

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ
2. ภาวะเท้าเบาหวาน
3. พฤติกรรม การดูแลสุขภาพเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
4. การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพเท้าสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
5. การวิเคราะห์สถานการณ์

โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มอาการของโรคทางเมตาบอลิซึมที่เกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญสารอาหาร คาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมัน ซึ่งมีสาเหตุจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือเกิดจากทั้งสองอย่างร่วมกัน แล้วมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (วรารณ วงศ์ถาวรวัฒน์, 2545; สุทิน ศรีอภัยพร และ วรณิ นิธิยานันท์, 2548) เบาหวานที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus) เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เกิดจากความไม่สมดุลระหว่างการตอบสนองของเนื้อเยื่อและการหลั่งอินซูลิน ตับอ่อนยังสร้างอินซูลินได้แต่มีความผิดปกติในการหลั่งร่วมกับมีภาวะคืออินซูลินจากความผิดปกติของการนำอินซูลินไปใช้ในเนื้อเยื่อ พบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของต่อมไร้ท่อ ตับอ่อนมีขนาดเล็กลง มีการสะสมของไขมันและไลโปฟัสซิน (lipofuscin) เพิ่มขึ้น ทำให้มีจำนวนเบต้าเซลล์น้อยลง ทำให้มีการหลั่งอินซูลินลดลง ร่วมกับเนื้อเยื่อต่างๆ ในร่างกายดื้อต่ออินซูลิน ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสมาใช้เป็นพลังงานได้ (สุทิน ศรีอภัยพร และ วรณิ นิธิยานันท์, 2548; Global Diabetes Community, 2009)

อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน มักมาพบแพทย์ด้วยอาการหลากหลาย เช่น อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ซึมเศร้า น้ำหนักลด กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หรือมาด้วยอาการของภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ได้แก่ ต้อกระจก จอตาเสื่อม ไตเสื่อม การเกิดแผลที่เท้า อาการจากภาวะคีโตอะซิโดสิส (ketoacidosis) กลุ่มอาการไฮเปอร์กลัยซีมิก-ไฮเปอร์ออสโมลาร์ (hyperglycemic-hyperosmolar) หรืออาจไม่มีอาการใดๆ แต่ตรวจเลือดพบระดับน้ำตาลในเลือดสูง จึงทำให้การวินิจฉัยโรคเบาหวานในผู้สูงอายุมักเกิดความผิดพลาดและล่าช้า เนื่องจากอาการของผู้สูงอายุมักไม่มีความชัดเจนของอาการทางคลินิก (อภิรดี ศรีวิจิตรกมล และ สุทิน ศรีอภัยพร, 2548) เมื่อผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยจึงควรตรวจเลือดเพื่อวัดระดับกลูโคสในเลือดเพื่อให้การวินิจฉัยโรคเบาหวานตั้งแต่แรก สามารถวินิจฉัยได้จากระดับของพลาสมากลูโคสหลังอดอาหาร มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับพลาสมากลูโคสที่เวลาใดๆ มากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 2 ครั้งต่างวันกัน ถ้าไม่มีอาการของโรคเบาหวานหรือมีระดับพลาสมากลูโคสที่เวลาใดๆ มากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 1 ครั้งร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวานที่ชัดเจน หรือระดับพลาสมากลูโคสภายหลังดื่มสารละลายกลูโคสในการทดสอบความทนต่อกลูโคสมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (American Diabetes Association, 2007)

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากเบาหวานในผู้สูงอายุ

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากเบาหวานในผู้สูงอายุ พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น มี 2 ประเภท คือ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

1. ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ที่พบบ่อยคือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คือมีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สาเหตุจากการขาดอาหาร การดื่มสุรา หรือการที่มีระดับอินซูลินสูง จากการได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยไม่มีการตั้งของกรดคีโตน ทำให้ไม่รู้สึกรู้ตัว เกิดจากการที่ร่างกายขาดอินซูลิน หรือได้รับอินซูลินไม่เพียงพอ ทำให้ระดับกลูโคสในเลือดสูงขึ้น (สุทิน ศรีอภัยพร และ วรณี นิธิยานันท์, 2548)
2. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง มีหลายชนิดและหลายรูปแบบ สามารถแบ่งได้ตามลักษณะพยาธิสภาพและชนิดของเนื้อเยื่อที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือด

