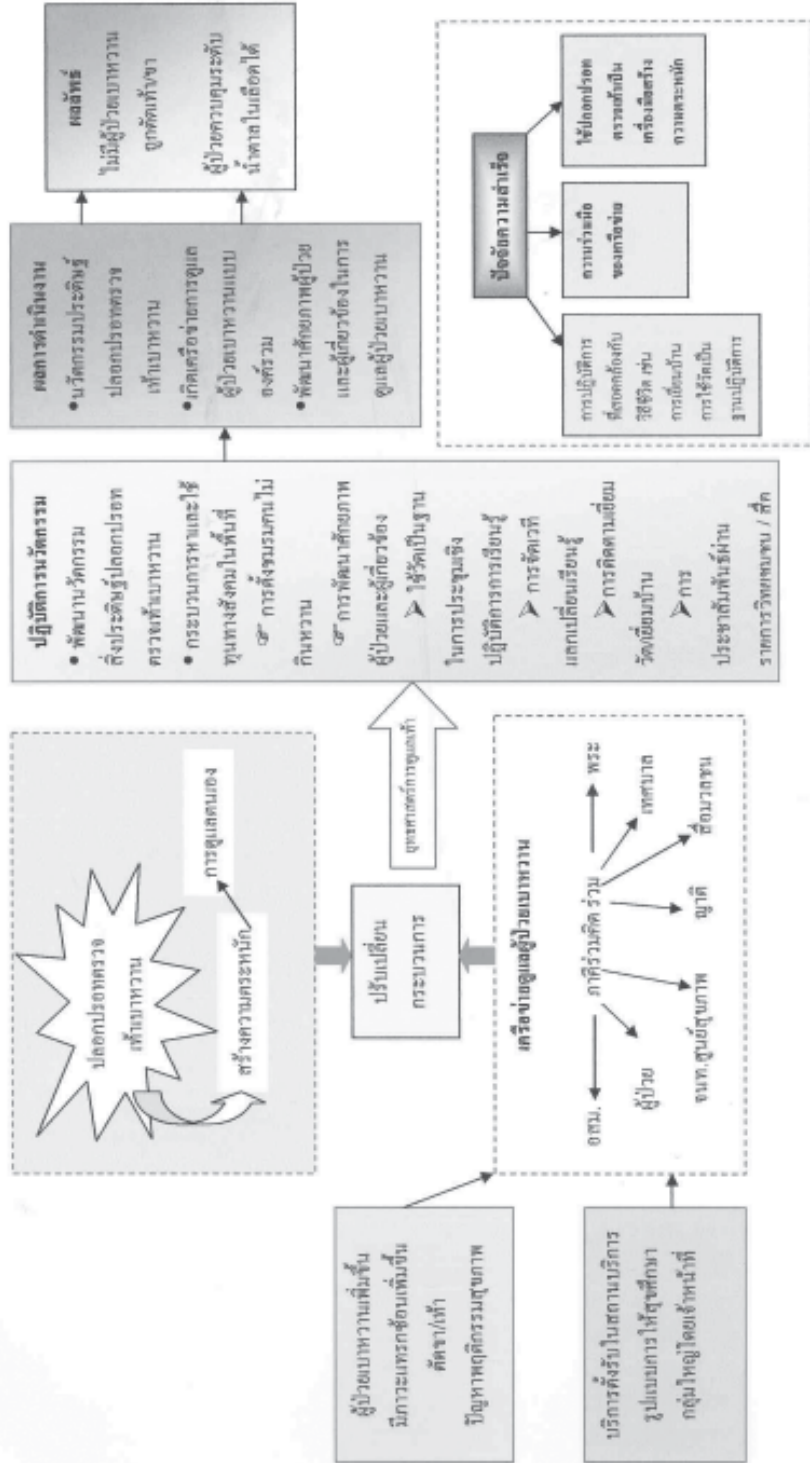
โครงการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลพัทลุง)

เป็นการต่อยอดประสบการณ์เดิมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นตัวตั้ง แม้ว่าที่ผ่านมาศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลพัทลุงจะมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในหลายรูปแบบ ทั้งให้ความรู้โดยรวมในคลินิก การให้ความรู้เฉพาะกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเกิน 180 mg/dl ขึ้นไป โดยการจัดห้องเรียนเบาหวาน การให้ความรู้รายบุคคล แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานยังคงมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาโดยเฉพาะที่เท้า จากปัญหาดังกล่าวจึงมีการพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง และมีการคิดค้นสิ่งประดิษฐ์ที่เป็นรูปธรรม คือ ปลอกปรอทตรวจเท้าเบาหวาน โดยนำวัสดุสิ่งของเหลือใช้ คือ ปลอกปรอทมาพัฒนาให้มีมูลค่าเพื่อการใช้ในการตรวจภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับประสาทส่วนปลายเท้าทดแทน Monofilament ซึ่งเป็นอุปกรณ์ขาดแคลนและมีราคาสูง เพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นการใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่จนเกิดเป็นแนวทางของการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมโดยชุมชนมีส่วนร่วม

ลักษณะของการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน นอกจากเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแล้ว ยังมี อสม.ที่สมัครใจเข้ามาเป็นผู้ร่วมดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พระผู้นำศาสนาจะเทศนาธรรม ผลสมผสานความรู้โรคเบาหวานเข้าไปด้วย พร้อมกับการปฏิบัติเลือกกินอาหารในปิ่นโตหรือในบาตรเพื่อเป็นแบบอย่างในการควบคุมอาหาร มีนักสื่อสารมวลชนจัดรายการวิทยุช่วยประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ผ่านสื่อวิทยุ และหอกระจายข่าวในชุมชน รวมทั้งมีเจ้าหน้าที่จาก เทศบาลเมืองพัทลุงร่วมรับรู้ปัญหา สนับสนุนอุปกรณ์และสวัสดิการ

ปลอกปรอทตรวจเท้าเบาหวาน นำวัสดุเหลือใช้ คือปลอกปรอทมาพัฒนาโดยใช้เส้นเอ็นขนาดเบอร์เดียวกัน (No. 40) มีความยาวเท่ากัน มาดลองใช้จริงเพื่อเปรียบเทียบความรู้สึก ซึ่งได้นำมาทดสอบเปรียบเทียบกับบุคคลที่เป็นเบาหวาน และไม่เป็นเบาหวาน จำนวน 50 คน พบว่า ได้ผลดี ไม่มีความรู้สึกแตกต่างกัน

แนวปฏิบัติที่ดี โครงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม โดยมีสุขภาพชุมชนมีส่วนร่วม ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร



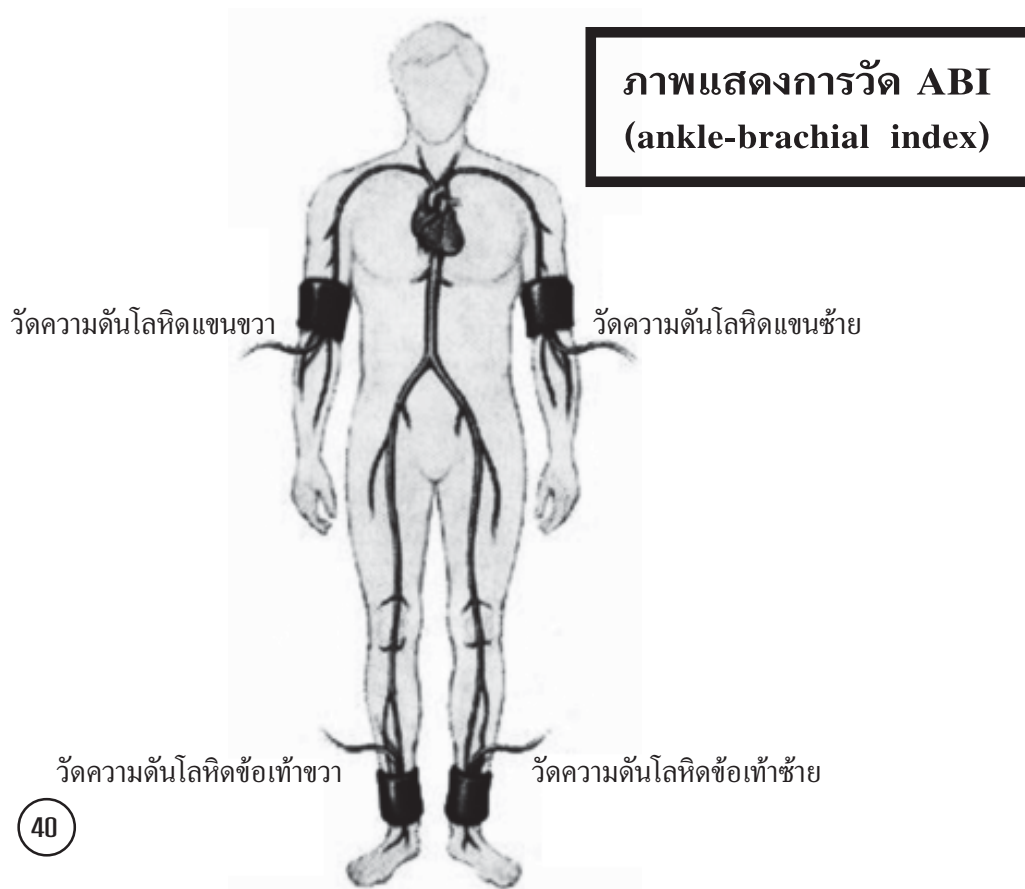
การจัดบริการปฐมภูมิ “การดูแลโรคเบาหวาน” ในพื้นที่พิเศษ จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา สตูล

Macrovascular Complication

Peripheral vascular disease⁴⁵

ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิด atherosclerosis จากหลายสาเหตุ การเกิดภาวะดังกล่าวที่หลอดเลือดส่วนปลายเป็นสาเหตุให้เกิดแผลที่เท้า ควรซักถามประวัติ leg claudication ที่มักเป็นมาหลายเวลาเดินหรือเวลากลางคืน ตรวจสอบดูสีผิวหนังที่เท้าซึ่งคล้ำเมื่อห้อยเท้าและซีดเมื่อยกขาขึ้น คลำ peripheral pulse โดยเฉพาะ dorsalis pedis การตรวจ Ankle Brachial Pressure Index (ABPI) ช่วยยืนยันถึงภาวะ vascular insufficiency ได้ แต่อาจมีข้อจำกัดด้วยจำนวนบุคลากร อุปกรณ์ และเวลา

Ankle Brachial Pressure Index (ABPI) คือ การหาอัตราส่วนระหว่างความดันโลหิต systolic ของข้อเท้าต่อความดันโลหิต systolic ของแขน ซึ่งใช้การวัดจาก Doppler ultrasonography โดยวัดความดันโลหิตที่แขนทั้ง 2 ข้าง (เลือกเอาค่าที่สูงกว่ามาเป็นค่าความดันโลหิตที่แขน) และวัดความดันโลหิตที่ข้อเท้าทั้ง 2 ข้างบริเวณเส้นเลือดแดง anterior tibial และ posterior tibial (วัดความดันโลหิตทั้ง 2 เส้นและเลือกเอาค่าที่สูงกว่ามาใช้คำนวณค่า ABPI แต่ละข้าง) ค่าปกติเท่ากับ 0.91 - 1.3 ถ้าเท่ากับ 0.9 หรือน้อยกว่าแสดงว่ามีการอุดตันของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ถ้าค่า ABI เท่ากับ 0.4 พบในรายที่มีการขาดเลือดไปเลี้ยงรุนแรง



Cardiac complication⁴⁶⁻⁴⁸

เป็นที่ทราบกันว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เสียชีวิตจากการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หากสามารถตรวจพบภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ตั้งแต่แรก จะลดความรุนแรงของโรค และป้องกันการเกิด sudden cardiac death ได้ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้ได้ง่ายที่แผนกผู้ป่วยนอก ราคาไม่แพงเมื่อเทียบกับการตรวจวิธีพิเศษอื่นๆ และมีความปลอดภัย แม้จะมีความไวในการวินิจฉัยไม่สูงนัก ควรทำการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในรายที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยไม่ต้องให้มีอาการ (พบ silent MI ได้ในผู้ป่วยเบาหวานราวร้อยละ 16-22) ได้แก่ ผู้ที่เป็นเบาหวานมานานกว่า 10 ปี หรือ ผู้ที่มีภาวะ nephropathy, retinopathy, peripheral vascular disease แล้ว หรือผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอื่นๆ ร่วมด้วย หากผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติให้ตรวจอีกครั้งเมื่อครบ 1 ปี หรือ มีอาการที่สงสัยโรคหลอดเลือดหัวใจ หากผลการตรวจผิดปกติให้ส่ง cardiologist เพื่อประเมินต่อไป

มีรายงานว่าการใช้ aspirin (75-162 mg/day) เป็น primary prevention ในผู้ที่เป็น DM type 1 หรือ 2 ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ร่วมกับปัจจัยเสี่ยง family history of CVD, hypertension, smoking, dyslipidemia, albuminuria สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้จริง อย่างไรก็ตามการใช้ aspirin ในเวชปฏิบัติยังไม่ชัดเจน เพราะมีข้อเสีย คือ การทำให้เกิดเลือดออกผิดปกติมากขึ้น โดยเฉพาะเลือดออกในทางเดินอาหารหรือในสมอง ดังนั้นก่อนที่จะให้ aspirin แพทย์ควรต้องคิดให้รอบคอบ เพราะจะต้องป้องกันไปตลอดชีวิตของผู้ป่วย

บทที่ 4

การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน อย่างเป็นองค์รวม

เป็นที่ทราบกันดีว่ารูปแบบการเจ็บป่วยในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงจากโรคติดเชื้อเฉียบพลันมาเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความเครียด พฤติกรรมและวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตมากขึ้น เบาหวานเป็นหนึ่งในโรคดังกล่าวซึ่งการให้ความสำคัญกับการจ่ายยาเพียงเพื่อรักษาโรคคล้ายกับการรักษาโรคติดเชื้อในอดีตคงไม่เพียงพอ ในระยะยาวแพทย์จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ปรับตัวให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตของตนเองได้ด้วย จึงจะเกิดผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพที่ดี

หลักการดูแลอย่างเป็นองค์รวม (holistic care) เป็นหลักการหนึ่งซึ่งพัฒนามาพร้อมกับบริบทความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปและการพัฒนาระบบบริการระดับปฐมภูมิ โดยมีหลักฐานทางการแพทย์ที่พิสูจน์แล้วว่า การดูแลแบบไม่แยกส่วน “*ร่างกาย จิตใจ สังคม หรือจิตวิญญาณ*” ออกจากกันจะช่วยเพิ่มความศรัทธาและความพึงพอใจในตัวแพทย์ รวมถึงลดการส่งตรวจหรือการรักษาที่ไม่จำเป็น ลดความขัดแย้งกับผู้ป่วย และนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น⁴⁹⁻⁵²

การดูแลจากกาย... ไปสู่จิตใจ

ในปัจจุบันจะเห็นว่าปัญหาการฟ้องร้องต่อบุคลากรทางการแพทย์มีมากขึ้นเรื่อยๆ แม้ในบางกรณีแพทย์จะให้การดูแลได้ตามที่ระบุในตำราแล้วก็ตาม เมื่อไม่นานมานี้มีรายการทางโทรทัศน์ซึ่งให้ผู้ชมทางบ้านออกความเห็นว่าคุณค่าวิชาชีพใดควรปรับปรุงตนเองมากที่สุด ซึ่งในช่วงต้นของรายการคะแนนของแพทย์มาเป็นอันดับหนึ่งตลอด รากลึกของปัญหาเป็นเพราะการอบรมแพทย์ในอดีต ที่ทำให้แพทย์มองการดูแลผู้ป่วยเป็นเพียงแต่

“วิทยาศาสตร์” แพทย์เป็นผู้ตั้งสมมุติฐาน (hypotheses) ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย พยายามค้นหาข้อมูลต่างๆ (gathering data) ผ่านการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย โดยหวังว่าจะพบสิ่งที่ผิดปกติของผู้ป่วย (objective tests) แล้วนำข้อมูลดังกล่าวมาทดสอบดูว่า ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคที่แพทย์คิดไว้หรือไม่ (verification) กระบวนการในการพูดคุยของแพทย์จึงมีลักษณะเป็นผู้ควบคุมบทสนทนา เลือกลถามหรือฟังในสิ่งที่ตนเองสนใจเท่านั้น แต่ลืมไปว่าการดูแลผู้ป่วยเป็น “ศิลปะ” ด้วย อย่าลืมว่าเราไม่มีเครื่องมือใดๆ ที่จะบอกได้ว่าผู้ป่วยมีความทุกข์จริงหรือไม่ มากน้อยเพียงใด เหมือนกับการสังเกตและการรับฟังผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยจึงออกมาในแนวหัวใจแข็งกระด้าง หนักกว่านั้นคือไม่มีหัวใจ เราภูมิใจว่าดูแลได้ตามมาตรฐานแต่จริงๆ แล้ว เราลืมนดูแลความรู้สึกผู้ป่วยเรลลิมสนใจคน

การศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยเบาหวานเองที่มารับบริการที่คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 118 ราย ในปี พ.ศ.2549 ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 55-64 ปี เป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000-9,999 บาทต่อเดือน พบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังในด้านต่างๆ นอกจากการตรวจรักษาโรค คือ ร้อยละ 71.2 ต้องการได้รับการตรวจจากแพทย์คนเดิม รองลงมา ร้อยละ 61.9 ต้องการให้แพทย์เห็นอกเห็นใจ รับฟังปัญหาผู้ป่วยในเรื่องอื่นๆ ด้วย ซึ่งให้เห็นถึงความจำเป็นของสัมพันธภาพและขบวนการให้คำปรึกษามากขึ้นด้วย⁵³

จากประสบการณ์พบตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานหลายรายที่แพทย์ได้ทำการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือให้การรักษาผิดพลาด รวมทั้งไม่สามารถให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้ดีขึ้นได้ ทั้งนี้เพราะแพทย์ไม่ทราบปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริงตั้งแต่แรก ในเวชปฏิบัติแพทย์ควรตระหนักว่าเวลาผู้ป่วยมาพบแพทย์ ผู้ป่วยต้องแปลความรู้สึกไม่สบายเหล่านั้นออกมาให้เป็นคำพูด จึงอาจมีความสับสนว่าจะเลือกบอกอาการไหนและจะบอกอะไรก่อนหลัง อาการที่อธิบายยาก (เหนื่อย เพลีย) จะบอกอย่างไร จึงจะตรง ความกังวลต่างๆ ต้องบอกด้วยไหม นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยหลายคนที่มีความผิดปกติของอารมณ์ ปัญหาเรื่องเพศ ปัญหาในครอบครัว หรือปัญหาที่ทำให้ตนเองรู้สึกอึดอัดอาจเลือกบอกอาการสำคัญในครั้งแรกที่มาพบแพทย์แบบไม่ตรงไปตรงมา เช่น ผู้ที่มีปัญหาครอบครัวจะมาบอกแพทย์ว่าปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ดังนั้นแพทย์ต้องใช้ทักษะการสื่อสารที่ดีเพื่อเข้าใจความหมายที่ผู้ป่วยพยายามจะสื่อออกมาให้ได้มากที่สุด

วิธีการสื่อสารเบื้องต้น 10 ประการ⁵⁴⁻⁵⁹

1. **ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเป็นคนที่ต้อนรับ** ควรสบสายตาสองผู้ป่วย ยิ้มให้ แล้วก็พูดด้วยน้ำเสียงที่เป็นมิตร ทักทายสวัสดิ และเชิญผู้ป่วยนั่ง ช่วงแรกอาจมีการทักทายกันเรื่องอื่นๆ ไปด้วย จะทำให้ผู้ป่วยได้รู้สึกว่าเราสนใจเขาในฐานะคนๆ หนึ่ง

2. **ทำสภาพแวดล้อมให้เหมาะต่อการพูดคุยกัน** ในห้องตรวจจะต้องมีความเป็นส่วนตัว และควรให้มีสิ่งกีดขวางระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยให้น้อยที่สุด ในยามจำเป็นการขอโทษผู้ป่วยก่อนจะรับโทรศัพท์ก็จะทำให้บรรยากาศดีๆ ที่เริ่มมาไม่เสียไปมากนัก

3. **ไม่ขัดจังหวะผู้ป่วยสองนาที** แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ใช่ผู้ฟังที่ดีเลย แพทย์มักจะตัดบทหรือเปลี่ยนเรื่องสนทนาบ่อยๆ ดังนั้นแพทย์ควรใช้เวลาในสองนาทีแรกในการรับฟังผู้ป่วย โดยไม่พยายามไปตัดบทเขา อาจใช้เวลาในส่วนนี้ในการสังเกตผู้ป่วยไปด้วยได้ เช่น สีหน้า ท่าทาง ฯลฯ

4. **ใช้คำถามปลายเปิดและปลายปิดให้เหมาะสม** แพทย์ควรฝึกถามคำถามปลายเปิดให้มากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเล่าเรื่องราวของเขาได้อย่างอิสระ เช่น “คุณป้าลองเล่าอาการปวดหัวของคุณป้าให้หมอฟังหน่อยสิครับ” น่าจะดีกว่า “คุณป้าปวดหัวรุนแรงไหมครับ มันปวดตุ๊บๆ หรือบีบๆ ครับ” ส่วนคำถามปลายปิดมีประโยชน์เอาไว้ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นคนพูดน้อย หรือกรณีผู้ป่วยที่เป็นคนพูดจาวกวนให้รายละเอียดมากเกินไป

5. **อย่าลืมตอบสนองผู้ป่วยอย่างเหมาะสม** ผู้ป่วยทุกคนย่อมอยาการู้สึกว่าแพทย์กำลังสนใจรับฟังเขาอยู่อย่างตั้งใจ เข้าใจ และเห็นอกเห็นใจ การที่แพทย์สบตาสองผู้ผู้ป่วยยกหน้าช้าๆ หรือพูดคำสั้นๆ เช่น อืม ครับ ค่ะ ระหว่างที่ผู้ป่วยพูด จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าแพทย์ตั้งใจฟังและอยากเล่าเรื่องของเขามากขึ้น ในบางครั้งการสัมผัสผู้ป่วยเบาๆ แสดงถึงความห่วงใยของเรา อาจนำมาสู่การหลั่งน้ำตาของผู้ป่วยที่รู้สึกว่ามีคนเข้าใจ การตอบสนองตอนนี้ไม่มีอะไรดีไปกว่าการนิ่งเงียบ (attentive silence) อนุญาตให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายออกโดยการร้องไห้และหยิบบ่นกระดากทึชชู้ให้