แดงใหญ่ ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดแดงฝอย ภาวะแทรกซ้อนที่จอตา ภาวะแทรกซ้อนที่ไตและภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาท (สาธิต วรรณแสง, 2548)

2.1 ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดแดงใหญ่ ทำให้เกิดการตีบตันของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ที่สำคัญ ได้แก่ หลอดเลือดแดงโคโรนารี หลอดเลือดสมองและหลอดเลือดส่วนปลายที่หาสาเหตุเกิดจากการที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูง กลูโคสในเลือดจะจับกับโปรตีนที่อยู่ในกระแสเลือดและเนื้อเยื่อต่างๆ กลายเป็นสารประกอบที่มีความคงตัว ไม่ปล่อยกลูโคสออกมา มีผลให้โครงสร้างและการทำงานของเซลล์ต่างๆ บกพร่อง เลือดมีความหนืด การไหลเวียนช้าลง ความสามารถในการปล่อยออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงต่ำลง ทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน มีการกำจัด แอลดีแอล โคลเลสเตอรอล (LDL-cholesterol) บกพร่อง LDL มีอายุมากขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงใหญ่แข็ง เกิดการตีบตันของหลอดเลือด นำไปสู่ภาวะหัวใจวาย เส้นเลือดแตกหรืออุดตัน เลือดไปเลี้ยงแขนและขาไม่ดี รวมถึงภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (สาธิต วรรณแสง, 2548)

2.2 ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดแดงฝอยมักเกิดกับหลอดเลือดแดงฝอยทั่วร่างกาย ที่สำคัญคือที่จอตา โกลเมอรูลัสของไตและที่บริเวณขา เกิดจากมีการหนาตัวของ เบสเม้นท์เมมเบรน (basement membrane) มีการสูญเสียการยินยอมให้สารผ่านเซลล์เมมเบรน (permeability) มีการตีบตันของหลอดเลือดฝอย ทำให้แรงดันเลือดในระบบไหลเวียนของเส้นเลือดฝอยเพิ่มขึ้น การไหลเวียนเลือดไม่ดี มีผลให้อวัยวะบางส่วนขาดเลือดไปเลี้ยง หรือเลี้ยงไม่พอ อวัยวะส่วนนั้นจะตายหรือเสียหายที่ (สาธิต วรรณแสง, 2548)

2.3 ภาวะแทรกซ้อนที่จอตา ในช่วงที่น้ำตาลสูงมากๆ เลนส์ตาจะดึงน้ำตาลกลูโคสและน้ำเข้ามา ทำให้เลนส์โป่งพอง ภาพตกไม่ถึงจอตาและทำให้ตามัว มีปัญหาเรื่องการเสื่อมของจอตา เลนส์ตาขุ่น มีโอกาสเกิดต้อกระจกได้มาก การที่น้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดความผิดปกติของจอประสาทตา เส้นเลือดที่มาเลี้ยงจอตาเกิดการโป่งพองแตกออกได้ง่าย ทำให้เลือดไหลเข้าสู่จอรับภาพ เกิดการสร้างหลอดเลือดใหม่ปกคลุมจอรับภาพ อาจเกิดการดึงรั้งทำให้จอตาหลุดจากตำแหน่งเดิม ทำให้สูญเสียการมองเห็นอย่างฉับพลัน (งามเช เรืองวรเวทย์, 2548)

2.4 ภาวะแทรกซ้อนที่ไต โดยปกติเลือดภายในร่างกายจะต้องผ่านการกรองที่ไต เพื่อกำจัดของเสียออกพร้อมกับปัสสาวะ ไตกรองเลือดที่มีน้ำตาลสูงเป็นเวลานานๆ จะทำงานหนัก เสื่อมสมรรถภาพลง ทำให้มีโปรตีนรั่วปนออกมากับปัสสาวะ แล้วค่อยๆ เสียหน้าที่จนถึงขั้นไตวาย (สมเกียรติ วิสุวัญญกุล, 2548)