6. **ค้นหาปัญหาแท้จริงของผู้ป่วย** ผู้ป่วยย่อมมีความกังวล ความคาดหวังอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งในบางครั้งอาจไม่ได้พูดออกมาตรงๆ จนกว่าเขาแน่ใจว่าแพทย์นั้นสนใจรับฟังจึงจะเปิดเผยผู้ป่วยมักทดสอบแพทย์ด้วยการทิ้งเงื่อนงำบางอย่างไว้ในระหว่างสนทนา อาจเป็นการพูดเปรยหรือพูดเป็นนัยๆ หากแพทย์ละเลยไม่ตอบสนองผู้ป่วยก็จะเก็บมันไว้และไม่กลับมาพูดอีก แม้บางครั้งแพทย์ไม่ทันสังเกตเงื่อนงำที่ผู้ป่วยให้ ผู้ป่วยก็อาจบอก

ถึงที่เขากังวลอยู่ได้ แต่มักเป็นช่วงสุดท้ายของการสนทนา คือ ขณะกำลังจะออกจากห้องตรวจ “ตกลงป้าจะเป็นมะเร็งไหมคะ” เรียก door knob phenomenon ซึ่งทำให้ต้องกลับมาเริ่มพูดคุยกันใหม่อีก

7. ตรวจร่างกายต้องไม่ให้ต่ำกว่ามาตรฐาน การตรวจร่างกายถือเป็นการสื่อสารที่สำคัญอย่างหนึ่ง เป็นวิธีที่แพทย์พยายามทำความเข้าใจปัญหาที่เกิดกับร่างกายผู้ป่วย แม้หลายๆ ครั้งอาจตรวจไม่พบอะไรผิดปกติเลยก็ตาม

8. ให้คำแนะนำด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แพทย์ควรอธิบายด้วยภาษาและคำที่เข้าใจง่ายสำหรับคนๆ นั้น หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์แพทย์ บางครั้งการเขียนภาพ การใช้รูป หรือผลการตรวจต่างๆ มาประกอบการอธิบายจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ดีขึ้น

9. ประเมินความเข้าใจและเปิดโอกาสให้ซักถาม ภายหลังจากการสนทนา ผู้ป่วยอาจได้รับข้อมูลที่ตนเองไม่คุ้นเคยเป็นจำนวนมากจนทำให้สับสนหรือจำข้อปฏิบัติได้ไม่หมด แพทย์ควรมีการประเมินความเข้าใจก่อนจะให้ผู้ป่วยกลับบ้านด้วยทุกครั้ง

10. จัดเรื่องการนัดหมายในครั้งต่อไป การนัดหมายไม่เพียงแค่ให้แพทย์ได้ทราบถึงการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการดูแลรักษาเท่านั้น การนัดหมายยังหมายถึงการที่แพทย์แสดงความห่วงใยในสุขภาพของผู้ป่วยด้วยทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกว่าถูกทอดทิ้งหรือไม่มีคนดูแล ซึ่งการอธิบายว่าอาการเป็นอย่างไรจึงควรกลับมาพบแพทย์ หรือการให้เบอร์โทรศัพท์ไว้สำหรับผู้ป่วยโทรมาปรึกษาจัดเป็นเรื่องการนัดหมายได้

การดูแลจากกาย... ไปสู่สังคม

การดูแลสุขภาพที่บ้าน (home care) หมายถึง การจัดบริการเต็มรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหรือครอบครัวรายหนึ่งๆ โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วยที่บ้าน การประสานงานกับทีมเพื่อการรักษาที่บ้าน ที่โรงพยาบาล หรือส่งต่อ รวมไปถึงการประเมินความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ป่วยเพื่อที่จะให้ผู้ป่วย (หรือญาติ) สามารถดูแลตนเองหรือดำเนินกิจวัตรได้ตามปกติ และสามารถโน้มนำให้มีการดูแลเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย จากประสบการณ์พบว่า การดูแลผู้ป่วยจากการเยี่ยมบ้านเพียง 5 นาที ยืนยันเป็นเสียงเดียวกันว่ามีประโยชน์ และสามารถช่วยแก้ไขสภาพปัญหาของผู้ป่วยได้ตรงจุดกว่าการใช้เวลาสอบถามผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกกว่า 30 นาที ในต่างประเทศมีการศึกษาแล้วว่าการเยี่ยมบ้านมีความคุ้มค่า เช่น ในกรณีผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคปอดบวม หัวใจล้มเหลว และถุงลมโป่งพอง เป็นต้น⁶⁰

วิธีปฏิบัติเมื่อจะไปเยี่ยมบ้าน^{61,62}

1. **ต้องวางแผน (plan)** ร่วมกับทีมดูแลว่าจะไปทำอะไรในแต่ละครั้ง พร้อมเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็น รวมถึงการติดต่อประสานงานต่างๆ ไว้ด้วย

2. **แม่นยำในหลักการ (medical management)** แพทย์ต้องเตรียมข้อมูลให้คัดการณ์สถานการณ์ล่วงหน้าได้ เวลาไปพบผู้ป่วยจะให้การรักษาที่ถูกต้องได้

3. **ประเมินว่าผู้ป่วยว่าต้องการหรือไม่ (identification of patient's needs)** ควรสร้างความสัมพันธ์ที่ดีก่อน เมื่อผู้ป่วยอนุญาตจึงขอเบอร์โทรติดต่อ แผนที่บ้าน พร้อมนัดแนะเวลาที่จะไปเยี่ยมบ้าน

4. **จัดทุกข์เป็นระยะๆ (continuing patient-centered care)** ควบคู่กับการรักษาโรค ทีมควรประเมินความเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น ความคิด ความรู้สึก ความคาดหวัง และศักยภาพในการทำกิจวัตรไปด้วย และแก้ปัญหาไปพร้อมๆ กัน

5. **พบปะเมื่อต้องการ (participation and family conference)** ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการดูแลรักษา อาจให้วิธีติดต่อไว้แก่ผู้ป่วยและญาติกรณีต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม

6. **ประเมินคุณภาพของการดูแล (evaluation of quality of care)** คล้ายการทำ ward round ควรมีการประเมินร่วมกับทีมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตามสภาพเป็นระยะๆ ให้เหมาะสมกับปัญหาผู้ป่วยตลอดเวลา

7. **เมื่อถึงบ้านแล้วจะทำอย่างไรดี (IN-HOME-SSS)** นอกจากการตกทายและให้ความสนใจการดูแลรักษาโรคแก่ผู้ป่วยแล้ว ต่อไปนี้เป็นแนวทางซึ่งมีผู้รวบรวมไว้

- I = immobility การเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตนเอง
- N = nutrition ลักษณะของอาหารที่รับประทาน เหล้า บุหรี่
- H = housing ลักษณะแวดล้อม ภายในบ้าน ภายนอกบ้าน เพื่อนบ้าน
- O = other people อยู่กับใคร ความสัมพันธ์ การเกื้อกูลกัน ใครคือผู้ดูแลหลัก
- M = medication การรับประทานยาถูกต้องหรือไม่
- E = examination ตรวจร่างกายผู้ป่วย การให้คำแนะนำ ประเมินภาวะเสี่ยงต่างๆ
- S = safety ความปลอดภัยภายในบ้าน
- S = service สถานพยาบาลใกล้บ้าน เบอร์ติดต่อฉุกเฉิน
- S = spiritual health จิตวิญญาณ ความเชื่อ ค่านิยมต่างๆ

แนวทางปฏิบัติที่ดี กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลจะนะ “การดูแลเว้าะหมัด”

เว้าะหมัดเป็นเบาหวาน หมอที่โรงพยาบาลใหญ่บอกว่ามีโรคหัวใจขาดเลือด **ซึ่งไม่มีทางรักษาหาย** ให้กินแต่ยาปรับระดับประคองอาการไปและไม่มันดแล้ว หากช่วงไหนเหนื่อยมากก็ให้มารักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ระยะเวลาหลังเว้าะหมัดเหนื่อยมากขึ้นเดินไปห้องน้ำกลับมาก็เหนื่อยจึง**ต้องแวะเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง**

เว้าะหมัดอายุ 65 ปี เป็นมุสลิม มีลูก 4 คน ลูกๆ แต่ละคนก็มีครอบครัวแล้วแต่ยังปลูกบ้านอยู่ในละแวกเดียวกัน มีอาชีพปลูกพืช เก็บผักตามหัวไร่ปลายนา และพาวัวไปกินหญ้า ฐานะครอบครัวก็พออยู่พอกินประสานชนบท ทุกครั้งที่มานอนโรงพยาบาลกรรยาก็จะเป็นคนมาเฝ้าด้วยความเป็นห่วง มีอยู่วันหนึ่งเว้าะหมัดอาการเหนื่อยหอบมากต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลแต่ครั้งนี้อาการหนักกว่าทุกครั้ง ดูเหมือน**เวลาแกนั้นเหลือน้อยแล้ว**

เพราะเว้าะหมัดเป็นคนไข้ประจำ การรักษาแต่ละครั้งก็ไม่ต่างกัน ดังนั้นในสภาพโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยหนาแน่นมาก จึงเป็นธรรมดาที่เว้าะหมัดจะได้รับความสนใจน้อย แพทย์มักทักทายและถามอาการเพียงเล็กน้อย ตั้งยาฉีดขับปัสสาวะเหมือนทุกวัน แล้วก็เดินไปดูผู้ป่วยเตียงอื่นต่อไป แต่วันหนึ่งหมอผู้ดูแลถามคำถามออกไปโดยไม่ได้ตั้งใจ หมอถามเว้าะหมัดว่า **“ทำไมครั้งนี้ดูหมัดดูไม่ค่อยยิ้มเลย มีอะไรจะบอกหมอหรือเปล่า”** แกคงรอคำถามนี้มานานจึงบอกว่า **“มีครับ ผมอยากกลับบ้าน ผมขอไปไม่นาน เย็นๆ ก็จะกลับมานอนให้หมอฉีดยาต่อ”**

แกกลับไปเพื่อไปแบ่งสมบัติให้ลูก แกมีที่นาอยู่ไม่กี่ไร่ มีวัวอยู่หลายตัว มีรถมอเตอร์ไซด์เก่าๆ เมื่อเวลาที่แกจากไปแล้ว ลูกหลานจะได้ไม่ทะเลาะกัน เพิ่งได้รับรู้ว่าที่เว้าะหมัดดูไม่สดชื่นไม่ใช่เพราะแกกลัวความตาย แต่เพราะแกยังมีภารกิจสุดท้ายที่ยังไม่ได้กระทำ ต้องติดสายน้ำเกลือและแผนการรักษาที่โรงพยาบาล เมื่อเป็นเช่นนั้น หมอจึงอนุญาตให้แกกลับบ้านได้ เว้าะหมัดดูเปลี่ยนเป็นคนละคน ดูแข็งแรงขึ้น หน้าตาสดใส กระตือรือร้น พยาบาลถอดสายน้ำเกลือออก ให้รถพยาบาลไปส่งถึงบ้าน และนัดหมายเวลาที่จะมารับกลับในช่วงเย็น

แนวทางปฏิบัติที่ดี กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลจะนะ “การดูแลเว้าะหมัด”

ในวัฒนธรรมของมุสลิมนั้น การแบ่งมรดกไม่มีการทำพินัยกรรม แต่เขาใช้วิธีการเรียกลูกหลานที่เกี่ยวข้องมาพร้อมกัน แล้วก็ผู้เป็นพ่อก็จะชี้ไปว่าส่วนไหนจะยกให้ใคร เป็นการตัดสินใจของผู้เป็นพ่อที่บอกกล่าวอย่างชัดเจนเปิดเผย สำหรับเว้าะหมัดนี้เป็นหน้าที่สุดท้ายในฐานะพ่อและผู้นำครอบครัว นอกจากนี้เว้าะหมัดยังอยากกลับไปเพื่อมองดูท้องนา ต้นไม้ วัวควายสัตว์เลี้ยง ท้องฟ้า บ้านหลังเล็กที่อยู่อาศัยมาตลอดชีวิต บอกลาสรรพสิ่งที่คุณพันมาทั้งชีวิตเป็นครั้งสุดท้าย

ซึ่งต่อจากนั้น 1 สัปดาห์แกก็จากไปอย่างสงบ ท่ามกลางเสียงสวดอาซานจากญาติๆ เพื่อขอพรจากพระเจ้าทางโรงพยาบาลไม่ได้มีการป้มหัวใจช่วยฟื้นคืนชีพตามทฤษฎีแบบตะวันตก แล้วก็ให้รพพยาบาลไปส่งร่างที่ไว้วิญญาณของเว้าะหมัดกลับบ้าน ถือเป็นน้ำใจสุดท้ายที่โรงพยาบาลมอบให้กับเว้าะหมัดและญาติ หลังจากทางญาติได้จัดพิธีศพเสร็จเรียบร้อยแล้ว ภรรยาของเว้าะหมัดก็แวะมาที่โรงพยาบาล เพื่อมาขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอีกครั้ง พร้อมกับกระดาศธรรมดาที่เขียนตัวหนังสือด้วยปากกาลูกลื่น แทนคำขอบคุณให้แก่เจ้าหน้าที่ทุกคน เป็นเพียงกระดาศ หนึ่งแผ่นที่ราคาไม่ถึงหนึ่งบาท แต่มีค่ามากมายสำหรับทั้งผู้ให้และผู้รับ

***“People will forget what you said
People will forget what you did
But will not forget
The feeling you gave them”***

แนวทางปฏิบัติที่ดี กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ “การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน”

<p>ผู้ป่วยเบาหวาน 55 ปี เป็นเบาหวานมา 5 ปี น้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 200-300 มก./ดล. ตลอด จากประวัติการรักษาพบว่าแกขาดนัดบ่อยครั้ง วันนี้มาพบแพทย์ระดับน้ำตาลยังสูง แต่บอกว่าสบายดี แกขออายุคุณหมออีก 2 เดือน</p>	
การดูแลแบบเดิมๆ	การดูแลแบบองค์รวม
<p>ที่ OPD สอบถามเรื่องอาหาร การกินยา การออกกำลังกาย การทานยาต้ม ยาสมุนไพร</p> <p>ข้อมูลที่ได้ ควบคุมอาหารและทานยาสม่ำเสมอ ไม่ทานยาสมุนไพร แต่ไม่ได้ออกกำลังกายเพราะเจ็บเข่า</p> <p>การดูแลที่ให้ ตำหนิผู้ป่วยที่ไม่ได้มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เพิ่มขนาดยาเบาหวาน นัดให้มาพบอีก 2 สัปดาห์</p> <p>ผลลัพธ์ ผู้ป่วยไม่มาตามนัด มาอีกครั้ง เป็นอัมพฤกษ์ตอนนี้เริ่มมี bed sores ระดับน้ำตาล 350 มก./ดล.</p>	<p>ที่ OPD นัดแนะทีมสุขภาพวางแผนเพื่อไปเยี่ยมบ้าน</p> <p>ข้อมูลที่ได้ (ที่บ้าน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลูกสาวทำงานชายไ้ที่ตลาดต้องออกจากบ้านตั้งแต่เช้ากลับตอนเย็นๆ อาหารและยาผู้ป่วยต้องจัดทานเอง - หลานสองคน คนโต ป.6 คนเล็ก 4 ปี เป็นไข้สมองอักเสบ นอนติดเตียง ต้องดูแลตลอดเวลา ต้องรอหลานคนโตปิดเทอมจึงไปหาหมอได้ - ไม่ได้คุมอาหารจริง เวลาลูกไม่ให้ทานของหวานๆ จะไปฟ้องข้างบ้านว่าลูกดูแลไม่ดี ออกตั้ญญ - ซองยาสลับกันหมด กินยาผิดตัวผิดขนาด มียาหมดอายุ - มียางในรถจักรยานแขวนอยู่ที่บ้าน <p>การดูแลที่ให้ คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดกระเป๋า ยา จัดยาให้สะดวกต่อการทานวันละ 2 ทน โดยให้ลูกสาวเตรียมให้ก่อนไปและหลังกลับจากงาน - ไม่เพิ่มขนาดยา แต่ยกอำนาจต่อรองให้ลูกสาวว่า หมอเป็นคนสั่งไม่ให้ทานหวาน ออกกำลังกาย ยัดแทน - เยี่ยมบ้านต่อเนื่อง พร้อมดูแลหลานคนเล็กที่ขาดการทานยากันชัก และมีข้อเริ่มติด <p>ผลลัพธ์สุขภาพ ระดับน้ำตาลดีขึ้น 130-150 มก./ดล. เกิดศรัทธาต่อทีม</p>

ตัวอย่างดีๆ “พันธมิตรสร้างสุขภาพ” โรงพยาบาลเทพา

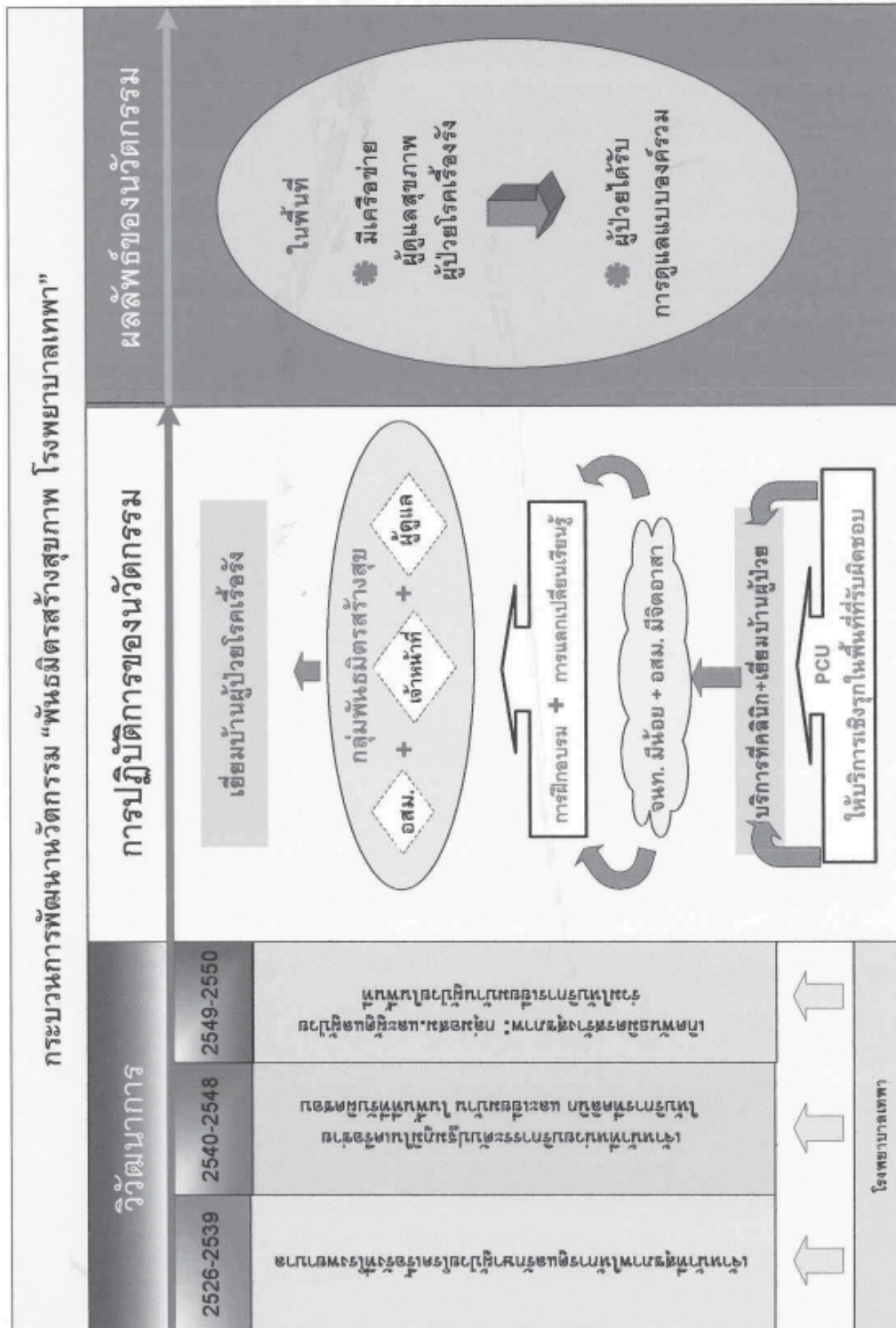
การพัฒนาคุณภาพระบบบริการสาธารณสุขเชิงรุก การสร้างเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นนโยบายสำคัญในการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังของคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลเทพาที่ผ่านมา พบว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในเครือข่ายฯ ไม่สามารถให้การดูแลที่ต่อเนื่องได้ เพราะจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่มีน้อยไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นทุกปีทางคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว ได้เล็งเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเกิดแนวคิดให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว โดยพัฒนาโครงการนวัตกรรมเครือข่ายบริการฯ “พันธมิตรสร้างสุขภาพ” ขึ้น โดยมีกระบวนการดำเนินงานดังนี้

1. การสร้างทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล (home health care team) ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทีมวางแผนไทย เกษัชกร เจ้าหน้าที่ประจำ PCU เพื่อเป็นที่ปรึกษาและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการออกแบบการคัดกรองและดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

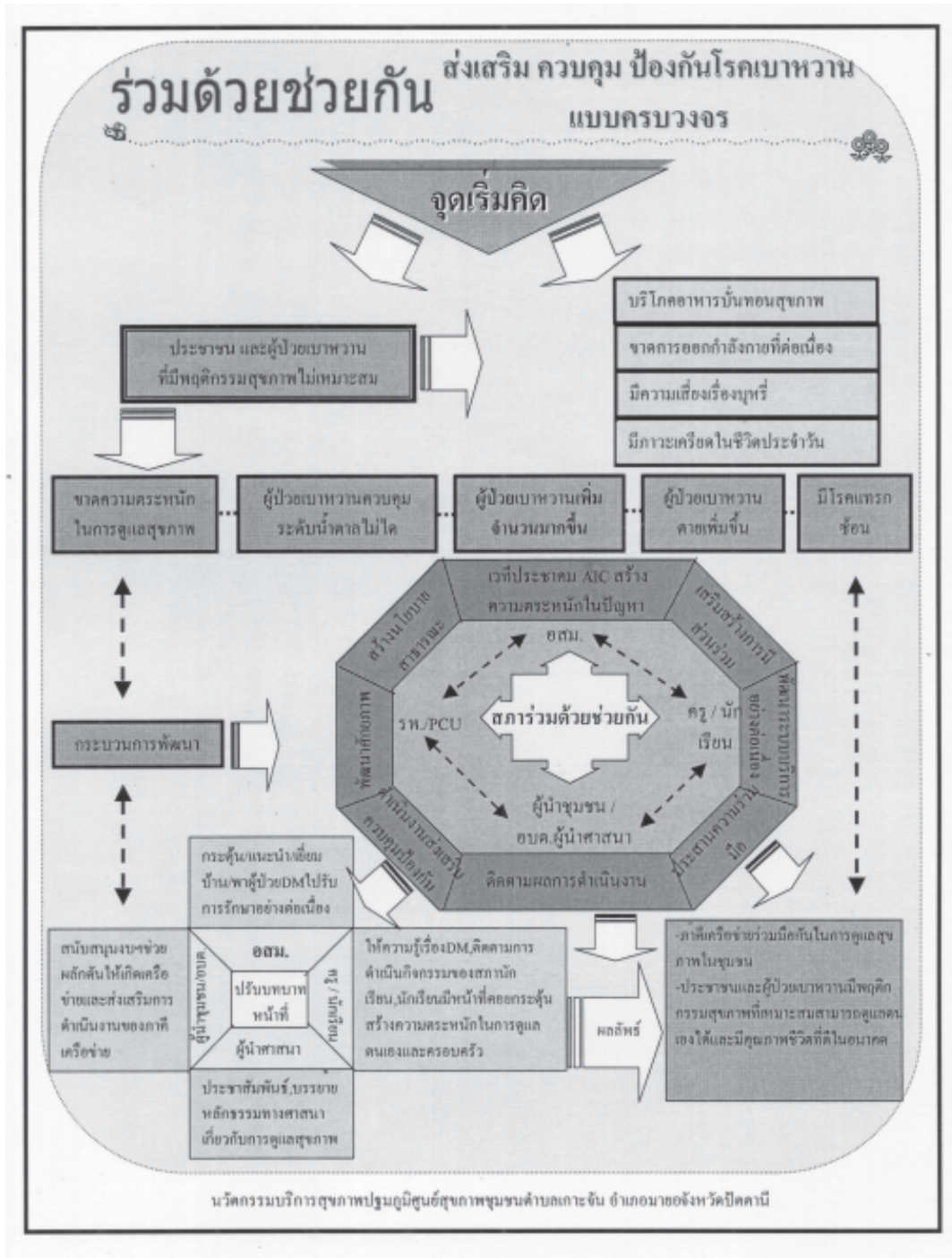
2. การสร้างความตระหนักเรื่องสุขภาพในกลุ่มพันธมิตรเป้าหมาย โดยการให้ข้อมูลสุขภาพของชุมชนแก่เทศบาล ชมรมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้ป่วย และกลุ่ม อสม. เพื่อรับสมัครผู้ร่วมเป็นพันธมิตรโดยความสมัครใจ (จิตอาสา)

3. การสร้างกลุ่มเครือข่ายพันธมิตรสร้างสุข โดยใช้การอบรมให้ความรู้ และสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการตรวจคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้แก่กลุ่มพันธมิตร โดยแบ่งความรับผิดชอบเฉลี่ย 4-5 คนต่อหนึ่งหมู่บ้าน สำหรับบทบาทภาคีที่เกี่ยวข้องมีดังตาราง

องค์กร/ภาคี	บทบาท
เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน	<ol style="list-style-type: none"> 1. นำเสนอข้อมูลสุขภาพของชุมชนแก่ อสม. เทศบาล ชมรมผู้สูงอายุ 2. ริเริ่มรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยชุมชนมีส่วนร่วม 3. ออกแบบคู่มือการเยี่ยมบ้านของกลุ่มพันธมิตร 4. อบรม ให้ความรู้ การใช้คู่มือการเยี่ยมบ้าน และประเมินผล 5. ลงเยี่ยมบ้านพร้อมกลุ่มพันธมิตร
กลุ่ม อสม.	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาสัมพันธ์ และประสานงานในกลุ่มพันธมิตรโครงการ 2. ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วย 3. สนับสนุนงบประมาณในการซื้อเครื่องวัดความดันและเครื่องชั่งน้ำหนัก
ทีม HHC ของรพ.	ให้คำปรึกษาและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ชมรมผู้สูงอายุ	บริจาคเครื่องตรวจเบาหวาน



**แนวทางปฏิบัติที่ดี การส่งเสริม ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวานแบบ
ครบวงจร PCU ตำบลเกาะจัน จังหวัดปัตตานี**



บทที่ 5

การส่งเสริมสุขภาพ ในผู้ป่วยเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องการการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องจากผู้ให้บริการทุกประเภท จากสถานพยาบาลทุกระดับ รวมถึงที่บริการที่บ้านและในชุมชน บุคลากรฝ่ายต่างๆ ต้องร่วมมือกัน รวมทั้งต้องร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดผลการดูแลที่ดีที่สุด ในวัฒนธรรมการบริโภคของคนไทยโดยเฉพาะชาวมุสลิมนั้น ส่วนใหญ่ชอบทานอาหารหวานจัด ซึ่งทำให้คุณระดับน้ำตาลในเลือดได้ยาก บางส่วนชอบทานอาหารเค็มและมันทำให้ยากต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและอัมพาต ผู้ชายมุสลิมส่วนใหญ่สูบบุหรี่ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของปอดในระยะยาว เกิดโรคถุงลมโป่งพองตามมา เกิดภาวะแทรกซ้อนทางโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น สำหรับในกลุ่มผู้หญิงนั้นด้วยข้อจำกัดในการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับหลักปฏิบัติทางศาสนาทำให้ภาวะอ้วนนั้นพบเห็นได้ทั่วไปในหญิงวัยกลางคน

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนอกจากต้องการการใช้ยาที่เหมาะสมกับโรคตามหลักวิชาการแล้ว การให้สุขศึกษาและสนับสนุนให้ผู้ป่วยหรือญาติจัดการตนเองได้จึงเป็นเรื่องสำคัญมาก พฤติกรรมการจัดการตนเองที่สำคัญ 7 เรื่อง ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกาย อาหาร ยา การเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การแก้ปัญหาเป็นเมื่อเจ็บป่วย การลดความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน และการปรับตัวดำเนินชีวิตอยู่กับเบาหวานได้

การบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน^{14,63}

ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานอาหารที่มีทั้งชนิดและปริมาณเหมาะสม ตรงเวลา อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย สอดคล้องกับการใช้แรงงานและยาที่แพทย์กำหนดให้ รวมถึงมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนักตัว ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือดด้วย ผู้ป่วยทุกคนจึงควรสนใจและพยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกชนิดและปริมาณอาหารที่เหมาะสม สามารถเปลี่ยนอาหารได้หลากหลายเพื่อหลีกเลี่ยงความซ้ำซากจำเจ และให้มีความสุขในการรับประทานอาหารมากขึ้น โดยสลับเปลี่ยนหมุนเวียนในอาหารหมู่เดียวกันในปริมาณที่มีพลังงานเทียบเท่ากัน

ประเภทของอาหารเบาหวาน

ประเภทที่ 1 ห้ามรับประทาน เป็นอาหารกลุ่ม simple sugar ซึ่งดูดซึมง่าย เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง ลังขยา นมข้นหวาน น้ำอัดลม น้ำเชียว น้ำแดง น้ำเกลือแร่ น้ำผลไม้ (ยกเว้นน้ำมะเขือเทศ) ชา กาแฟที่ใส่น้ำตาล นมข้นหวาน ครีมเทียม (แนะนำให้ใช้น้ำตาลเทียม aspartame ชื่อการค้าว่าอีควอล (Equal) หรือนมจืดพร่องไขมันแทน)

ประเภทที่ 2 รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักกาด ผักคะน้า ถั่วฝักยาว ถั่วงอก ทำเป็นอาหาร เช่น ต้มจืด ยำ สลัด ผัดผัก เป็นต้น เนื่องจากอาหารเหล่านี้ มีพลังงานต่ำนอกจากนั้นยังมีกากอาหารที่เรียกว่าไฟเบอร์ ทำให้การดูดซึมน้ำตาลช้าลง และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารลดลงได้

ประเภทที่ 3 รับประทานได้แต่เลือกชนิด ได้แก่ อาหารพวกแป้ง (คาร์โบไฮเดรต) อาหารแป้งสามารถรับประทานได้พอสมควร ถ้าผู้ป่วยไม่อ้วนมาก เนื่องจากลดอาหารจำพวกแป้ง ทำให้ต้องเพิ่มอาหารพวกไขมัน ซึ่งอาจเป็นผลให้ระดับไขมันสูง และเพิ่มเนื้อสัตว์ทำให้หน้าที่ของไตเสียไปเร็วขึ้น แต่ควรเลือกชนิดที่ดี คือ ไฟเบอร์สูงและไกลซีมิกอินเดกซ์ต่ำ ไกลซีมิกอินเดกซ์เป็นการวัดการดูดซึมอาหารเปรียบเทียบกับอาหารมาตรฐาน เช่น อาหารประเภทแป้งใช้ข้าวเจ้าเป็นมาตรฐาน มีค่าเท่ากับ 100 ถ้าค่ามากกว่า 100 แสดงว่าดูดซึมได้มากกว่าข้าวเจ้า

ตาราง แสดงปริมาณไฟเบอร์ในอาหารประเภทต่างๆ

ไฟเบอร์สูง	ไฟเบอร์ปานกลาง	ไฟเบอร์น้อย
แอปเปิ้ล ฝรั่ง ข้าวโพดอ่อน ถั่วแระ ถั่วฝักยาว แพร่ ถั่วเขียว แครอท อาหารซีเรียล เม็ดแมงลัก	ขนมปังโฮลวีท มะกะโรนี ตะขบ กระหล่ำปลี น้อยหน่า สပါเกตตี ข้าวแดง (ซ้อมมือ) ข้าวโพดต้ม พุทรา	ข้าว ขนุน ลิ้นจี่ ชมพู องุ่น มะม่วง ละครุด ลำไย กัลย แตงโม แตงไทย มะปราง ส้ม คอร์นเฟลค

ตาราง แสดงค่าไกลซีมิกอินเดกซ์ในอาหารประเภทต่างๆ

อาหารประเภทแป้ง (ใช้ข้าวเจ้าเป็นมาตรฐาน)	ผลไม้ไทย (ใช้น้ำตาลกลูโคสเป็นมาตรฐาน)
ขนมปังขาว = 110 ข้าวเหนียว = 106 กล้วยเตี้ยเส้นใหญ่ = 76 เส้นหมี่ บะหมี่ = 75 มะกะโรนี สပါเกตตี = 64-67 วุ้นเส้น = 63	ทุเรียน = 62.4 ลำไย = 57.2 องุ่น = 53.1 สับปะรด = 62.4 ส้ม = 55.6 มะม่วง = 47.5 มะละกอ = 40.6 กัลย = 38.6

การคำนวณพลังงานที่ควรได้รับ

อาหารต่อวันนั้น ผู้ป่วยเบาหวานต้องการปริมาณอาหารประมาณ 20-45 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัวมาตรฐาน ขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัวและกิจกรรมประจำวัน เช่น ถ้าน้ำหนักตัวน้อยควรให้อาหารมากขึ้นเพื่อเพิ่มน้ำหนักให้อยู่เกณฑ์มาตรฐานในขณะที่ถ้าอ้วนควรให้อาหารน้อยลง เพื่อลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

ตาราง แสดงปริมาณพลังงานที่ต้องการต่อวันในผู้ป่วยเบาหวาน
(หน่วยเป็นกิโลแคลอรี / น้ำหนักตัวมาตรฐาน) ¹⁴

กิจวัตรประจำวัน	น้ำหนัก		
	อ้วน	ปกติ	ผอม
น้อย	20	25	30
ปานกลาง	25	30	35
มาก	35	40	45

การคำนวณน้ำหนักตัวมาตรฐาน

ผู้ชาย = (ส่วนสูงเป็น ซม.-100) 0.9 หน่วยเป็นกิโลกรัม

ผู้หญิง = (ส่วนสูงเป็น ซม.-100) 0.8 หน่วยเป็นกิโลกรัม

เช่น ผู้หญิงรายหนึ่งรูปร่างอ้วน สูง 160 ซม. กิจกรรมออกแรงน้อย จะต้องการพลังงานต่อวัน เท่ากับ $(160 - 100) \times 0.8 \times 20 = 960$ กิโลแคลอรี เท่านั้น

การจัดอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

สัดส่วนของอาหารเบาหวานควรมี คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน เท่ากับ 55 : 15 : 30 โดยมีสัดส่วนไขมันไม่อิ่มตัวชนิดพอลิ : ไขมันไม่อิ่มตัวชนิดโมโน : ไขมันชนิดอิ่มตัว เท่ากับ 1 : 1 : 1 และปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารต่ำกว่า 300 มก. / วัน เพื่อให้สะดวกต่อการให้ความรู้ผู้ป่วยจึงใช้คำนวณจากตารางอาหาร (food exchange) หรือกะโดยประมาณให้มีสัดส่วนดังนี้ คือ

หมวดนม	วันละ 2 - 3 ส่วน
หมวดเนื้อสัตว์	วันละ 2 - 3 ส่วน
หมวดข้าวและแป้ง	วันละ 6 - 11 ส่วน
หมวดผัก	วันละ 3 - 5 ส่วน
หมวดผลไม้	วันละ 2 - 4 ส่วน
หมวดไขมัน ครีม ของหวาน	ทานให้น้อยที่สุด

หมวดที่ 1 นม

ก. นมสด 1 ส่วน ให้พลังงาน 170 กิโลแคลอรี

ได้แก่ นมสด นมเปรี้ยวหรือนมโยเกิร์ต (ไม่เติมรส) 1 ถ้วย 240 มิลลิลิตร

ข. นมพร้อมไขมัน 1 ส่วน ให้พลังงาน 125 กิโลแคลอรี

ได้แก่ นมพร้อมไขมัน โยเกิร์ตที่ทำจากนมพร้อมไขมัน 240 มิลลิลิตร

หมวดที่ 2 เนื้อสัตว์

ก. เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ 1 ส่วน ให้พลังงาน 55 กิโลแคลอรี

ได้แก่ เนื้อวัว เนื้อเป็ดไม่ติดมัน เนื้อปลา กุ้ง หอยลาย ในปริมาณ 30 กรัม (2 ช้อนโต๊ะ)

ข. เนื้อสัตว์ไขมันปานกลาง 1 ส่วน ให้พลังงาน 73 กิโลแคลอรี

ได้แก่ เนื้อหมู เครื่องในหมู ในปริมาณ 30 กรัม

ไข่ไก่ ไข่เป็ด ในปริมาณ 50 กรัม (1 ฟอง)

ค. เนื้อสัตว์ไขมันสูง 1 ส่วน ให้พลังงาน 100 กิโลแคลอรี

ได้แก่ หมูติดมัน ซีโรงหมู เนยแข็ง ไส้กรอก แฮมติดมัน ปริมาณ 30 กรัม

หมวดที่ 3 ข้าวและแป้ง

1 ส่วน มีพลังงาน 68 กิโลแคลอรี

ได้แก่ ข้าวสุก 1 / 2 ถ้วยตวง ขนมปังปอนด์ 1 แผ่นใหญ่

ก๋วยเตี๋ยว 1 / 2 ถ้วยตวง ขนมจีน 2 จีบ วุ้นเส้นแช่น้ำ 1 / 2 ถ้วยตวง

หมวดที่ 4 ผัก

ประเภท ก. มีคาร์โบไฮเดรตน้อยมาก ไม่ต้องนำมาคำนวณ

ได้แก่ ผักกาดหอม, ผักกาดขาว, ผักบุ้งจีน, ผักกวางตุ้ง, ผักตำลึง, แตงกวา, ฟักเขียว, แตงร้าน, บวบ, น้ำเต้า, สายบัว

ประเภท ข. มีคาร์โบไฮเดรต 1 ส่วนมีปริมาณ 100 กรัม

ให้พลังงาน 28 กิโลแคลอรี ได้แก่ ถั่วฝักยาว ถั่วลันเตา ดอกกะหล่ำ

หอมหัวใหญ่ บรอกโคลี ใบชีเหล็ก ดอกกุยช่าย ชะอม พริกหวาน สะเดา

แครอท สะตอ เห็ด ผักกระเฉด ข้าวโพดอ่อน ฟักทอง มะเขือเทศ

หมวดที่ 5 ผลไม้

ผลไม้ 1 ส่วน ให้พลังงาน 40 กิโลแคลอรี

ได้แก่ กล้วยน้ำว้าสุก 1 ผลเล็ก กล้วยหอม 1 / 2 ผล

ส้มเขียวหวาน 1 ผลกลาง มะละกอสุก 6 ชิ้นคำ สับปะรด 6 ชิ้นคำ

แตงโม 10 ชิ้นคำ แคนตาลูป 8 ชิ้นคำ มะม่วง 1 / 2 ผล พุทรา 2 ผล

องุ่น 10 - 12 ผล เงาะ 3 ผล ละครุด 1 ผล มังคุด 2 ผล ลางสาด 5 - 6 ผล

ฝรั่ง 1 / 2 ผล ลำไย 6 ผล ลิ้นจี่ 3 ผล ทูเรียน 1 เม็ดเล็ก

หมวดที่ 6 หมวดไขมัน

ไขมัน 1 ส่วน มีพลังงาน 45 กิโลแคลอรี ได้แก่ น้ำมันพืช

เนยหรือมาการีน 1 ช้อนชา น้ำสลัดใส 1 ช้อนโต๊ะ น้ำสลัดข้น 1 ช้อนชา

ครีม 1 ช้อนโต๊ะ กะทิ 1 ช้อนโต๊ะ

การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน⁶⁴⁻⁶⁶

การออกกำลังกายมีประโยชน์หลายประการ ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด ความดันโลหิต เพิ่มสมรรถนะของหัวใจและหลอดเลือด รักษารูปร่างให้ได้สัดส่วน แต่การออกกำลังกายต้องมีความพอดี เพราะหากออกมากเกินไปอาจทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือในบางครั้งหากขณะนั้นมีภาวะขาดอินซูลิน อาจกระตุ้นให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจนมี ketoacidosis ได้ ก่อนให้ผู้ป่วยเริ่มออกกำลังกาย ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินจากแพทย์เพื่อดูสมรรถภาพร่างกายและภาวะแทรกซ้อนเพื่อการออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมในแต่ละคน เช่น ผู้ที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรเว้นการออกกำลังกายหนัก ผู้ที่มีข้อประสาทตาเสื่อม ควรงดการออกกำลังกายที่ต้องมีการกระทบกระแทกใบหน้า การเบ่งออกแรงหนักๆ ผู้ที่มีปัญหาเสียวความรู้สึกที่เท้า ควรเว้นการย่ำด้วยเท้านานๆ เพราะจะเสี่ยงต่อการเกิดแผลได้ อาจเสี่ยงไปออกกำลังกายด้วยการว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน หรือออกกำลังกายแขนแทน

โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ควรมีการเตรียมตัวก่อนออกกำลังกายดังนี้ เริ่มด้วยการอุ่นเครื่อง Warm up phase ก่อนโดยการเดินเบาๆ 5-10 นาที เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจ ปลอดภัย เตรียมพร้อม หลังจากนั้นต่อด้วยการทำ muscle stretching อีก 5-10 นาที แล้วค่อยออกกำลังกาย ความนาน 15 นาที ถึง 30 นาที/ครั้ง ปิดท้ายด้วยการเบาเครื่อง

Cool down phase 5-10 นาที ควรทำอย่างสม่ำเสมอ 3-4 ครั้ง / สัปดาห์ ส่วนรูปแบบของการออกกำลังกาย แล้วแต่ความชอบหรือตามบุคลิก เช่น ถ้าชอบสังคมาออกไปเดิน แอโรบิคตามสวนสาธารณะ ชอบเจียบๆ อาจออกกำลังกายในบ้าน ใช้อย่างยืดเพื่อสุขภาพ วิ่งหรือเดินตามสวนสาธารณะ ชอบแข่งขันอาจเล่นกีฬาประเภท ปิงปองหรือแบดมินตัน

การปรับรูปแบบการออกกำลังกายให้สอดคล้องกับชุมชน

ในปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายต่างๆ ออกมาหลากหลาย ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงได้รับการยอมรับจากชุมชนมากขึ้น โดยเฉพาะในบริบทของชาวมุสลิม การออกกำลังกายแอโรบิคประกอบเสียงดนตรีอาจไม่ได้รับการยอมรับจากผู้นำศาสนา ทำให้สตรีมุสลิมมีทางเลือกในการออกกำลังกายน้อยต่อไปนี้เป็นตัวอย่างดีๆ ของการนำเอาศิลปะ วัฒนธรรมของชาวมุสลิมท้องถิ่น “ดาระ” “รองเง็ง” ที่มีทำที่สวยงาม ปฏิบัติแล้วได้สัดส่วนของร่างกาย มาพัฒนาให้เข้ากับหลักวิทยาศาสตร์การศึกษา ปรับเปลี่ยนเป็นทำการออกกำลังกายแบบประยุกต์ ทำให้คนที่ไม่เคยออกกำลังกายเพราะข้อจำกัดทางศาสนาสามารถออกกำลังกายได้ ส่วนคนที่เคยออกกำลังกายอยู่แล้วก็ออกได้สม่ำเสมอขึ้น ไม่ซ้ำซากจำเจ อยากออกเพราะนึกถึงความสนุกในอดีตที่ไม่ค่อยได้เห็นมานานแล้ว

โครงการอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้าน “ดาระ” สานสายใยสู่ชุมชน (PCU ควนโดน)

นวัตกรรมฟื้นฟู “ดาระ” ศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านสู่การออกกำลังกายของศูนย์สุขภาพชุมชนควนโดน เริ่มจากที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามและพบว่าผู้หญิงหลังแต่งงานแล้วมักมีน้ำหนักเกิน สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการขาดการออกกำลังกายเพราะรูปแบบการออกกำลังกายที่มีอยู่ไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มชาวมุสลิมและผู้ที่เคร่งครัดต่อการปฏิบัติตามหลักศาสนา ในขณะที่เดียวกันศิลปะการแสดงพื้นบ้าน “ดาระ” ซึ่งเป็นการละเล่นของชาวมุสลิมที่เคยเป็นที่นิยมแพร่หลายในจังหวัดสตูล เมื่อ 3-4 ชั่วโมงคนกำลังจะสูญหายไป จึงได้มีแนวคิดในการนำวัฒนธรรมพื้นบ้านดาระมาประยุกต์เป็นการออกกำลังกายในรูปแบบดาระบิค โดยให้เข้ากับหลักวิทยาศาสตร์การศึกษาและได้มาตรฐานการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

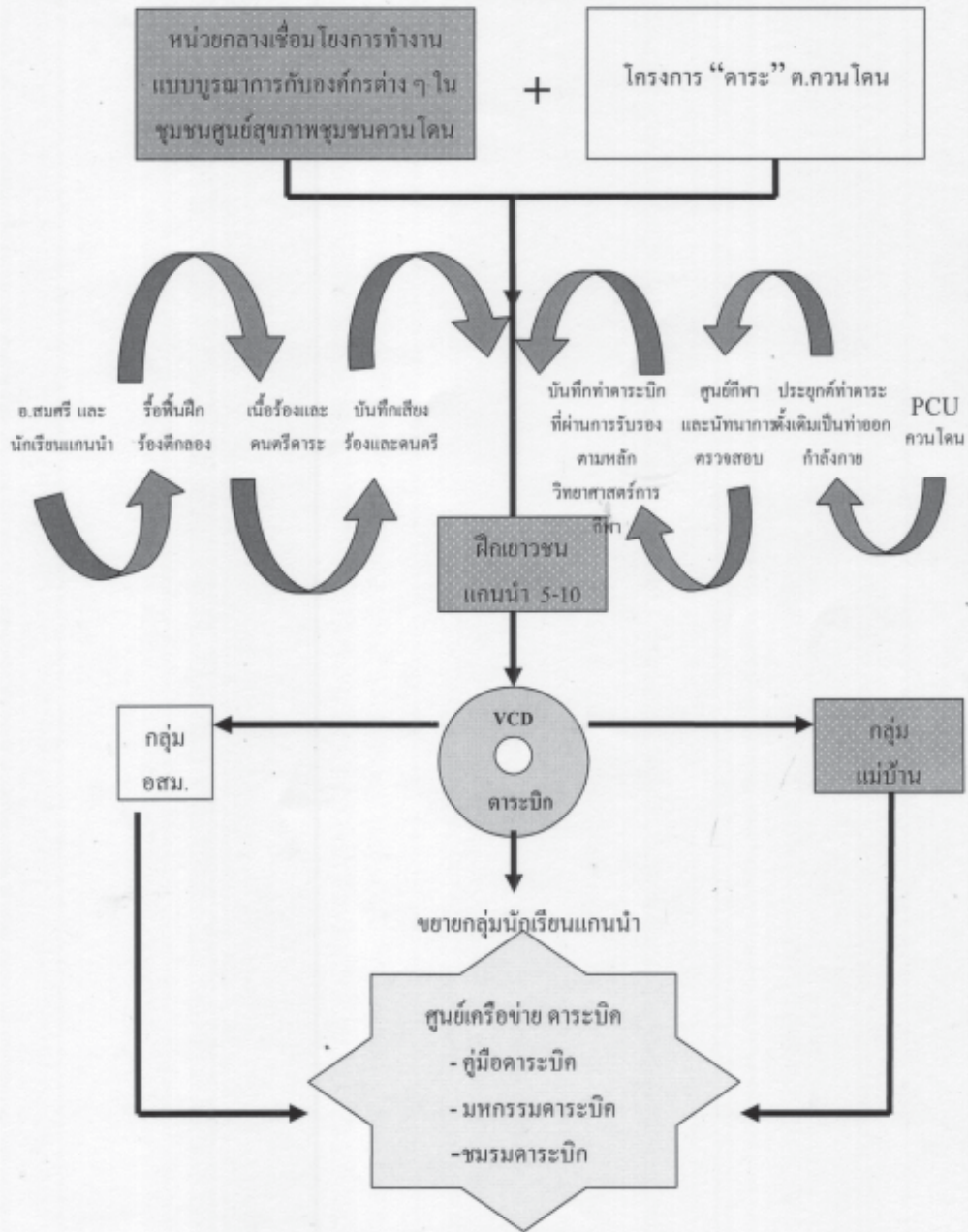
การดำเนินโครงการนี้ได้สะท้อนเห็นถึงกลไกการร่วมมือกันของกลุ่มต่างๆ ในชุมชนเพื่อ สร้างรูปแบบการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน โดยมีภาคี 7 กลุ่ม คือ PCU ควนโดน อาจารย์สมศรี (ครูผู้สืบทอด) นักเรียนโรงเรียนควนโดนวิทยา ศูนย์กีฬาและนันทนาการ อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มแม่บ้านและปราชญ์ชาวบ้าน ผู้นำศาสนา โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเปิดเวทีพูดคุยแนวทางการดำเนินงาน
2. ค้นหาศักยภาพของชุมชน โดยสำรวจข้อมูลพื้นฐานการออกกำลังกายในพื้นที่
3. พัฒนาองค์ความรู้ โดยพัฒนาทำการออกกำลังกาย ทดสอบจนได้การรับรองมาตรฐาน จัดค่ายและฝึกทักษะแก่กลุ่มแกนนำ
4. สร้างแรงจูงใจและเผยแพร่ โดยผลิตสื่อออกเผยแพร่สู่กลุ่มแกนนำและผู้สนใจในชุมชนใกล้เคียง
5. สร้างเครือข่ายการออกกำลังกายดาระบิคในชุมชน โดยจัดตั้งศูนย์เครือข่าย และชมรมสร้างสุขภาพดาระบิค
6. กระบวนการพัฒนาข้อตกลงระดับพื้นที่ เพื่อให้การคงอยู่ของนวัตกรรมดาระบิคอย่างต่อเนื่อง ต้องมีการส่งข้อมูลให้ผู้นำศาสนาทราบและนัดพบกลุ่มแกนนำทุกเดือน เพื่อทบทวนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์และบรรจุเข้าเป็นกิจกรรมของโรงเรียน

ผลลัพธ์ของโครงการ คือ “นวัตกรรมรูปแบบการออกกำลังกายดาระบิค” ที่พร้อมใช้ และนำไปปฏิบัติได้จริงในพื้นที่ เป็นการออกกำลังกายที่ทุกกลุ่มอายุสามารถทำได้ กลุ่มแกนนำ ประชาชนทั่วไป หรือแม้แต่กลุ่มที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ โดยไม่มีส่วนขัดกับหลักศาสนา สามารถลดกระแสต่อต้านจากสังคม จึงมีมติชุมชนให้ดาระบิคแทรกเข้าสู่วัฒนธรรมสมัยใหม่ โดยเน้นเชิงอนุรักษ์ และประยุกต์เข้าไปใช้ในการออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งเป็นต้นแบบของการสร้างรูปแบบการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับวิถีชุมชนที่พร้อมให้เครือข่ายต่างๆ เข้ามาร่วมเรียนรู้

แนวปฏิบัติที่ดี โครงการอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้าน “ดาระ” สานสายใยสู่ชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล

“รูปแบบการออกกำลังกายที่มี เช่น แอโรบิก รำไม้พลอง ไทเก๊ก ไม่ได้รับการยอมรับเพราะคิดว่าขัดกับหลักศาสนา จะทำอย่างไรให้ชาวควนโดนได้มีกิจกรรมออกกำลังกายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตตนเอง ”



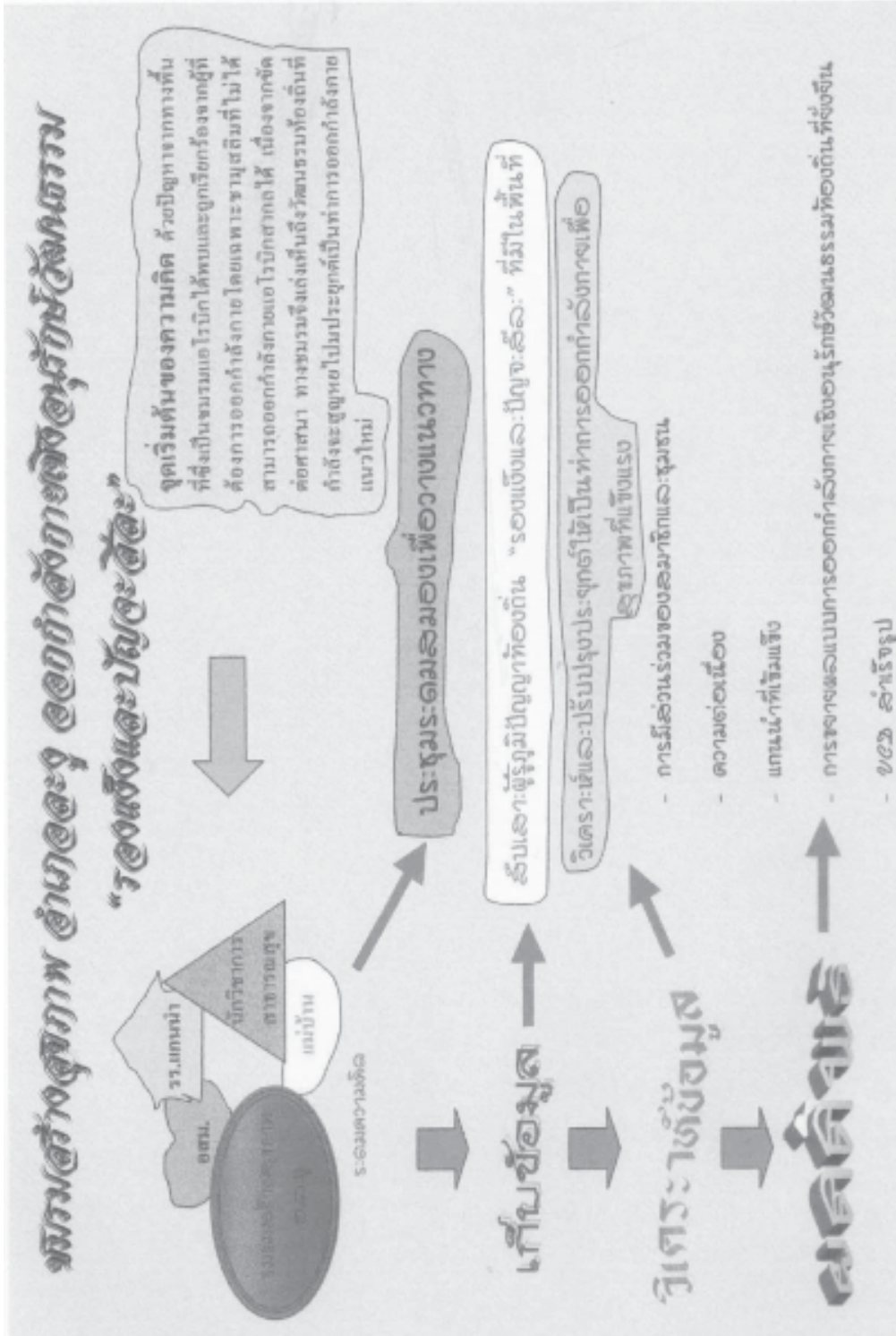
การออกกำลังกายเชิงอนุรักษ์วัฒนธรรมท้องถิ่นร่องเง็ง (ชมรมสร้างสุขภาพอำเภอละงู)

เป็นที่ยอมรับกันว่า การออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งที่คนรักสุขภาพจำเป็นต้องปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน นอกจากร่างกายที่แข็งแรงแล้ว ยังช่วยบรรเทาโรคอ้วน ความดัน เบาหวาน และทำให้จิตใจร่าเริงแจ่มใสอีกด้วย ชมรมสร้างสุขภาพอำเภอละงู จังหวัดสตูล ได้เล็งเห็นปัญหาที่คนในพื้นที่ร้อยละ 90 เป็นมุสลิมและมีข้อจำกัดในการออกกำลังกายตามแนวสมัยใหม่ จึงได้นำวัฒนธรรมของชาวมุสลิมท้องถิ่น “ร่องเง็ง” ที่มีท่าที่สวยงาม ปฏิบัติแล้วได้สัดส่วนของร่างกาย มาพัฒนาปรับเปลี่ยนเป็นท่าการออกกำลังกายแบบประยุกต์

การดำเนินโครงการอาศัยผู้รับผิดชอบที่ทำงานในพื้นที่ต่อเนื่องมานานทำให้รู้ปัญหาและเข้าใจบริบทชุมชนได้ดีประสานการทำงานกับชมรมสร้างสุขภาพซึ่งประกอบด้วย อสม. นักเรียนเยาวชน ประชาชนที่สนใจต่อการสร้างเสริมสุขภาพอยู่แล้ว ร่วมกับปราชญ์ชาวบ้าน ศิลปินท้องถิ่น มีสถานีนามัย โรงพยาบาล โรงเรียน อบต. และผู้นำศาสนา เป็นกลุ่มหนุนเสริม โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ให้ชุมชนมีส่วนร่วม โดยเปิดเวทีขอความเห็นเรื่องการอนุรักษ์วัฒนธรรมท้องถิ่น “ร่องเง็ง” และนำมาพัฒนาให้เหมาะกับการออกกำลังกาย
2. ค้นหาภูมิปัญญาท้องถิ่นคือ ผู้รู้ด้าน “ร่องเง็ง” นำมาพัฒนาท่าการออกกำลังกายที่เข้ากับดนตรี ทดสอบจนได้รับรองมาตรฐานทั้งหมด 9 เพลง รวม 30 นาที
3. จัดฝึกทักษะกลุ่มแกนนำ พร้อมสร้างแรงจูงใจชักชวนผู้มาออกกำลังกายเพิ่ม โดยจัดทำสื่อชุดออกกำลังกายเพื่อเผยแพร่ มีกิจกรรมการตรวจสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเสริม จนเกิดเป็นเครือข่ายการออกกำลังกายในท้องถิ่น และชุมชนใกล้เคียง
4. เพื่อการคงอยู่ของนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง จึงมีการส่งข้อมูลการดำเนินการ พัฒนานวัตกรรมให้ผู้นำศาสนาทราบ พยายามให้เยาวชนเข้ามามีกิจกรรม โดยบรรจุเป็นกิจกรรมของโรงเรียน

ผลลัพธ์โครงการ คือ “นวัตกรรมรูปแบบการออกกำลังกายแบบร่องเง็ง” ที่นำไปปฏิบัติได้ในพื้นที่ เป็นการออกกำลังกายที่ทุกกลุ่มอายุสามารถทำได้ ทั้งสตรี ผู้สูงอายุ และเยาวชนมุสลิม รวมถึงกลุ่มที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ นอกจากนี้ยังสามารถทำให้ผู้นำศาสนา ยอมรับ ผู้ปฏิบัติซึ่งส่วนใหญ่เป็นมุสลิมเกิดความประทับใจและมีความสุขทุกคน ทำให้เกิดศูนย์เครือข่ายการออกกำลังกายที่ยั่งยืนและมั่นคงในท้องถิ่น



การดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน³²

การเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานนั้นเป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นได้ง่าย แต่สามารถป้องกันได้โดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลรักษาเท้าโดยปฏิบัติดังนี้

- ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดี
- ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- งดการสูบบุหรี่
- เลือกใช้รองเท้าที่ถูกต้องเหมาะสม รองเท้าต้องช่วยให้น้ำหนักตัวกระจายลงทั่วๆ เท้า ด้านบนต้องนุ่มทำด้วยหนังไม่คับหรือหลวมจนเกินไป อาจเปลี่ยนเป็นรองเท้าที่มีขนาดใหญ่ขึ้นในตอนบ่าย รองเท้าคู่ใหม่ควรใส่ไม่เกิน 2 ชม. ในวันแรก ตรวจสอบสภาพรองเท้าทุกครั้งก่อนว่ามีเศษกรวดหรือตะปูอยู่ในรองเท้าหรือไม่
- ต้องดูแลรักษาเท้าอย่างดีทุกวัน โดยตรวจดูเท้าทุกวันว่ามีอาการบวม ปวด มีแผล รอยข้ำ เปลี่ยนสี หรือมีตุ่มพอง ตรวจทั่วทั้งฝ่าเท้า ส้นเท้า ซอกระหว่างนิ้ว และรอบเล็บ เมื่อพบความผิดปกติควรปรึกษาแพทย์ทันที
- ใส่ถุงเท้าที่ทำด้วยผ้าฝ้ายนุ่ม ไม่รัดมาก เปลี่ยนถุงเท้าทุกวันเพื่อไม่ให้อับชื้น และควรสวมใส่ถุงเท้าด้วยทุกครั้งที่สวมรองเท้า
- ให้ทาครีมบางๆ เพราะถ้าผิวแห้งอาจทำให้คัน มีการเกาเกิดรอยแตกติดเชื้อได้ง่าย
- การล้างเท้า ไม่ควรใช้น้ำร้อนเกิน 37 องศา เพราะประสาทรับความรู้สึกไม่ดี น้ำอาจร้อนจนพองได้ ควรใช้สบู่อ่อนๆ ล้างเท้า การแช่น้ำก่อนตัดเล็บทำให้ตัดเล็บได้ง่ายขึ้น แต่ไม่ควรแช่นานเกินกว่า 5 - 10 นาที เพราะจะทำให้ผิวหนังเปื่อยเกิดเป็นแผลได้
- ต้องเช็ดเท้าให้แห้งสนิทเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณซอกนิ้วเท้า
- ไม่ควรเดินเท้าเปล่า เพราะอาจเหยียบของมีคมได้ ซึ่งจะทำให้เกิดแผลที่เท้า
- การตัดเล็บเท้า ควรแช่เท้าในน้ำอุ่นให้เล็บนิ่มเพื่อตัดง่าย อย่าตัดจนสั้นเกินไป อย่าตัดเล็บโค้งเข้ามุกเล็บ หรือตัดลึกมากเพราะจะเกิดแผลได้ง่าย ถ้าสายตามองไม่ชัด ควรให้ผู้อื่นตัดเล็บให้ ในการใช้ตะไบเล็บเท้าที่หนาผิดปกติ ให้ตะไบไปทางด้านเดียวกันไม่ควรย้อนไปมาเพื่อป้องกันการเสียดสีผิวหนังรอบเล็บ
- การบริหารเท้า ช่วยทำให้การหมุนเวียนเลือดที่เท้าดีขึ้น
- กรณีเกิดบาดแผลขึ้น ต้องรีบทำการรักษาโดยเร็วที่สุด

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน⁶⁷

โดยทั่วไปการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานครอบคลุมหัวข้อที่สำคัญ 7 - 8 เรื่อง ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคเบาหวาน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การทานยา การเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง การแก้ปัญหา ลดความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนโดยเฉพาะการดูแลเท้า และการปรับตัวดำเนินชีวิตอยู่กับเบาหวาน อย่างไรก็ตามควรเป็นการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ การสอนความรู้เพียงอย่างเดียวไม่มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลลัพธ์ของการให้ความรู้จึงต้องดูทั้งความรู้ (What to do) ทักษะ (How to do it) ความมั่นใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติ (Want to do it) และทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาเพื่อเอาชนะอุปสรรค (Can do it) นอกจากนี้ยังมีผลลัพธ์ในระยะกลางที่ต้องดูที่พฤติกรรมเปลี่ยน ผลลัพธ์หลังระยะกลางดูที่ Clinical outcomes ส่วนผลลัพธ์ระยะยาวดูที่ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต เป็นต้น

มีตัวอย่างกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ มากมาย ทั้งการให้ความรู้รายบุคคล รายกลุ่ม รายชั้นเรียนหรือการเข้าค่ายกิจกรรม และการสอนผ่านสื่อต่างๆ แต่ละกิจกรรมมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามทุกกิจกรรมล้วนมีประโยชน์ เช่น ระดับน้ำตาลดีขึ้น ดัชนีมวลกายดีขึ้น รวมถึงให้ความสนใจที่จะไปพบแพทย์เพื่อการดูแลเท้ามากขึ้น

รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอก (PCU เมืองสงขลา)

บริบทศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสงขลา

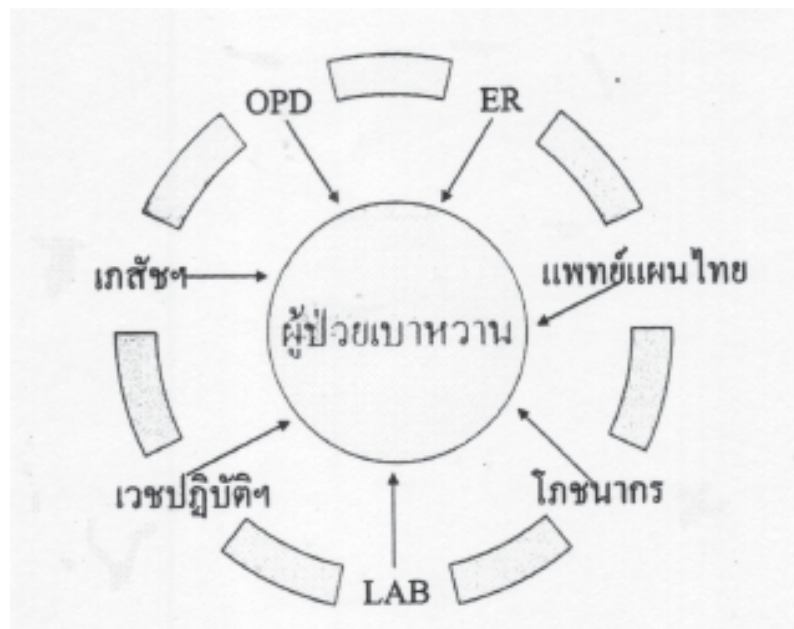
ตั้งอยู่ใจกลางเมืองในเขตเทศบาลเมืองสงขลา แผนกผู้ป่วยนอก เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ มีบุคลากรที่แผนก ผู้ป่วยนอก 4 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 1 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน และทีมสนับสนุนจากห้องปฐมพยาบาล ซึ่งมีบุคลากรเป็นพยาบาลวิชาชีพ คลินิกแพทย์แผนไทย เปิดให้บริการตรวจรักษา 08.00 - 16.00 น.ทุกวัน ไม่มีวันหยุดราชการ เปิดบริการห้องปฐมพยาบาลนอกเวลาราชการ 16.00-20.00 น.ทุกวัน

กลุ่มเป้าหมาย

ได้จัดทำทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรังขึ้นโดยแยกตามเขตพื้นที่รับผิดชอบ แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ

1. ผู้ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสงขลา ใช้สีชมพูเป็นสัญลักษณ์
2. ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองสงขลา แต่นอกเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสงขลา ใช้สีเขียวเป็นสัญลักษณ์
3. ผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตเทศบาลเมืองสงขลา ใช้สีเหลืองเป็นสัญลักษณ์

การจัดเตรียมทีม



ทีมสหวิชาชีพมาร่วมโครงการประชุมวางแผนการดำเนินงานด้วยกัน ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลจากแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลจากห้องปฐมพยาบาล แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว งานเวชปฏิบัติครอบครัว งานแพทย์แผนไทย เกษัชกร เจ้าหน้าที่ฝ่ายชันสูตรโรค และนักโภชนาการจากโรงพยาบาลสงขลา

ขั้นเตรียมการจัดตั้งหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

1. ด้านบุคลากร จัดเตรียมอัตรากำลัง
 - บุคลากรประจำมีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน
 - สรรหาลูกจ้างชั่วคราวประจำหน่วยดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
2. จัดเตรียมและซ่อมแซมสถานที่สำหรับทำกิจกรรม
3. จัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์ทั่วไป และวัสดุ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์
4. กำหนดวันเวลา บริการและประชาสัมพันธ์
 - คลินิกเบาหวาน วันพฤหัสบดี และวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น.
 - คลินิกความดันโลหิตสูง วันจันทร์ เวลา 13.00-16.00 น.
5. ทบทวนและปรับปรุงจัดทำมาตรฐานและคู่มือผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
6. พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสงขลา
 - จัดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ภายใน) เกี่ยวกับการดูแลโรคเรื้อรัง
 - อบรมดูงาน เช่น จากโรงพยาบาลเทพธารินทร์ ถือเป็นจุดเปลี่ยนแนวความคิดการดูแล
7. พัฒนาระบบบริการ
 - ระบบบริการตรวจรักษา
 - ระบบการบันทึกข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - ระบบนัดและติดตามผลการรักษาแบบสหวิชาชีพ
 - ระบบส่งต่อและรับการรักษาต่อ

การจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน

ให้บริการทุกวัน พุธ-ศุกร์ เวลา 07.00-12.00 น. โดยจัดรูปแบบดังนี้

ช่วงเวลา	กิจกรรม
07.00-07.30 น.	จะเปิดบริการเจาะเลือด โดยเจ้าหน้าที่ห้องชันสูตรโรค ให้บริการกลุ่มเรื้อรัง หลังจากตรวจเลือด พยาบาลจะชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต
07.30-08.00 น.	ให้บริการน้ำสมุนไพร และของว่าง
08.00-08.30 น.	ให้ความรู้ โดยมีหัวข้อหลัก 5 เรื่อง คือ 1. อาหาร โดยนักโภชนาการร่วมกับพยาบาลห้องปฐมพยาบาล รับผิดชอบ ใช้ชุด model อาหารสำเร็จรูป สอนหมวดหมู่อาหาร การกะประมาณอาหารแต่ละมื้อ สอนการทำอาหาร หุงข้าวกล้อง แล้วนำมาทานร่วมกัน 2. ยา เกสัชกรรับผิดชอบวิธีการใช้ยา DM ที่ถูกต้อง รวมถึงการใช้ อินซูลิน 3. โรค พยาบาลและแพทย์ รับผิดชอบชุดการสอน แพทย์จะมาให้ ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน พยาบาลสอนการ ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรค การตรวจและดูแลเท้า 4. ออกกำลังกาย งานเวชปฏิบัติครอบครัว เป็นผู้รับผิดชอบ 5. การดูแลทางเลือก งานแพทย์แผนไทยเป็นผู้รับผิดชอบ โดยจะ หมุนเวียนกันรับผิดชอบ คนละ 1 เดือน เพราะฉะนั้นหากเดือนนี้ พุดเรื่องอาหาร เดือนถัดไปจะพุดเรื่อง ยา ในทุกๆ วันที่ให้บริการ เป็นต้น
08.30-08.55 น.	จะจัดกิจกรรมออกกำลังกายหมุนเวียนระหว่าง รำไม้พลอง ฤกษ์ดีตัดตน
08.55-09.00 น.	แพทย์ลงตรวจ พยาบาลผู้รับผิดชอบและเจ้าหน้าที่สนับสนุนกลับมา ประจำจุดบริการ เมื่อพบผู้ป่วยที่มีปัญหาในการควบคุมโรคจะส่งผู้ป่วย ไปตามปัญหา เช่น ถ้าระดับน้ำตาลเกิน 200 จะส่งไปพบพยาบาลที่ ห้องปฐมพยาบาล ถ้ามีปัญหาเรื่องยาจะส่งปรึกษาเภสัชกร
09.00-12.00 น.	ให้บริการตรวจรักษาโรคคลินิกเบาหวาน

ชมรมคนอ่อนหวาน โรงพยาบาลหาดใหญ่

ความเป็นมา

ก่อนหน้านี้ทุกวันพฤหัสบดี งานสุขศึกษาจะไปร่วมจัดกิจกรรมคลินิกเบาหวาน โดยไปค้นหาสาเหตุกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ให้ความรู้เพื่อปรับพฤติกรรมต่างๆ ต่อมาปลายปี พ.ศ.2548 ได้จัดค่ายเบาหวานแบบไม่พักแรม 2 วัน พบว่าความรู้เนื้อหาสาระที่ต้องสอนผู้ป่วยให้ดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมีมาก ผลคือผู้ป่วยจะจำได้บ้างไม่ได้บ้าง ผู้ป่วยจะจำได้ในส่วนที่เน้นย้ำบางเรื่องเท่านั้นจึงจัดทำโครงการลดน้ำตาลให้หวานใจขึ้นโดยนัดผู้ป่วยจากคลินิกเบาหวานทำกิจกรรมทุกวันศุกร์โดยให้ญาติเข้าร่วมด้วย โดยจะวิเคราะห์พฤติกรรม ด้านอาหาร การออกกำลังกาย รับประทานยา การฉีดอินซูลิน ทำต่อเนื่องประมาณ 2 ปี ผู้เข้าโครงการผ่านไปมากกว่า 10 รุ่น โดยเมื่อจัดกิจกรรมผู้ป่วย 1 รายร่วมจ่ายค่าจัดกิจกรรมโดยให้ญาติเข้าร่วมฟรี 1 คน กลุ่มที่ผ่านการร่วมกิจกรรมแล้วเสนอแนะว่าอยากรวมกลุ่มกันเพื่อนัดทำกิจกรรมร่วมกัน แนวคิดการจัดตั้งชมรมจึงเกิดขึ้น

วันเบาหวานโลก 14 พฤศจิกายน 2548 จึงเปิดรับสมาชิกชมรมซึ่งมีความคิดจะร่วมตั้งชมรม จากผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรมวันเบาหวานโลกเป็นสมาชิก และได้เลือกกรรมการชมรมในวันนั้นมีจำนวนสมาชิกที่ขึ้นทะเบียน 200 คน และทำการเลือกกรรมการชมรมได้สำเร็จในวันนั้น ต่อมาได้นัดกรรมการมาประชุมปรึกษาหารือกันมีการปรับชื่อชมรมคนลดหวานเป็น “ชมรมคนอ่อนหวาน” แล้วนำมาเขียนโครงการรองรับเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจากเงินบำรุงโรงพยาบาลในหมวดส่งเสริมสุขภาพ กรรมการชมรมได้กำหนดจัดกิจกรรม เดือนละครั้งในวันพฤหัสบดี สัปดาห์ที่ 3 ของทุกเดือน ตั้งแต่เวลา 13.00-16.00 น

กิจกรรมใน ปี พ.ศ.2549 เน้นการให้ความรู้ การดูแลตนเอง การฝึกทักษะพฤติกรรม การกิน การออกกำลังกาย การใช้ยา โดยให้ความรู้ทุกเรื่องได้หมดในระยะเวลา 10 ครั้ง ใช้เวลาดำเนินการ 10 เดือน ปี พ.ศ.2550 จะเสริมความรู้สมาชิกตามความสนใจของกลุ่มในส่วนของแพทย์ทางเลือก ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพร การใช้ธรรมชาติบำบัด พลังกายทิพย์ เป็นต้น ปี พ.ศ.2549-2550 ในแต่ละเดือนมีสมาชิกร่วมกิจกรรมประมาณ 40-50 คน เมื่อครบ 1 ปี ได้ประมวลผลทะเบียนผู้เข้าร่วมกิจกรรมพบสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมเกิน 7 ครั้งจะอยู่ประมาณ 110 คน งบประมาณในโครงการโรงพยาบาลจะสนับสนุนอาหารว่าง 1 มื้อ กิจกรรมตรวจสุขภาพ วัดความดัน วัดระดับน้ำตาล จะวัดหลังอาหาร 2 ชั่วโมง ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอวทุกเดือน และประเมินพฤติกรรมผู้รับบริการ

บทบาทของสมาชิกชมรม

ทีมผู้ดูแลชมรมคนอ่อนหวาน คือ ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข เกษีกร พยาบาล โภชนากร และนักกายภาพบำบัด ที่ปรึกษาชมรม 3 ท่านประกอบด้วย ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ และหัวหน้างานสุขศึกษา จะนัดประชุมก่อนการมีกิจกรรมประจำเดือน 2 วัน เพื่อเตรียมวางแผนและเตรียมความพร้อม

ในส่วนกิจกรรมนั้นคณะกรรมการชมรมเป็นผู้วางแผน เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจะเป็นผู้คอยสนับสนุน ผลักดันในช่วงแรก เมื่อชมรมเริ่มดำเนินการได้ด้วยตนเอง ก็จะถอนตัวออกมาทีละนิด เพื่อให้ชมรมอยู่ได้ด้วยตัวเอง วันที่มีกิจกรรมทีมสุขภาพส่วนหนึ่งมาช่วย วัดความดันโลหิต เจาะเลือดวัดระดับน้ำตาลจากปลายนิ้ว และให้ความรู้

โครงสร้างคณะกรรมการชมรมคนอ่อนหวาน ประกอบด้วย

1. ประธานชมรม	1 คน
2. รองประธาน	2 คน
3. นายทะเบียน	1 คน
4. เลขานุการ	1 คน
5. เภรัญญิก	1 คน
6. ประชาสัมพันธ์	1 คน
7. กรรมการ	3 คน

ชมรมคนอ่อนหวานตั้งกลุ่มสัจจะออมทรัพย์เฉพาะสมาชิกชมรมเพื่อเป็นเงินสำรองในการรักษาโรคเบาหวานด้วย มีสมาชิกกลุ่มสัจจะออมทรัพย์ 50 คน เภรัญญิกเป็นผู้ดูแลเงินออมทรัพย์นี้ โดยเป็นการเก็บสะสมรายเดือนเดือนละเท่าๆกัน ส่วนจำนวนเงินที่แต่ละคนจะออมขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละคน กรรมการจะนำเงินจำนวนนี้ไปฝากกับสหกรณ์ออมทรัพย์แล้วชมรมก็มีความเห็นว่าควรนำไปลงทุนเพื่อทำอาหารสำหรับผู้ป่วย เพื่อให้ชมรมเกิดรายได้และเป็นที่รู้จัก

ประเด็นที่ทีมสุขภาพต้องการพัฒนา

- ในส่วนของกรรมการชมรมต้องเสริมพลังให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น
- งบประมาณได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแต่ควรรหาแหล่งสนับสนุนระยะยาว
- ขาดการประชาสัมพันธ์ อยากให้ผู้ป่วยเบาหวานมาเป็นสมาชิกมากกว่านี้
- จะเพิ่มกิจกรรมให้สมาชิกสามารถคัดกรองสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเบื้องต้น วัดความดันโลหิต เจาะเลือดตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว บางคนมีทักษะ แต่ยังขาดความมั่นใจ

บทที่ 6

การป้องกันโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบทั่วโลกและมีอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยทุกปี เมื่อเป็นโรคเบาหวานระยะเวลาหนึ่งแล้วจะเกิดโรคแทรกซ้อนทาง ตา ไต หัวใจ ระบบประสาท เป็นต้น ปัจจุบันได้มีการรักษาโรคเบาหวานดีขึ้น มียาหลายชนิดออกสู่ท้องตลาดแต่โรคแทรกซ้อนก็ไม่ได้ลดเท่าที่ควร แม้ว่าผู้ป่วยบางรายจะควบคุมโรคเบาหวานอย่างเคร่งครัดก็ยังคงเกิดโรคแทรกซ้อน นำมาสู่ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีในที่สุด

สำหรับผู้ที่มิระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง อยู่ในช่วง 100-125 มก./ดล. และผู้ที่มีระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมงหลังการตรวจความทนต่อกลูโคสด้วย 75 กรัม OGTT อยู่ระหว่าง 140-199 มก./ดล. เราเรียกว่าภาวะ pre-diabetes จัดเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานสูงมาก ในกลุ่มนี้ก็มีหลักฐานว่าเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง แต่ต่างจากผู้ป่วยเบาหวานตรงที่ยังไม่มีหลักฐานทางการแพทย์ใดๆ ที่ช่วยยืนยันว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีประโยชน์

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจึงทำให้วงการแพทย์สนใจว่าควรให้ความสำคัญกับการป้องกันมากกว่าการรักษาโรคเบาหวานหรือไม่ ในปัจจุบันมีรายงานการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ออกมาด้วยกันทั้งหมด 4 รายงาน⁶⁷⁻⁷⁰ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีน้ำหนักเกินทั้งสิ้น (BMI เฉลี่ยระหว่าง 31-34 กก./ตร.ม.) มี 2 รายงานที่กล่าวเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยหากกลุ่มเสี่ยงสามารถลดน้ำหนักลงจากเดิมร้อยละ 5-8 ลดปริมาณไขมันและไขมันอิ่มตัวที่รับประทานเหลือไม่เกินร้อยละ 30 และร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้รับในแต่ละวัน เพิ่มอาหารที่มีใยอาหารมากกว่า 15 กรัม/วัน และออกกำลังกายมาก

กว่า 150 นาที/สัปดาห์ จะลดอัตราการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 ลงได้ร้อยละ 58 (ทำให้บุคคลที่เป็น pre-diabetes 7 คน ควบคุมพฤติกรรมได้ตามนี้ใน 3 ปี เราจะสามารถช่วยคนใดคนหนึ่งในวันนี้ที่กำลังจะเป็นเบาหวานไม่ให้เป็นได้)

มี 3 รายงานที่พบว่าการใช้ยา จำพวก metformin, troglitazone, acarbose สามารถลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้เช่นกัน คือ ราวร้อยละ 25-56 อย่างไรก็ตามแนะนำให้ใช้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อนเนื่องจากสามารถลดการเกิดโรคเบาหวานได้ดีกว่า นอกจากนี้ยังสามารถช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ด้วย ในขณะที่การใช้ยาฯ ยังไม่มีรายงานดังกล่าวและการใช้ยาต้องใช้อำนาจซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง และอาจจะเกิดผลข้างเคียงของยาในอนาคต

โดยสรุปมีเหตุผลในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังต่อไปนี้

1. โรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ การป้องกันย่อมดีกว่าการรักษา หากไม่เป็นโรคเบาหวานจะลดภาระทั้งตัวเอง ครอบครัวและประเทศ
2. ผู้ที่มีภาวะ prediabetes จะมีโอกาสเป็นเบาหวานสูงมาก
3. สามารถหาภาวะ prediabetes ได้สะดวก ค่าใช้จ่ายไม่แพงมาก ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารและการตรวจความทนทานต่อกลูโคส โดยเฉพาะในขณะนี้ มีนโยบายระดับกระทรวงให้คัดกรองโรคเบาหวานในกลุ่มข้าราชการ ลูกจ้าง และผู้มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4. ในขณะนี้เรามีแนวทางเพื่อป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ หากดูแลตัวเองได้ดีจะมีอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานลดลงร้อยละ 58

โครงการคนระโนดห่างไกลโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

ที่ผ่านมาแม้คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลระโนด ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง โดยพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่และอสม. ในการดูแลผู้ป่วยและคัดกรองโรค รวมไปถึงการส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองแล้วก็ตาม แต่ปัญหาก็ก่ไม่สามารถแก้ไขได้ กลับเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และภาระของภาครัฐที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอีก ดังนั้นทางคลินิกจึงได้ปรับวิธีการทำงานใหม่โดยได้ดำเนินการเชิงรุกในกลุ่มที่ยังไม่ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองในปีที่ผ่านมา (Pre-DM/HT) เพื่อหารูปแบบและวิธีการให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยการดำเนินงานแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนหลัก คือ

กระบวนการพัฒนานวัตกรรม

1) **ทำประชาคมในพื้นที่** เป็นการประชุมระหว่างเจ้าหน้าที่คลินิกเวชปฏิบัติ ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน เพื่อระดมความคิดเกี่ยวกับแนวทางการแก้ปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2) **ร่วมกันหาข้อสรุป** เป็นการประชุมร่วมกันของเจ้าหน้าที่คลินิกเวชปฏิบัติ ครอบครัว เพื่อพิจารณารูปแบบการดำเนินงาน ซึ่งได้กำหนดให้มีการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมาย คือ บุคคลที่ได้ตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในปี 2549 และผลการตรวจคัดกรองจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง (Pre-DM/HT)

กระบวนการปฏิบัติจริงของนวัตกรรม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

1) **สร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม** โปรแกรมการปรับพฤติกรรม ประกอบด้วยโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2 ด้าน คือ การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

2) **ขายความคิดก่อนรับสมัคร** เจ้าหน้าที่คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวลงชุมชน เพื่อให้ข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งรับสมัครกลุ่มเป้าหมายที่สนใจเข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายสนใจเข้าร่วมจำนวน 90 คน

3) **เตรียมพร้อมเพื่อปรับพฤติกรรม** โดยจัดกิจกรรมเข้าค่ายป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 1 วัน ประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้ และฝึกทักษะซึ่งแบ่งเป็น 4 ฐาน ได้แก่ ฐานอาหารโซเดียม ฐานอาหารไขมัน ฐานอาหารแลกเปลี่ยน และฐานออกกำลังกาย

4) **ลงมือปรับพฤติกรรม** เป็นขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่กำหนดไว้ และ

5) **สะท้อนย้อนคิด** โดยจัดให้มีการพูดคุยถึงปัจจัยส่งเสริมปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แนวทางการแก้ไข และร่วมให้กำลังใจกันและกันเดือนละ 1 ครั้ง

จากการติดตามประเมินผล พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโครงการกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่หลีกเลี่ยง/ลดการรับประทานอาหารประเภทไขมันสูง อาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เครื่องดื่ม/อาหารหวานจัด การเติมน้ำตาลในอาหาร การรับประทานอาหารหมักดองหรือแปรรูป และส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวร่างกายจากการทำงานบ้าน/ทำนา/ทำสวน เพิ่มขึ้น

แนวเวชปฏิบัติที่ดี โครงการคนระโนดห่างไกลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
PCU โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา

โครงการคนระโนดห่างไกลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
(โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง)



1. ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม มีโรคแทรก และคุมระดับน้ำตาล/ความดันไม่ได้
2. การดำเนินงานที่ผ่านมา มุ่งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย
3. ระบบคัดกรองครอบคลุมขึ้น ชี้ค้นหาอัมพผู้ป่วย

ปรับกระบวนการทำงาน

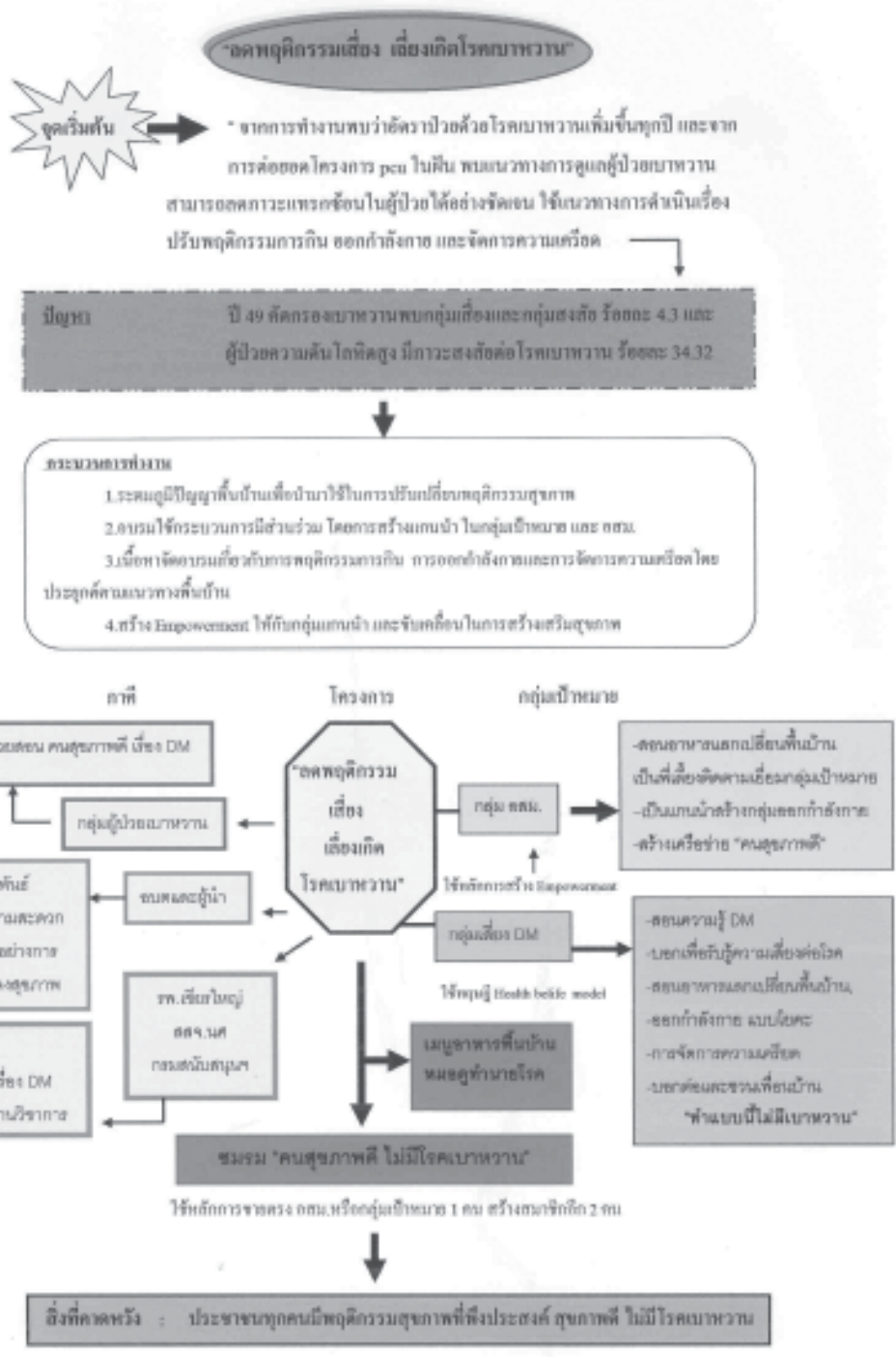
กระบวนการทำงาน

1. ประชาคมวิเคราะห์ปัญหานักกลุ่มเสี่ยงที่ผ่านการคัดกรอง(Pre DM-HT)
2. จัดสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. รับสมัครกลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมโครงการ
4. อบรมให้ความรู้เรื่องโรค
5. ฝึกทักษะพฤติกรรมที่เหมาะสมด้านบริโภค+ออกกำลังกาย
6. นัดกลุ่มพูดคุย ติดตาม ปรับปรุงการใช้โปรแกรม
7. ติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรม+ผลลัพธ์สุขภาพ
8. ขยายผลสร้างเครือข่าย+ผลักดันเข้าแผนท้องถิ่น



กลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมที่เหมาะสม

คนระโนดห่างไกลโรคเบาหวานและความดันโลหิต



บทที่ 7

การดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่พิเศษ

การถือศีลอด⁷¹

การถือศีลอดในภาษามลายูจะเรียกว่า “puasa” แต่คนพื้นเมืองใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จะกล่าวกันว่า “ปอซอ” ส่วนในภาษาอาหรับจะเรียกว่า “อัสคิยาม” หมายถึง การละเว้น การระงับ หรือการอดกลั้น ส่วนความหมายทางด้านบัญญัติศาสนา คือ การละเว้นจากการกิน การดื่ม การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา การพูดจาไร้สาระ ตลอดจนการกระทำที่ขัดต่อคุณธรรม ตั้งแต่รุ่งอรุณจนกระทั่งตะวันลับขอบฟ้า ด้วยเจตนาเพื่ออัลลอฮ์

ผลของการถือศีลอดต่อภาวะสุขภาพและการละศีลอด

ในช่วงถือศีลอดผู้ถือศีลอดโดยทั่วไปจะมีความสุข ความอิมเอมทางจิตใจเพิ่มขึ้น แต่อาจมีภาวะขาดน้ำเล็กน้อย มีการหลั่งกรดและเอนไซม์ pepsin ในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงของ circadian rhythm / sleep-wake cycle ได้ ศาสนาอิสลามได้อนุญาตให้ละศีลอดหรือไม่ถือในกรณีของการเจ็บป่วยที่แน่ชัดว่าหากถือแล้วจะมีผลกำเริบหรือทำให้อาการของโรคนั้นเลวร้ายหรือยึดเยื้อออกไป ส่วนการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ หรือโรคที่การถือศีลอดมิได้ส่งผลเสียแก่อาการของผู้ป่วยก็ไม่เป็นที่อนุญาตให้ละศีลอด และยังมีทางเลือกในเรื่องนี้ด้วย คือ ถ้าเป็นโรคที่สามารถหายได้ก็ให้ถือชดเชยในวันอื่น หากเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถถือศีลอดได้ ก็ให้จ่ายฟิตยะฮ์ เลี้ยงอาหารแก่คนยากจน วันละคนตามจำนวนวันที่ขาดด้วยอาหารจำนวนครึ่งคอก (ประมาณ 1.5 กิโลกรัมต่อวัน) เช่น ข้าว หรือแป้งสาลี

ผู้ป่วยต่อไปนี้อาจพิจารณาหลีกเลี่ยงการถือศีลอด เพราะจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้แก่

- ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1
- ผู้ป่วยไตวาย ไตเสื่อม ผ่าตัดเปลี่ยนไต หรือนิวที่ไต
- โรคปอดและหัวใจที่รุนแรง
- เลือดออกในทางเดินอาหาร หรือโรคกระเพาะที่เป็นแผล
- โรคลมชักที่ยังไม่สงบ
- โรคไมเกรนที่กำเริบบ่อย

การใช้ยาในช่วงการถือศีลอด

จากการสัมมนามาตรฐานช่องทางการบริหารยาในประเทศโมร็อกโก เมื่อปี 1997 ซึ่งประกอบด้วยนักกฎหมายอิสลาม ผู้เชี่ยวชาญศาสนาอิสลาม ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ นักเภสัชวิทยา และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอื่นๆ ทางด้านวิทยาศาสตร์มนุษย์ เห็นชอบด้วยมติเอกฉันท์ถึงช่องทางการบริหารยาที่ “สามารถใช้ได้” ในช่วงถือศีลอด ดังต่อไปนี้

1. การใช้ยาหยอดตาและหู การใส่ยากวาดตา แม้ว่าจะทำให้เข้าภายในเบ้าตาหรือถึงเข้าไปในลำคอ จะมิรศขมในลำคอหรือไม่ก็ตาม
2. สารทุกชนิดที่ผ่านเข้าไปในร่างกายทางผิวหนัง เช่น ครีม ออยท์ทเมนท์ พลาสเตอร์
3. การสอด/เหน็บช่องคลอด ในรังไข่ และการสวนล้างช่องคลอด
4. การฉีดยาผ่านทางผิวหนัง กล้ามเนื้อ ข้อต่อ หรือ เส้นเลือดดำ ยกเว้นการให้สารอาหารทางเส้นหลอดเลือดดำ (Intravenous feeding) การฉีดยาบำรุง (ให้น้ำเกลือ) หรือให้เลือดกับผู้ที่เสียเลือดไม่สามารถทำได้ หากให้ไปด้วยความจำเป็นทางการแพทย์จะถือว่าเสียศีลอดในวันนั้นๆ
5. การให้ออกซิเจนและก๊าซดมยา
6. ยาเม็ด Nitroglycerin ที่ผ่านการอมใต้ลิ้น สำหรับการรักษาโรค angina
7. น้ำยาบ้วนปาก น้ำยากลั้วคอ หรือยาพ่นทางปาก แต่ต้องไม่กลืนลงไป
8. ยาหยอดจมูก ยาพ่นจมูก และ Inhaler
9. ยาสวนทวาร (Anal injection)

อย่างไรก็ตาม ความเชื่อในเรื่องข้อห้ามต่างๆ ในด้านการใช้ยาในช่วงถือศีลอดนั้น มีความเชื่อที่แตกต่างกันอยู่มากในหมู่ประชากรมุสลิม โดยเฉพาะกรณีการฉีดยาโดยทั่วไปบรรดาอุลามาคู (ผู้รู้) มีความเห็นต่างกันในเรื่องนี้ ดังนั้นแพทย์ไม่ควรที่จะฉีดยา เจาะเลือด ตรวจภายในโดยไม่จำเป็น อย่างไรก็ตามหากมีความจำเป็นก็สามารถทำได้โดยผู้ป่วยที่มีความเชื่อเคร่งครัดก็ต้องถือศีลอดชดเชยในโอกาสต่อไป

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในช่วงถือศีลอด

1. แพทย์ควรเปลี่ยนยาที่ออกฤทธิ์สั้น (short-acting) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยาว (long-acting) เพื่อที่จะสามารถบริหารยาได้สอดคล้องกับการถือศีลอดมากขึ้น เช่น การสั่งยาที่รับประทานวันละ 1 หรือ 2 เวลา แทนวันละ 3 หรือ 4 เวลา
2. รับประทานยามื้อแรกก่อนการถือศีลอด และรับประทานยามื้อต่อมาหลังจากดวงอาทิตย์ตก โดยเปลี่ยนยาตอนเช้ามากินหลังอาหารแก้มื้อ และมื้อเย็นมากินในมื้อเช้าก่อนถือศีลอด

3. parenteral fluid หรือ nutrition ต่างๆ เช่น กลูโคส, วิตามิน ถือว่าเป็นข้อห้ามถึงแม้ว่าจะให้ทางอื่นที่ไม่ใช่ GI tract
4. รับประทานอาหารมื้อเช้าก่อนพระอาทิตย์ขึ้นเป็นมื้อหลักเสมอ
5. ถ้ามีอาการของน้ำตาลสูงเกินหรือต่ำเกินให้รีบมาโรงพยาบาลทันที

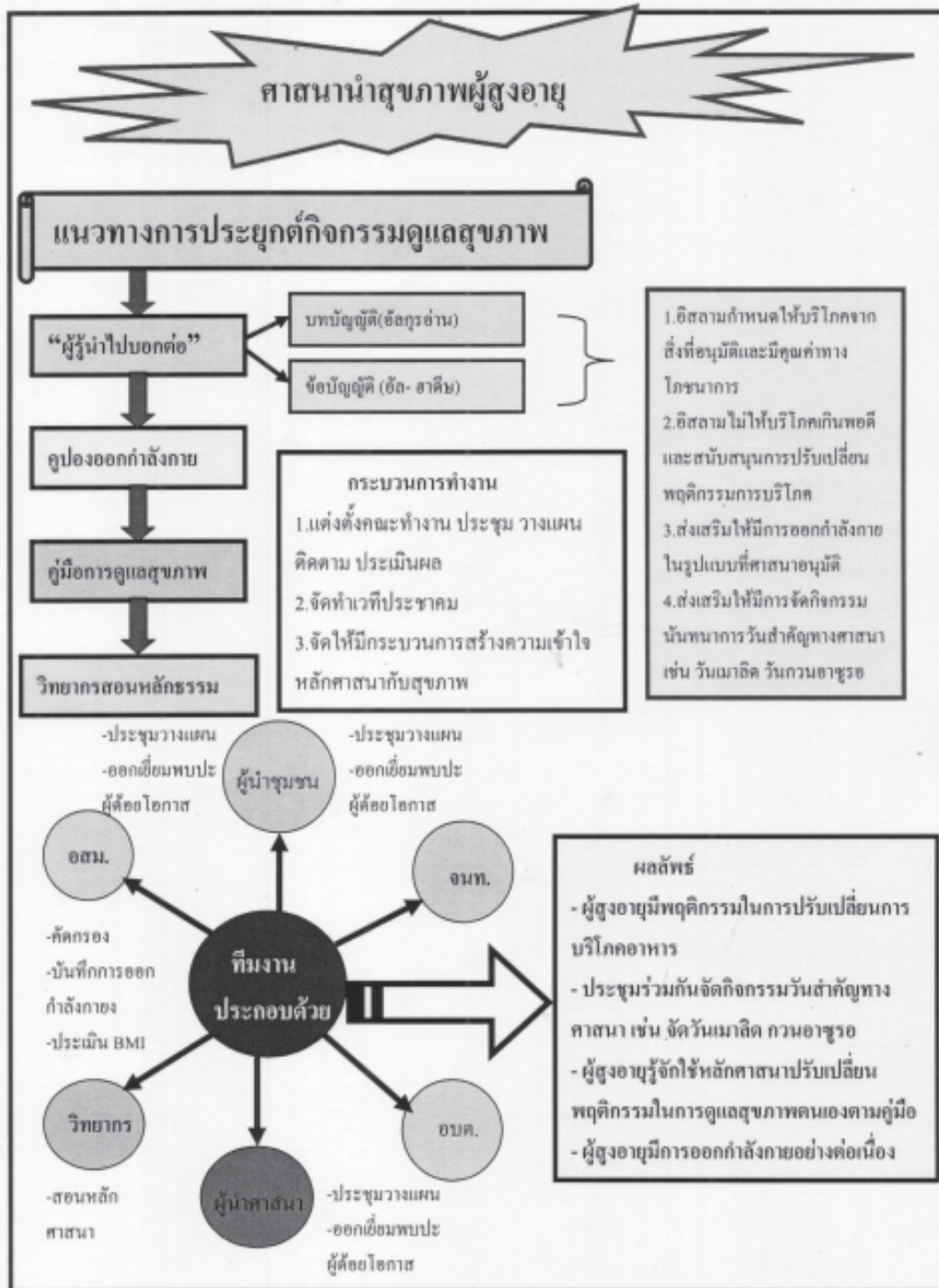
จากการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานระหว่างเดือนถือศีลอด พบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ยังคงใช้ยาได้ในขนาดปกติ แต่มีแนวโน้มพบภาวะน้ำตาลตกที่รุนแรงในช่วงถือศีลอดในบางราย โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่ได้รับประทานยากลุ่ม metformin และหรือกลุ่ม sulfonylurea คุมระดับน้ำตาลได้ค่อนข้างคงที่ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่นๆ หรือความผิดปกติอื่นๆ เป็นที่ยอมรับกันว่าสามารถให้ถือศีลอดได้ และมีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยผู้ป่วยประเภท IDDM ที่ยืนยันจะถือศีลอดในเดือนรอมฎอนสามารถถือศีลอดได้ ถ้ามีการบริหารจัดการในการดูแล ซึ่งเข้มงวดในการควบคุมอาหาร กิจกรรมประจำวัน และแบบแผนการปรับปรุงการบริหารยา

แนวปฏิบัติที่ดี

โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา ในเดือนถือศีลอด

มีการจัดบริการพิเศษที่เอื้อต่อการปฏิบัติตนในเดือนรอมฎอน ได้แก่

- มีการเตรียมน้ำดื่มและอินทผลัมไว้ที่หน้าห้องฉุกเฉินและในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้มารับบริการสามารถละศีลอดได้สะดวกในทันทีที่มีเสียงอาซาน
- มีการให้ความรู้กับผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน สตรีตั้งครรภ์ ว่าถือศีลอดอย่างไรจึงจะดีที่สุด
- กิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพหรือการจัดโครงการพิเศษในชุมชนในช่วงเดือนรอมฎอนจะงดเพื่อให้เวลาส่วนใหญ่ได้ใช้ไปกับการประกอบกิจทางศาสนา
- กรณีโรคเรื้อรังมักจะนัดหมายให้เป็น 2 เดือน เพื่อให้พ้นช่วงเวลาการถือบวชนี้
- กรณีจำเป็น เช่น ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ แพทย์จำเป็นต้องนัดผู้ป่วยมา และจะใช้กลยุทธ์ความเชื่อถือศรัทธาต่อดาโต๊ะของชุมชน ดาโต๊ะจะเป็นผู้ให้คำแนะนำผู้ป่วย เช่น การตรวจวัดน้ำตาลในเลือด และการให้คำยืนยันว่าสามารถยกเว้นการถือศีลอดได้ในกรณีที่ป่วยหนัก โดยเชื่อมโยงกับหลักคำสอนในศาสนา



การประกอบพิธีฮัจญ์ (Hajj) ⁷¹

การเดินทางไปประกอบศาสนกิจ ณ อัลกะอ์บะฮ์ ในนครมักกะฮ์ ประเทศซาอุดีอาระเบีย เป็นหลักปฏิบัติที่สำคัญ 1 ใน 5 ข้อของศาสนาอิสลาม เนื่องจากชาวมุสลิมถือว่า หินอัลกะอ์บะฮ์ ในนครมักกะฮ์ เป็นศาสนสถานแห่งแรกและเป็นสถานที่เกิดของพระมุฮัมมัด ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ที่แสดงถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของชาวมุสลิม เพราะฉะนั้นผู้ที่เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์จะต้องมีร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง

การเดินทางไปแสวงบุญที่นครมักกะฮ์นั้นซึ่งใช้เวลาประมาณเดือนเศษ ผู้คนส่วนใหญ่มักไปอยู่อย่างแออัด การเดินทางต้องฝึกความอดทนและความเข้มแข็งของจิตวิญญาณ เพราะเป็นการเดินทางในทะเลทรายที่ร้อนและแห้งแล้ง ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกต้องเดินทางมาก และใช้การเดินทางในการประกอบพิธีกรรม ทำให้เกิดความเหน็ดเหนื่อยมาก ผู้สูงอายุหลายคนเสียชีวิตที่นั่น ดังนั้นการเตรียมตัวและการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น

แนวปฏิบัติที่ดี โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา ด้านการดูแลผู้ที่จะไปประกอบพิธีฮัจญ์

ทางโรงพยาบาลได้จัดให้มีบริการที่อาจเรียกว่า “คลินิกฮัจญ์”

- ให้บริการฉีดวัคซีนตามมาตรฐาน
- มีการตรวจสุขภาพ
- จัดยาประจำตัวไปให้เพียงพอ
- ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ
- หากเป็นสตรีก็จะแนะนำการใช้ยาเลื่อนประจำเดือนเพราะหากมีประจำเดือนจะไม่สามารถประกอบพิธีฮัจญ์ได้
- ให้คำแนะนำเพื่อป้องกัน heat stroke โดย
 1. หลีกเลี่ยงการอยู่กลางแจ้งเป็นเวลานานๆ
 2. หลีกเลี่ยงการเดินทางเวลากลางวัน
 3. ดื่มน้ำและเกลือแร่มากๆ
 4. ใส่รองเท้าน้ำที่กันความร้อนจากพื้นทราย หลีกเลี่ยงการเดินทางเท้าเปล่า

ภาษาท้องถิ่น

ศาสนาและวัฒนธรรมชุมชนเป็นสองสิ่งในเหรียญเดียวกัน วัฒนธรรมชุมชนในจังหวัดชายแดนใต้ หลายส่วนก็เป็นวัฒนธรรมของคนชนบท เป็นวิถีของคนทำมาหากิน เป็นบริบทในชุมชนเกษตรกรรม เป็นวิถีของการผสมผสานระหว่างความเชื่อในการแพทย์พื้นบ้านกับความหวังต่อการแพทย์ตะวันตก และด้วยประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามนั้น บริบทบางส่วนของชีวิตดำเนินชีวิตเป็นไปตามบริบทของศาสนาอิสลามที่ประชาชนนับถือ ดังนั้นการจะเข้าใจในบุคลิกภาพและทัศนคติของคนในพื้นที่ จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในทั้ง 2 ประการคือทั้งมิติด้านศาสนาและมิติด้านวัฒนธรรมชุมชนไปควบคู่กัน

การสื่อสารด้วยภาษายาวี

ในความรู้สึกเล็กๆ ของชาวบ้านในชนบท โดยเฉพาะในจังหวัดชายแดนภาคใต้นั้น เขาารู้สึกว่าเป็นคนชั้นสอง การเข้าถึงบริการต่างๆ รู้สึกเป็นเรื่องยากลำบาก ยุ่งยากและรู้สึกห่างเหินกัน โอกาสในการรับความเจริญและการพัฒนาน้อยกว่าที่อื่น อีกทั้งมีความแตกต่างทางด้านการใช้ภาษาและวัฒนธรรมทำให้การมารับบริการที่โรงพยาบาลซึ่งมีชั้นมีตอมมีกติกามีเฉพาะ มีระบบที่ซับซ้อนด้วยแล้ว ยิ่งทำให้เกิดช่องว่างในการให้บริการมากขึ้นไปอีก

ดังนั้นการสื่อสารกับประชาชนชาวมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ด้วยภาษายาวี ซึ่งเป็นภาษาถิ่นนั้น จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ไม่รู้จะเข้าใจภาษาไทยนัก บุคลากรด้านสุขภาพควรใส่ใจกับการสื่อสารโดยผ่านล่ามแปล ซึ่งอาจจะเป็นผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลก็ได้ เพราะจะทำให้เข้าใจความหมายอาการของผู้ป่วยและสามารถแนะนำผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องผู้ป่วยและญาติจะรู้สึกประทับใจมากกว่าเจ้าหน้าที่ที่เป็นคนไทยพุทธหรือมุสลิมเองได้พยายามพูดสื่อสารในภาษายาวีแม้จะกระต่อนกระแต่น สิ่งเหล่านี้เป็นความรู้สึกที่ละเอียดอ่อน

การเรียกชื่อผู้มารับบริการก็เป็นศิลปะอย่างหนึ่ง เช่น เรียกคุณรอกีบ๊ะหรือนางฝาดีเม๊าะ จะดูห่างเหินมาก ควรเรียกค่านำหน้าชื่อที่เสมือนเป็นคนที่ยังรู้จักกัน เช่น เรียกว่า เป๊าะ แทนคำว่าลุง เม๊าะ แทนคำว่าป้า หากเป็นผู้นำทางศาสนา เรียกว่า บาบอ รุ่นไกล้กันกับตัวเรา ให้เรียก อาแบหรือบัง แทนคำว่าพี่ชาย หรือ ก๊ะ แทนคำว่าพี่สาว ถ้าอายุน้อยกว่าก็เรียกเป็นชื่อจริงไป เป็นต้น

ทางโรงพยาบาลไม้แก่น และโรงพยาบาลรามาธิบดีส่งเสริมการใช้ภาษาถิ่นที่สื่อสารผ่านการพูด โดยมีการจัดการอบรมเพื่อสอนภาษายาวีเบื้องต้นแก่เจ้าหน้าที่ ได้จัดทำคู่มือภาษายาวีขึ้น เพื่อส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกคนใช้ภาษาถิ่นได้ในระดับหนึ่ง ป้ายคำแนะนำเอกสารความรู้ต่างๆ ก็จัดให้เป็นภาษาท้องถิ่นด้วย สำหรับผู้ที่อาจจะอ่านภาษาไทยไม่ได้ เพื่อการสร้างศรัทธาจากประชาชน

สถานการณ์ไฟใต้

วิกฤตในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เริ่มมีความรุนแรงมากขึ้นตั้งแต่ 4 มกราคม พ.ศ.2547 เป็นภาวะวิกฤติที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกระดับอย่างรุนแรง ภาวะวิกฤติเช่นนี้เป็นภาวะคุกคามต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมาก บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพต้องมีการปรับการให้บริการสุขภาพในหลายแนวทางเนื่องจากปัญหาความปลอดภัย ต้องมีการดูแลขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน ต้องปรับระบบบริการเพื่อให้กระทบต่อระบบสุขภาพของประชาชนในจังหวัดชายแดนภาคใต้ให้น้อยที่สุด

ศ.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้เสนอ “จุดยืนขององค์กรสาธารณสุขในพื้นที่ท่ามกลางความขัดแย้งต้องชัดเจน เหตุผลของการคงอยู่ขององค์กรในพื้นที่ คือ เหตุผลทางมนุษยธรรม อุดมการณ์ที่สำคัญ คือ อุดมการณ์ด้านสุขภาพของมวลชนที่ไม่เลือกชนชั้น ชชาติพันธุ์ ความเชื่อ และความฝักใฝ่ทางอำนาจรัฐ เช่นเดียวกับอุดมการณ์ของสภากาชาด สภาเสี้ยวจันทร์แดง หรือองค์กรนานาชาติทางมนุษยธรรมอื่น ๆ จุดยืนดังกล่าวน่าจะเป็นที่ยอมรับได้ของฝ่ายต่างๆ เช่น จากรัฐไทยซึ่งต้องการสร้างความสมานฉันท์ จากประชาชนในพื้นที่ซึ่งมีโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เบียดเบียน และจากฝ่ายตรงข้ามกับรัฐ トラบเท่าที่องค์กรสาธารณสุขยังมีความเป็นกลางและไม่เป็นเครื่องมือของรัฐซึ่งฝ่ายนั้นไม่พึงประสงค์”

พื้นฐานความสัมพันธ์ระหว่างชาวบ้านกับโรงพยาบาล

ปรัชญาหนึ่งในการทำงาน คือ จะต้องเป็นโรงพยาบาลของชุมชน โรงพยาบาลต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนให้มากเพื่อเป็นช่องทางในการได้รับข้อเสนอเพื่อปรับปรุงระบบบริการ การออกไปร่วมกิจกรรมกับชุมชนไม่ว่างานเล็กงานใหญ่ งานบุญ งานวัด งานมัสยิด งานประเพณีต่างๆ เป็นสิ่งดี หรือรูปแบบการเชิญชาวบ้านมาร่วมงานในโรงพยาบาลเป็นอีกวิธีหนึ่ง เช่น งานครบรอบวันเกิดโรงพยาบาล งานละครล้อร่วมกัน งานเมล็ด งานวันรณรงค์ต่างๆ เป็นต้น ก็เป็นอีกรูปธรรมที่สะท้อนความมุ่งมั่นพัฒนาของชาวโรงพยาบาล ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยในช่วงเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยของพื้นที่นี้ด้วยแล้ว สัมพันธภาพที่ดีกับชาวบ้านอาจออกมาในรูปแบบการเตือนล่วงหน้า แจ้งข่าวให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรับทราบเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการทำงานต่อไป

“จากความเชื่อว่าเขาไม่ทำเรา เขาจะมาบอกว่าวันนี้สาธารณสุขให้ออกไปได้เลย หรือบางวันก็จะมีคนมาบอกว่านั่งอยู่ก่อนนะ ได้ยินเสียงอะไรก็อยู่เฉยๆ สักพักได้ยินเสียงโพงก็รู้แล้วต้องยิงกันแน่เลย บางทีพอลงมาที่ประชาสัมพันธ์ก็จะมีคนมาบอกวันนี้อย่าไป”

หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลรามัน

การขยายเครือข่ายของการให้บริการ

เป็นการให้บริการเชิงรุกไปในชุมชน ใช้หลัก ONE STOP SERVICE ในการออกให้บริการ โดยส่วนใหญ่จะใช้พื้นที่ของสถานีอนามัย ให้บริการแบ่งเป็นโซนๆ เพื่อการเข้าถึงบริการที่สะดวกมากขึ้นของผู้ป่วย มีทีมจากโรงพยาบาลไปให้บริการร่วมด้วย แม้การรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาโดยแพทย์ แต่ได้มีบางแห่งเริ่มพัฒนาให้พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย หรือแม้แต่ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ทั้งนี้เพราะความขาดแคลนบุคลากร ความเสี่ยงในการเดินทางจึงพยายามพัฒนาให้คนในพื้นที่สามารถให้บริการด้วยตนเองให้มากที่สุด

โดยมีการช่วยเหลือเรื่องการทำ clinical practice guideline สำหรับ DM HT ในกรณีมีปัญหาที่จะใช้โทรศัพท์เพื่อปรึกษา ผู้ป่วยที่มีปัญหาก็สามารถส่งต่อมาพบแพทย์ได้ การจัดประชุมวิชาการร่วมระหว่างแพทย์และเจ้าหน้าที่ ทุก 2 สัปดาห์ เป็นการช่วยกระตุ้นความจำและประสบการณ์ในการดูแลคนไข้ของเจ้าหน้าที่ให้ดีขึ้นด้วย ข้อดีคือประชาชนพื้นที่ใกล้เคียงสามารถมารับบริการได้จากทีมสหวิชาชีพ ลดระยะเวลาการเดินทาง ลดระยะเวลาเสี่ยง ทำให้การบริการเป็นแบบใกล้บ้านใกล้ใจ พบว่าหลังจากมีการปรับระบบบริการในลักษณะเป็นเชิงรุก ทำให้อัตราการขาดนัดลดลง ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

“เรามีโมบายคลินิก พื้นที่รามันจะเป็นขอบ เราจะแบ่งว่าโซนนี้ไปวันอังคาร โซนนี้ไปวันพฤหัสบดี เพราะฉะนั้นคนไข้จะไม่ต้องลำบากมาโรงพยาบาล พื้นที่ของโรงพยาบาลตอนนี้ก็แคบมากอยู่แล้ว ช่วยลดความแออัดลงด้วย”

หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลรามัน

“เราควรพัฒนาคุณภาพการให้บริการไปควบคู่กันด้วย สิ่งที่โรงพยาบาลทำได้ เราก็ควรทำได้ และอาจดีกว่า ตอนนี้องค์ของหาดใหญ่ ก็สามารถตรวจภาวะแทรกซ้อนได้ที่ สอ. เรามี EKG เครื่องตรวจจอประสาทตาเคลื่อนที่ คนไข้ก็ไม่ลำบาก”

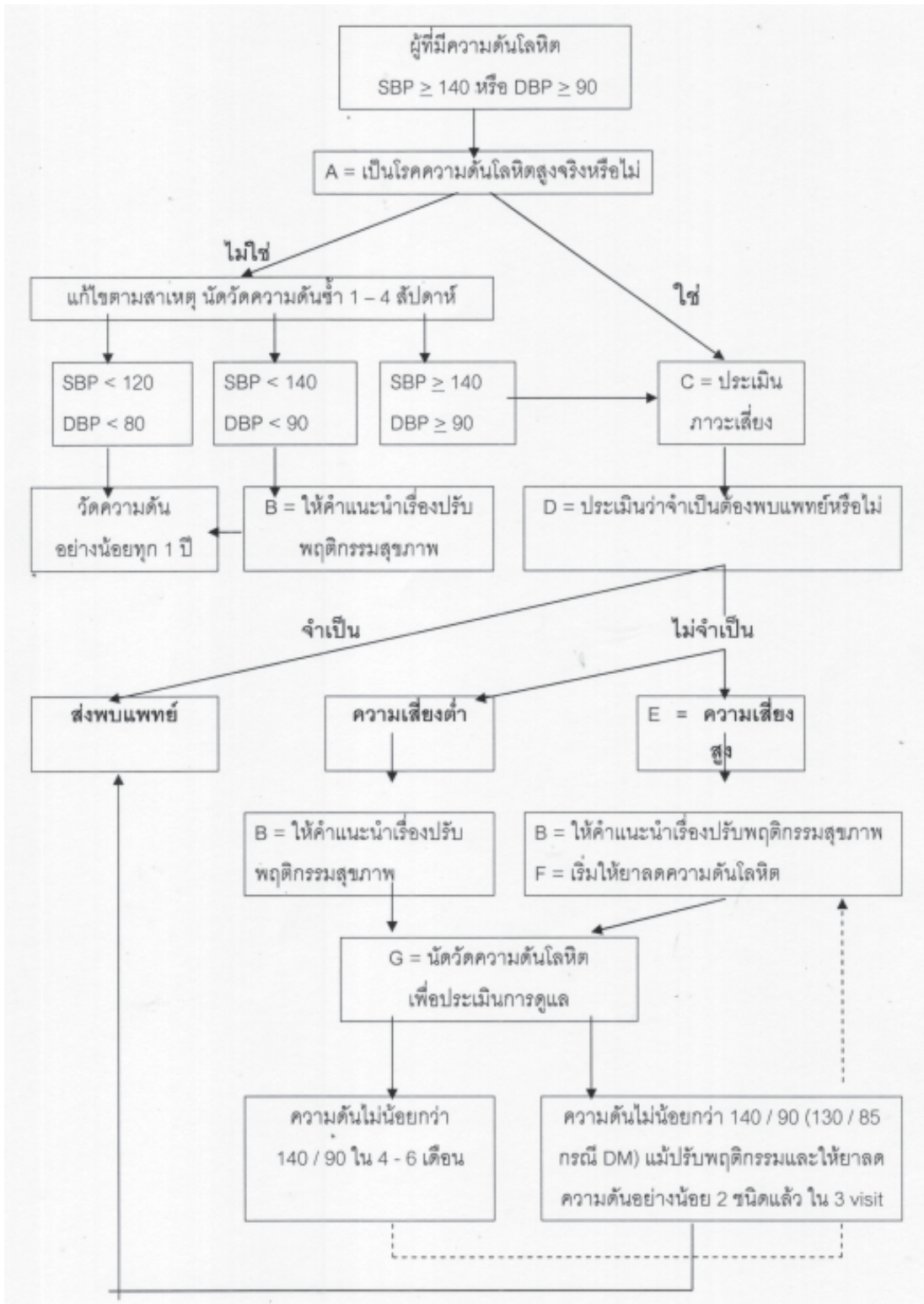
แพทย์โรงพยาบาลหาดใหญ่

แนวทางปฏิบัติที่ดี แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงโดยเจ้าหน้าที่

ระดับน้ำตาล (mg/dl)	แนวการปฏิบัติ
< 80	ส่งพบแพทย์
80-140 (ระดับเป้าหมาย)	ให้ยาขนาดเท่าเดิม นัด 1-3 เดือน/ครั้ง (นัดพบแพทย์ 1-2ครั้ง/ปี)
> 140-200	ถามการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย รับประทานยา ให้ดูแลองค์รวม โรค ร่างกาย จิตใจ สังคมของผู้ป่วยด้วย นัดติดตาม 1 เดือน/ครั้ง 3 ครั้ง -- ระดับน้ำตาลลดลง คงยาขนาดเดิม -- ระดับน้ำตาลไม่ลดลง เพิ่มขนาดยา* / พบแพทย์
>200 - 250	เพิ่มขนาดยา** นัดติดตาม 1 เดือน -- ระดับน้ำตาลลดลง ให้ยาต่อขนาดเดิม -- ระดับน้ำตาลไม่ลดลง ส่งพบแพทย์
> 250	ส่งพบแพทย์

หมายเหตุ

1. ส่งพบแพทย์ได้เลยกรณีที่ได้รับยาสูงสุดแล้ว (Metformin 2*2 , Gliben 2*2) และต้องปรับเพิ่มยา หรือมีโรคอื่นๆ ร่วม เช่น มีความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง
2. การเพิ่มขนาดยา (โดยทั่วไปยา 1 เม็ด ลดน้ำตาลได้ราว 50 มก./ดล.)
* เพิ่มขนาดยา $\frac{1}{2}$ tab
** เพิ่มขนาดยา 1 tab
3. การนัดติดตามแต่ละครั้ง ให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน บุหรี่ สุราด้วย
4. ส่งพบแพทย์ปีละอย่างน้อย 1 ครั้ง เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน



หัวข้อ	รายละเอียด
A เป็นโรคความดันโลหิตสูงจริงหรือไม่	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูว่าเทคนิคในการวัดความดันโลหิตถูกต้องหรือไม่ เช่น วัดความดันขณะผู้ป่วยมาเหนื่อยๆ เร่งรีบ การพัน Cuff ไม่ถูกตำแหน่งหรือใช้ cuff ขนาดเล็กเกินไป 2. มีภาวะอื่นๆ ที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นชั่วคราวหรือไม่ เช่น <ul style="list-style-type: none"> - ดื่มกาแฟ สูบบุหรี่ก่อนหน้าใน 30 นาที - ทานยาที่ทำให้ความดันโลหิตสูง เช่น pseudoephedrine, NSAIDS, steroids - มีเวียนศีรษะร่วมกับบ้านหมุน <p>ให้แก้ไขภาวะข้อ 1-2 และนัดมาวัดความดันโลหิตซ้ำอีก 1-4 สัปดาห์</p>
B การปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ลดน้ำหนัก โดยเฉพาะผู้ที่ลงพุงหรือมี BMI ≥ 25 Kg/m² 2. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง ประมาณ 30 นาที (ใช้การทำงานแทนได้) 3. ลดอาหารเค็ม หรือโปรตีนสัตว์ในปริมาณมาก (มี Na+) 4. ทานผัก ผลไม้ในปริมาณที่มากขึ้นเน้นกากใย (ระวังผลไม้ที่มีรสหวาน) 5. หยุดการสูบบุหรี่ / การทานแอลกอฮอล์ 6. ผ่อนคลายความเครียด / พักผ่อนให้พอเพียง
C ประเมินภาวะเสี่ยง	<p>ก่อนเริ่มการดูแลให้ส่งตรวจดังต่อไปนี้</p> <p>FBS / Cr / Lipid profiles / Na+/K+ / EKG</p>
D กรณีที่ควรส่งพบแพทย์	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีอาการที่สงสัยจะเป็นความดันโลหิตสูงแบบมีสาเหตุ เช่น อายุต่ำกว่า 35 ปี หรือ บวม หรือ มี cushinoid appearance (moon face, buffalo hump, red striae ที่ท้อง, มีขนมาก) 2. มีภาวะแทรกซ้อน หรือโรคร่วมอื่นๆ เช่น <ul style="list-style-type: none"> - อัมพฤกษ์ อัมพาต (อ่อนแรงหรือชา) - หัวใจโต (LVH จากการตรวจร่างกาย หรือ EKG ผิดปกติ) - โรคหัวใจวาย ขาดเลือด (เหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอก EKG ผิดปกติ) - ไตวาย ไตเสื่อม (บวม Cr ≥ 2.0) - ตามัวมองไม่ชัด (อาจมี retinopathy) - โรคเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูง - มีไขมันในเลือดสูง มีภาวะตั้งครรภ์ 3. ความดันโลหิตสูงกว่า 180 / 110

หัวข้อ	รายละเอียด																						
E กรณีความเสี่ยงสูงที่ต้องเริ่มให้ยาเลย	<ol style="list-style-type: none"> มีโรคเบาหวาน (FBS \geq 126 mg%) หรือ มีความเสี่ยงต่อไปนี้อย่างน้อย 3 ข้อ <ul style="list-style-type: none"> อายุ \geq 50 ปี สูบบุหรี่ ระดับไขมัน total cholesterol \geq 240 mg% ระดับไขมัน HDL cholesterol $<$ 40 mg% ระดับไขมัน triglycerides \geq 400 mg% อ้วน BMI \geq 25 Kg/m² มีประวัติโรคหัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์ในครอบครัวก่อนวัยอันควร (ชาย $<$ 55, หญิง $<$ 65 ปี) 																						
F การติดตามความดันโลหิต	<ol style="list-style-type: none"> SBP \geq 180 หรือ DBP \geq 110 ให้วัดซ้ำอีก 1-2 สัปดาห์ SBP \geq 160 หรือ DBP \geq 100 ให้วัดซ้ำอีก 2-4 สัปดาห์ SBP \geq 140 หรือ DBP \geq 90 ให้วัดซ้ำอีก 4-8 สัปดาห์ 																						
G แนวทางการให้ยาลดความดันโลหิต	- ไม่มียาตัวใดดีที่สุด ควรเลือกใช้ยาที่ไม่มีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วย																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ชื่อยา</th> <th>ขนาดใช้</th> <th>ข้อห้ามใช้</th> <th>ข้อระวัง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Hctz (50)</td> <td>1/4 x 1 ถึง 1/2 x 1</td> <td>โรคเก๊าท์</td> <td>K+ ต่ำ</td> </tr> <tr> <td>2. Atenolol (100)</td> <td>1/2 x 1 ถึง 1 x 1</td> <td rowspan="2">โรคหอบหืด ถุงลมโป่งพอง HR $<$ 60/min</td> <td rowspan="2">ระวังหัวใจเต้นช้าเกินไป เช่น HR $<$ 50 /min หรือทำให้มีอาการเหนื่อย</td> </tr> <tr> <td>3. Metoprolol (100)</td> <td>1/2 x 1 ถึง 1 x 2</td> </tr> <tr> <td>4. Enalapril (5,20)</td> <td>1/2 X1 ถึง 1X2 สูงสุด 40 mg/d</td> <td>สตรีตั้งครรภ์ ไตวาย Cr \geq 3</td> <td>อาจทำให้ไอได้</td> </tr> <tr> <td>5. Nifedipine SR (20)</td> <td>1X1 ถึง 1X2</td> <td></td> <td>เท้าบวม ท้องผูก ร้อนวูบวาบ</td> </tr> </tbody> </table>	ชื่อยา	ขนาดใช้	ข้อห้ามใช้	ข้อระวัง	1. Hctz (50)	1/4 x 1 ถึง 1/2 x 1	โรคเก๊าท์	K+ ต่ำ	2. Atenolol (100)	1/2 x 1 ถึง 1 x 1	โรคหอบหืด ถุงลมโป่งพอง HR $<$ 60/min	ระวังหัวใจเต้นช้าเกินไป เช่น HR $<$ 50 /min หรือทำให้มีอาการเหนื่อย	3. Metoprolol (100)	1/2 x 1 ถึง 1 x 2	4. Enalapril (5,20)	1/2 X1 ถึง 1X2 สูงสุด 40 mg/d	สตรีตั้งครรภ์ ไตวาย Cr \geq 3	อาจทำให้ไอได้	5. Nifedipine SR (20)	1X1 ถึง 1X2		เท้าบวม ท้องผูก ร้อนวูบวาบ
	ชื่อยา	ขนาดใช้	ข้อห้ามใช้	ข้อระวัง																			
	1. Hctz (50)	1/4 x 1 ถึง 1/2 x 1	โรคเก๊าท์	K+ ต่ำ																			
	2. Atenolol (100)	1/2 x 1 ถึง 1 x 1	โรคหอบหืด ถุงลมโป่งพอง HR $<$ 60/min	ระวังหัวใจเต้นช้าเกินไป เช่น HR $<$ 50 /min หรือทำให้มีอาการเหนื่อย																			
	3. Metoprolol (100)	1/2 x 1 ถึง 1 x 2																					
	4. Enalapril (5,20)	1/2 X1 ถึง 1X2 สูงสุด 40 mg/d	สตรีตั้งครรภ์ ไตวาย Cr \geq 3	อาจทำให้ไอได้																			
5. Nifedipine SR (20)	1X1 ถึง 1X2		เท้าบวม ท้องผูก ร้อนวูบวาบ																				
- ควรเริ่มยาขนาดน้อยๆ ค่อยๆ เพิ่มจนควบคุมความดันได้																							
- หากยา 1 ตัว ไม่สามารถควบคุมความดันให้ได้ตามเกณฑ์ สามารถเพิ่มยาได้ นิยมใช้ 1 + 2 or 3 / 1 + 4 / 2 or 3 + 4 / 2 or 3 + 5																							

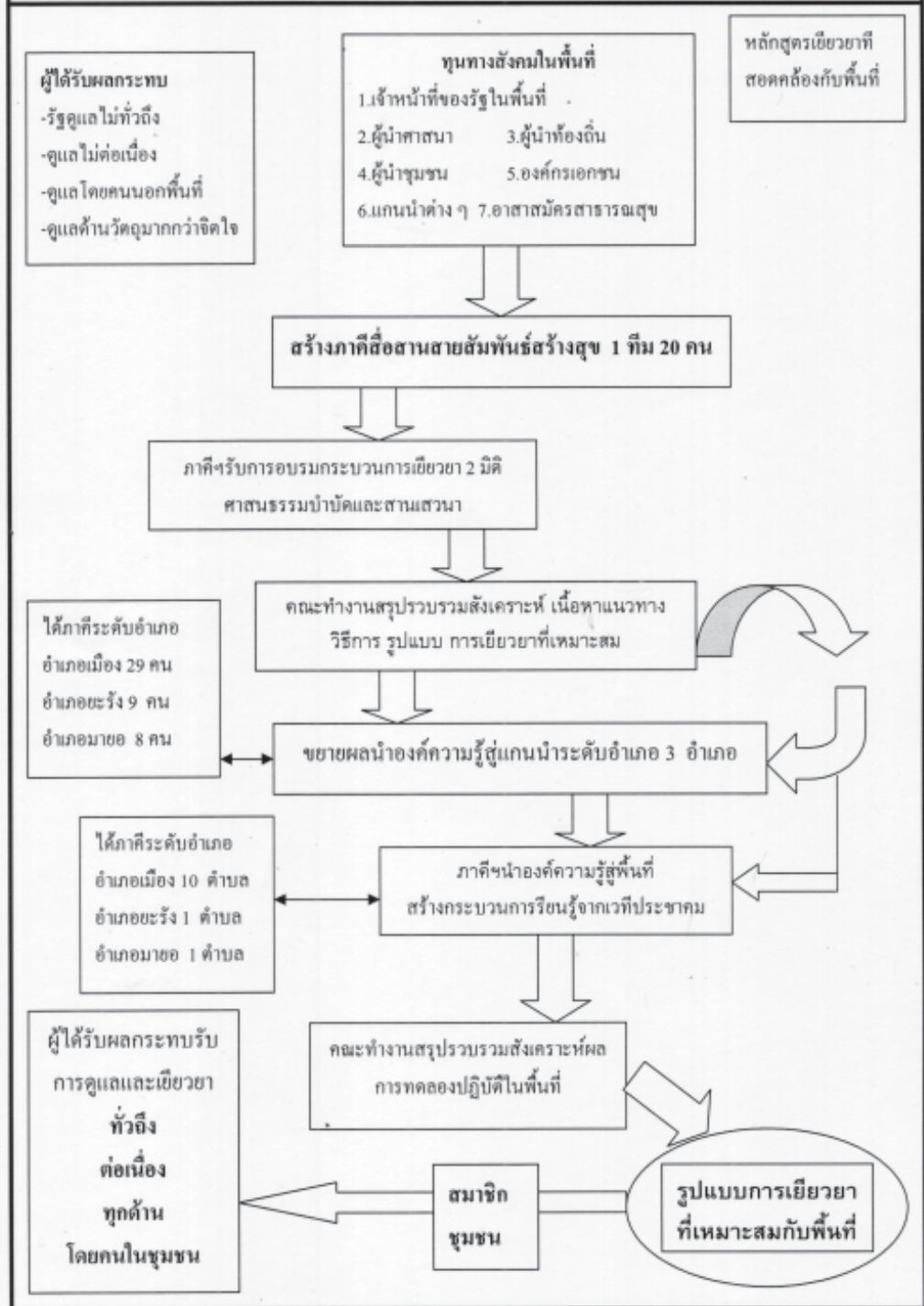
การเยียวยาในพื้นที่

จากฐานข้อมูล ศวชต. ระบุว่าสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ รวมถึงบางส่วนของจังหวัดสงขลา ตั้งแต่ปี 2545-2549 มีเหตุการณ์รวมทั้งสิ้น 4,483 ครั้ง เฉลี่ยเกิดเหตุการณ์วันละ 3 ครั้ง พบผู้เสียหายเสียชีวิต 1,828 ราย บาดเจ็บ 3,506 ราย โดยมีหญิงหม้ายที่สามีเสียชีวิต 693 ราย และบุตรผู้ที่ได้รับผลกระทบ 693 ราย ลักษณะการช่วยเหลือเป็นการช่วยเหลือจากบุคคลนอกชุมชน หรือหน่วยงานต่างๆ โดยสมาชิกในชุมชนมีบทบาทน้อยมากในการให้ความช่วยเหลือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะเข้าไปให้ความช่วยเหลือในช่วงแรกที่เกิดเหตุการณ์ขึ้นเท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่จะทำให้เป็น สิ่งของและเงิน พบว่ามีหลายหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือรวมเป็นเงินกว่า 628 ล้านบาท โดยระยะเวลาหลังจากนั้นประมาณ 1 เดือน ไม่มีผู้ใดหรือหน่วยงานใดเข้าไปให้ความช่วยเหลือทั้งที่ผู้ที่ได้รับผลกระทบยังต้องการความช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นวัตถุ หรือจิตใจ ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนจังหวัดปัตตานี PCU เมะมาวี อำเภอยะรัง และ PCU ลูโบะยิโร อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี จึงจัดตั้งโครงการภาคีสื่อ สานสายสัมพันธ์สร้างสุข เพื่อเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบโดยทีมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง

รูปธรรมการพัฒนาการดูแลสุขภาพชุมชน

1. ภาคีเครือข่ายประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ของรัฐในพื้นที่ ผู้นำศาสนา ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน องค์กรเอกชน แกนนำต่างๆ และอาสาสมัครสาธารณสุข
2. การนำข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ มาจากการปฏิบัติงานในพื้นที่ การเยี่ยมบ้าน การจัดเวทีสานเสวนา ศึกษา ข้อมูลจากระบบอินเทอร์เน็ต ศึกษาข้อมูลจาก ศวชต. มอ.ปัตตานี
3. ประชุมคณะทำงานสร้างความเข้าใจและพัฒนากระบวนการเยียวยา 2 มิติ คือ การสานเสวนา และการใช้ศาสนธรรมบำบัด
4. การขยายผลนำองค์ความรู้สู่พื้นที่อำเภอนำร่อง โดยจัดเวทีในพื้นที่ สรุบบทเรียน การถ่ายทอดกระบวนการเยียวยาในพื้นที่ผ่านวิทยุชุมชน

แนวทางปฏิบัติที่ดี โครงการภาคีสื่อสารมวลชนสัมพันธ์สร้างสุข จังหวัดปัตตานี



การเฝ้าระวังและป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน



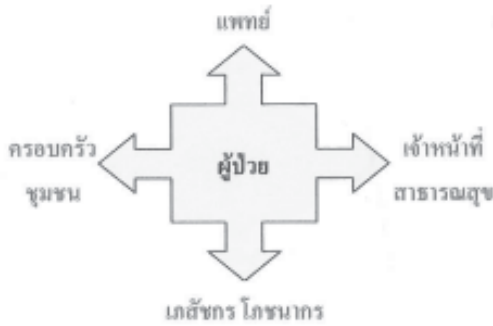
การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในบริการปฐมภูมิ

- | | |
|---|---|
| <p>ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ○ มีโรคแทรกซ้อน | <p>ผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนมากที่โรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ การดูแลไม่ได้มาตรฐาน ○ ความไม่พึงพอใจในบริการ |
|---|---|

เหตุความไม่สงบชายแดนใต้

- ผู้ป่วยขาดนัด
- เกิดความเครียด ขาดคนดูแล

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย



- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่**
- จัดทำ CPG (แพทย์ พยาบาล)
 - อบรม กิจกรรมวิชาการต่อเนื่อง

- พัฒนาระบบบริการ/ทีม**
- ดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
 - บริการ ใจซื่อซื่อใจก่อนกลับบ้าน
 - คลินิกเบาหวาน จัดให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยเบาหวาน
 - เชื่อมบ้าน “คนชอบกินหวาน”
 - จัดทำข้อมูลผู้ป่วยเพื่อติดตามต่อเนื่องและมาตรฐานการรักษา
- การใช้ภาษาอาวี
 - การดูแลในช่วงถือศีลอด พิธีฮัจญ์

- พัฒนาภาคีสื่อสารสร้างสุข**
- ค้นหาทุนทางสังคมในพื้นที่
 - จัดอบรมกระบวนการเยียวยาแก่ทีม โคออร์ดิเนชันชมรมบำบัดและสานเสวนา
 - ให้การเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกมิติ

- พัฒนาการเข้าถึงบริการ**
- ขยายเครือข่ายคลินิกเบาหวานสู่ PCU

- ชมรมคนอ่อนหวาน**
- สมาชิกและครอบครัวเข้าร่วมการอบรมเรื่องที่เกี่ยวข้องเบาหวาน
 - เกิดเครือข่ายเรียนรู้ สมาชิกช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
 - แลกเปลี่ยนสุขภาพด้านต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย แพทย์ทางเลือก

♥ ♥ ♥ ♥
เราอยากให้ผู้ป่วย...

- | | | |
|----------------|----------------------|----------------------|
| FBS 80-130 mg% | ได้รับการตรวจคัดกรอง | อยู่อย่างมีศักดิ์ศรี |
| HbA1C < 7.0% | ตามเกณฑ์ร้อยละ 100 | คุณภาพชีวิตดี |

เอกสารอ้างอิง

1. อมร รอดคล้าย, สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ, สุภัทรา ฮาสวรรณกิจ. การจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2548.
2. พัชรี พุทธชาติ. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลา นครินทร์เวชสาร 2550; 25: 29-37.
3. World Health Organization. Executive summary : Life in the 21st century-A vision for all. The world health report 1998.
4. National epidemiological board of Thailand/Thai health research institute report of the first national health examination survey 1991-1992. Bangkok: design printing; 1996.
5. Thai health research institute/bureau of health policy and planning and ministry of public health report of the second national health examination survey 1996-1997. Bangkok: national health foundation; 1998.
6. Health systems research institute of Thailand. The report of Thailand population health examination survey III. Nonthaburi: Health systems research institute 2006. <http://library.hsri.or.th/cgi-bin/websis?from=res1&show=930> (accessed 7 May 2007).
7. A Joint Editorial Statement by the American Diabetes Association; the National Heart, Lung, and Blood Institute; the Juvenile Diabetes Foundation International; the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; and the American Heart Association. Diabetes Mellitus : a major risk factor for cardiovascular disease. Circulation 1999 ;100 : 1132 - 3.
8. Williams AS. Recommendations for desirable features of adaptive diabetes self-care equipment for visually impaired persons. Task Force on Adaptive Diabetes for Visually Impaired Persons. Diabetes Care 1994 ; 17 : 451 - 2.
9. Ansell D, Feest T, Will E. The second annual report of the UK Renal Registry. Bristol : The UK Renal Registry, 1999.
10. Bild D, Selby J, Sinnock P. Lower extremity amputation in people with diabetes : epidemiology and prevention. Diabetes Care 1989 ; 12 : 24-31.
11. สุขภาพสตรีและสุขภาพบุรุษ. ใน: จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ, บรรณาธิการ. สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ.2543. กรุงเทพฯ : อุกาการพิมพ์ ; 2543 : 39-94.
12. The Diabetes Control and Complication Trial Research group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Eng J Med 1993 ; 329 : 977-86.

13. UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patient with type2 diabetes (UKPDS33). Lancet 1998 ; 352 : 837-53.
14. วรภณ วงศ์ถาวรวัฒน์. โรคเบาหวาน. ใน : วิทยา ศรีมาดา, ธีัญญพงษ์ ณ นคร บรรณาธิการ. โครงการตำราจุฬาอายุรศาสตร์ ฉบับที่ 24: Ambulatory Medicine พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545: 274-89.
15. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 2005 ; 28 (Suppl 1) : S4-36.
16. แนวทางเวชปฏิบัติในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ.2545.
17. อารีย์ ขจรกิตติยุทธ. การควบคุมน้ำตาล. ตากสินเวชสาร 2540; (1) : 113-27.
18. The expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Follow-up report on the diagnosis of diabetes mellitus. Diabetes Care 2003 ; 26 : 3160 - 7.
19. Nitiyanant W, Ploybutr S, Sriussadaporn S, Yamwong P, Vannasaeng S. Evaluation of the new fasting plasma glucose cutpoint of 7.0 mmol/l in detection of diabetes mellitus in Thai population. Diab Res Clin Pract 1998; 41: 171-6.
20. Saad MF, Knowler WC, Pettitt DJ, Nelson RG, Bennett PH. Transient impaired glucose tolerance in Pima Indians: is it important? BMJ 1988; 297: 1428-41.
21. American Diabetes Association. Self-monitoring of blood glucose. Diabetes Care 1996 ; 19 (suppl 1) : S62 - 6.
22. พลพัฒน์ ไทเจริญวานิช, พรหมศิริ อำไพ. ความแม่นยำของการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วย กลูโคมิเตอร์ Accu-Check Advantage. สงขลานครินทร์เวชสาร 2550; 25: 49-60.
23. American Diabetes Association. Self-monitoring of blood glucose. Diabetes Care 1990 ; 13 (suppl 1) : S41-6.
24. Alto WA, Meyer D, Schneid J, Bryson P, Kindig J. Assuring the accuracy of home glucose monitoring. J Am Board Fam Pract 2002 ; 15 : 1-6.
25. อัจฉรา ธรรมประสิทธิ์, นฎวรณ ธรรมคำภีร์, ชัชลิต รัตสราร. ความแม่นยำของการวัดระดับน้ำตาลในเลือดโดยเครื่องกลูโคสมิเตอร์ที่คลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 2538 ; 13 (1-2) : 15 - 21.
26. เทพสรรค์ ลือรัมย์รุ่งเรือง, เสวต ศรีสว่าง. การประเมินประสิทธิภาพของเครื่องตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือด Advantage® ที่ใช้ในโรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่นเวชสาร 2546 ; 27 (2) : 60 - 72.
27. ชื่นจิตต์ เอื้ออัชฌาสัย. การเปรียบเทียบค่ากลูโคสใน venous whole blood และ capillary whole blood วัดโดยเครื่อง Precision QID กับค่ากลูโคสในพลาสมาที่ตรวจวัดโดยวิธี glucose oxidase. ตากสินเวชสาร 2543 ; 18 (1) : 24 - 34.

28. พิพัฒน์ จิรน้อยราตุล. การประเมินความแม่นยำของการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด. วารสารกรมการแพทย์ 2539 ; 21 (1) : 1 - 6.
29. อรทัย ตั้งวรสิทธิ์ชัย, นงนุช เพ็ชรรุ่ง, สุรพล ตั้งวรสิทธิ์ชัย, ราตรีพรรณ ถิ่นโพธิ์เตี้ย, สุจินต์ อัครวิฑูรฑิฑย์. การศึกษาประสิทธิภาพเครื่องวัดระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดวันทัฑฑ. สารศิริราช 2539 ; 48 (6) : 518-22.
30. Larrsson-Conn U. Differences between capillary and venous blood glucose during glucose tolerance tests. Scand J Lab Invest 1975 ; 36 : 805-8.
31. สุนิฑฑย์ จันทรประเสริฐ. เคล็ดลับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. ใน: วิทยา ศรีมาดา, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
32. วรณิฑฑิ นิชยานันฑฑ. โรคเบาหวาน. ใน : เวชปฏิบัติในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ. 2546 : 209-219.
33. เทพ หิมะทองคำ, วัลลา ตันตโยฑฑิ, รุจิรา สัมมะสุต, สมเกียรติ โภธิสัฑฑิ, อารยา ทองผิว, รัตนา เกิดคล้าย และคณะ. เวชปฏิบัติที่ดีทางคลินิกเรื่องโรคเบาหวาน. http://www.dms.moph.go.th/dms/center/bmtd/3_DM.pdf (accessed 7 May 2007) .
34. อภิชาติ วิชญานันฑฑิ. ยามืดลระดับน้ำตาลในเลือด. ใน : อภิชาติ วิชญานันฑฑิ, บรรณาธิการ. ตำราโรคเบาหวาน สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์; 2546 : 95-131.
35. Sanchez-Thorin JC. The epidemiology of diabetes mellitus and diabetic retinopathy. International ophthalmology Clinics 1998 ; 38 : 11-18.
36. Cook HL, Newsom R, Long V, Smith SA, Shilling JS, Stanford MR. Natural history of diabetic macular streak exudates: evidence from a screening programe. Br J Ophthalmol 1999; 83: 563-6.
37. El-Asrar AM, Al-Rubeaan KA, Al-amro SA, Kangave D, Moharram OA. Risk factors for diabetic retinopathy among Saudi diabetics. Int Ophthalmol 1998 ; 22 : 155-61.
38. Rasmidatta S, Khunsuk-Mengrai K, Warunyuwong C. Risk factors of retinopathy in non-insulin dependent diabetes Mellitus. J Med Assoc Thai 1998; 18:169-74.
39. American diabetes Association. Diabetic retinopathy. Diabetes care 1999 ; 22 : S70- S73.
40. Vijan S, Hofer TP, Hayward RA. Cost-utility analysis of screening intervals for diabetic retinopathy in patients with type 2 diabetes mellitus. JAMA 2000 ; 283 : 889-96.
41. นี้อต เตชะวัฒนวรรณ, ยิงยศ อวิหิงสานันฑฑิ, พิสุทธิ กตเวฑฑิ, สมชาย เอี่ยมอ่อง. โรคไตจากเบาหวาน. ใน : ธิติ สันับบุญ, วราภณ วงศ์ถาวรวิฑฑิ, บรรณาธิการ. การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549: 162-81.
42. Spallone V, Menzinger G. Diagnosis of Cardiovascular autonomic neuropathy in diabetes. Diabetes 1997; 46: S67-S76.
43. Thomas PK. Classification, differential diagnosis and staging of diabetic peripheral neuropathy. Diabetes 1997; 46: S54-S57.

44. Apfel SC. Diabetic neuropathy: progress in diagnostic and treatment. Am J Med 1999; 107: S1-S42.
45. Diehm C, Lange S, Darius H, Pittrow D, Stritzky BV, Tepohl G, et.al. Association of low ankle brachial index with high mortality in primary care. European Heart Journal 2006 ; 27 : 1743-9.
46. Steering Committee of the Physicians' Health Study Research Group. Final report on the aspirin component of the ongoing Physicians Health Study. N Engl J Med 1989; 321 : 129 - 35.
47. Antiplatelet Trialists' Collaboration. Collaborative overview of randomized trials of antiplatelet therapy: prevention of death, myocardial infarction and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients. BMJ 1994 ; 308 : 81 - 106.
48. ETDRS Investigators. Aspirin effects on mortality and morbidity in patients with diabetes mellitus. JAMA 1992; 268: 1292-9.
49. Dixon AS. Is the 20th century medicine a prisoner of 17th century science? Proceedings of the first international conference on rural medicine. Shanghai: People's Republic of China, 1996 : 2-13.
50. Suchman A, Matthews M. What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care. Ann Intern Med 1988 ; 108 : 125-30.
51. Doctor-patient communication. In: McWhinney IR, editor. A textbook of family medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press ; 1997 : 104-28.
52. Stewart M. Studies of health outcomes and patient-centered communication. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR, editors. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. California: SAGE Publications ; 1995 : 185-90.
53. พลพัฒน์ โตเจริญวานิช, จุไรรัตน์ พรหมเจียม. ความคาดหวังของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ ณ คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว. In Press.
54. Borins M. 12 Basic communication strategies for psychotherapy. Patient Care Canada 1998 ; 9 : 34-8.
55. Mansfield F. Basic communication skills. Aust Fam Physician 1987; 16 : 216-22.
56. Murtagh JE. Consulting skills. General Practice. New York: McGraw Hill ; 2003 : 15-22.
57. Murtagh JE. Communication skills. General Practice. New York: McGraw Hill ; 2003 : 23-31.

58. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centered clinical method I. A model for doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract* 1986 ; 3 : 24-30.
59. สายพิน หัตถ์รัตน์. เครื่องมือการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างง่าย ชุดที่ 1. ใน: คู่มือหมอครอบครัว เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างง่าย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พิมพ์ดี ; 2545 : 10-21.
60. สายพิน หัตถ์รัตน์. เยี่ยมบ้าน ทักษะทางคลินิกที่หายไป. ใน: คู่มือหมอครอบครัว ฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พิมพ์ดี ; 2549 : 102-118.
61. American Home Care Advisory Panel. Guidelines for the medical management of the home care patient. *Arch Fam Med* 1993 ; 2 : 194-206.
62. Unwin BK, Jerant AE. The home visit. *Am Fam Physician* 1999 ; 60 : 1481-8.
63. วิทยา ศรีดามา. อาหารผู้ป่วยเบาหวาน. http://www.mfu.ac.th/school/health_sci/cirrent_topic08.html (accessed 7 May 2007) .
64. วราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์. เบาหวานและการออกกำลังกาย. ใน: อภิชาติ วิชาญรัตน์, บรรณาธิการ. ตำราโรคเบาหวาน สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์ ; 2546 : 85-94.
65. ฉกาจ ผ่องอักษร. การออกกำลังกายกับโรคเบาหวาน. ใน : เอกสารประกอบการสอนของสมาคมผู้ให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวาน. 2546 : 1-9.
66. เสก อักษรานุเคราะห์. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่างๆ. ใน : บรรลุศิริพานิช, บรรณาธิการ. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน ; 2546. หน้า 31-66.
67. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et.al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Eng J Med* 2001 ; 344 : 1343-50.
68. The Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002 ; 346 : 393-403.
69. Chiasson J-L, Josse RG, Gorriss R, Hanefeld M, Karasik A, Laakso M. Acarbose for prevention of type 2 diabetes mellitus: the STOP-NIDDM randomised trial. *Lancet* 2002 ; 359 : 2072-2077.
70. Buchanan TA, Xiang AH, Peters RK, et al. Preservation of pancreatic beta-cell function and prevention of type 2 diabetes by pharmacological treatment of insulin resistance in high-risk Hispanic women. *Diabetes* 2002;51:2796-2803.
71. เอกสารประกอบการสัมมนาโครงการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์. ใน : ยูซุฟ นิเมะ, สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, บรรณาธิการ. การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สาขาเขตพื้นที่ (สงขลา) และสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ (สวรส.ภาคใต้) 2550.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูล ความเห็น และบทความประกอบในการเขียนเอกสารนี้

คุณอมรรัตน์ ลิ้มเฮง

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

คุณรำภาภรณ์ หอมดีป

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา

นายแพทย์รชชาติ ปัตยะบุตร

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา

นายแพทย์สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา

นายแพทย์เดชา แซ่หลี

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกะป้อ จังหวัดปัตตานี

เกิ้ลชกรยูซูฟ นิมะ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สาขาเขตพื้นที่ (สงขลา)

ทีมงานดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสงขลา โรงพยาบาลสงขลา

คุณสุวัฒน์ ชูทะกะพันธ์

หัวหน้างานสุขศึกษา โรงพยาบาลหาดใหญ่

แพทย์และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน

โรงพยาบาลรามัน โรงพยาบาลละงู

และโรงพยาบาลตากใบ