2.5 ภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาท ระบบประสาทเป็นตัวส่งข้อมูลทำให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายทำงานได้เป็นปกติ เช่น การรับรู้ความรู้สึกร้อนเย็น ในผู้ที่ที่เป็นเบาหวานนานเกิน 25 ปี พบว่าจะมีการเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลายร้อยละ 50 ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางเคมีภายใน

เส้นประสาท มีความผิดปกติของความเร็วในการนำสัญญาณของเส้นประสาท ทำให้มีอาการชา หรือปวดแสบปวดร้อนตามปลายแขน ขา กำลังของกล้ามเนื้อ และรีเฟล็กซ์ลดลง (นาราทพร ประยูรวิวัฒน์ 2548)

ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดร่วมกับภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาท ทำให้เกิดโรค หลอดเลือดไปเลี้ยงที่ขาและเท้า โรคของเส้นประสาท อากาเรเท้าชา ซึ่งก่อให้เกิดบาดแผลที่เท้าใน ผู้ป่วยเบาหวานและนำไปสู่การสูญเสียการทำงาน หรือการถูกตัดขาได้ ซึ่งปัจจุบันพบว่าแผลที่เท้า เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องพบแพทย์หรือนอนโรงพยาบาลได้บ่อยสาเหตุหนึ่ง (ศิริพร จันทน์, 2548; ศิริมา มณีโรจน์, 2550; สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, 2552) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของ เบาหวานที่เกิดขึ้นที่เท้าเรียกว่า ภาวะเท้าเบาหวาน (diabetic foot)

ภาวะเท้าเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานหรือภาวะเท้าเบาหวาน หมายถึง กลุ่มอาการ ของเท้า ที่เกิดจากปลายประสาทเสื่อม เส้นเลือดส่วนปลายตีบตัน และการติดเชื้อในระดับความ รุนแรงต่างๆ กัน รวมถึงปัญหาทุกชนิดที่เกิดขึ้นที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นผลจากการที่ผู้สูงอายุ เป็นเบาหวานมานานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป แล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเท้า เนื่องจากหลอดเลือด เสื่อมจากโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยจะมีการอุดตันของเส้นเลือดที่อยู่ต่ำกว่าเข่า ได้แก่ หลอดเลือดแดง ที่น่อง (peroneal) หลอดเลือดแดงหน้าแข้งด้านหน้า (anterior tibial) และหลอดเลือดแดงหน้าแข้ง ด้านหลัง (posterior tibial) รวมทั้งหลอดเลือดไหลเวียนเสริม ทำให้เลือดไปเลี้ยงที่น้อยลง จึงพบ การขาดเลือดที่น่อง ข้อเท้า และเท้า (ประมุข มุทิตางกูร, 2548) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของเท้าจาก ประสาทส่วนปลายเสื่อม โดยพบว่าอัตราเร็วในการนำสัญญาณของเส้นประสาททั้งสองเส้นลดลง ทำให้เกิดอาการชา ปวดแปล็บเหมือนเข็มตำ ปวดแสบ ปวดร้อน ปวดคล้ายเป็นตะคริว ความไวของ ผิวหนังต่อการรับรู้ความรู้สึกร้อน เย็น ลดลง การสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกสัมผัส การรับรู้ สัมผัสลดลง ทำให้เท้าชา มีโอกาสเกิดแผลที่เท้าได้ง่ายและหายช้า ไม่ค่อยรู้สึกเจ็บปวดเมื่อมี บาดแผลที่เท้า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดเชื้อและเกิดแผลที่เท้าทำให้ ผู้สูงอายุถูกตัดขาร้อยละ 60 (ยุคลธร สุภิมารส, 2549; ศิริพร จันทน์ฉาย, 2548; ศิริมา มณีโรจน์, 2550; AGS, 2007)

แผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

แผลที่เท้า เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดความผิดปกติ และแผลที่เท้าได้บ่อยกว่าและเรื้อรังกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน เนื่องจากแผลที่เกิดขึ้นจะเป็นทางที่เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย สามารถลุกลามไปที่ขาได้อย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อรุนแรงจนเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ (ประมุข มุทิตางกูร , 2548) แผลที่เท้าสามารถแบ่งได้เป็น 3 ชนิดตามกลไกการเกิดแผล ลักษณะของแผล และการดูแลรักษา ได้แก่ แผลเส้นประสาทเสื่อม (neuropathic ulcer) เป็นแผลเบาหวานที่พบได้บ่อยที่สุด เกิดจากภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมจากเบาหวาน แผลขาดเลือด (ischaemic ulcer) เป็นแผลที่เกิดจากหลอดเลือดแดงของขาตีบตัน แผลชนิดนี้หายช้าหรือไม่หาย แผลลุกลามได้ง่าย และแผลติดเชื้อ (infective ulcer) เป็นแผลที่มีเชื้อโรคเข้าทางบาดแผลจากการบาดเจ็บเล็กน้อย หรือเกิดจากแผลชนิดใดชนิดหนึ่งแล้วมีการอักเสบเกิดขึ้น แผลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย อาจเป็นแผลชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือเป็น 2 ชนิด หรือ 3 ชนิดในแผลเดียวกันก็ได้ (Frykberg et al, 2000; National Guideline Clearinghouse, 2008)

กลไกการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

การเกิดแผลเบาหวานเป็นผลมาจากความบกพร่องของการทำงานของอวัยวะสำคัญ 3 ระบบ คือ ระบบประสาท ระบบการไหลเวียนเลือดและระบบภูมิคุ้มกันเชื้อโรค ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานๆ ทำให้เกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกาย โดยก่อให้เกิดพยาธิสภาพขึ้นช้าๆ และมีการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่การทำงานของอวัยวะนั้นๆ (ยุคลธร สุภิมารส, 2549; ศิริพร จันทร์ฉาย, 2548; ศิริมา มณีโรจน์, 2550) จนมีอาการและอาการแสดงของพยาธิสภาพนั้น ได้แก่

1 . ปลายประสาทเสื่อม (peripheral neuropathy) เป็นสาเหตุหลักของการเกิดแผลพบได้ร้อยละ 62-87 ของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์จากการมีแผล โดยมีโอกาสเป็นแผลสูงถึง 8-18 เท่า และมีโอกาสถูกตัดขา 2-15 เท่าเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีปลายประสาทเสื่อม พบอุบัติการณ์และความรุนแรงเพิ่มขึ้นตามอายุและระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน โดยพบอุบัติการณ์ร้อยละ 12, 42 และ 80 เมื่อแรกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน หลังวินิจฉัยน้อยกว่า 5 ปี และหลังวินิจฉัยมากกว่า 15 ปี ตามลำดับ (ยุคลธร สุภิมารส, 2549; ศิริพร จันทร์ฉาย, 2548) และพบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลมีผลต่อระยะเวลาในการเกิดและระดับความรุนแรงของปลายประสาทเสื่อม ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานด้วยซ้ำ เมื่อเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมจะเกิดผลต่อเท้า ดังนี้

1.1 ประสาทรับความรู้สึกเสื่อม (sensory neuropathy) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการชา ไม้รู้สึก ไม่สามารถรับรู้อันตรายที่เกิดขึ้นจากของแหลมคม ความร้อน ความเย็น ตลอดจนแรงกดทับที่ผิดปกติ เช่น แรงบีบจากรองเท้าที่ไม่เหมาะสมได้นาน ๆ โดยไม้รู้สึกเจ็บปวด จนเกิดการขาดเลือดของเนื้อเยื่อบริเวณนั้นและเกิดแผลในที่สุด เมื่อมีแผลผู้ป่วยจะไม้รู้สึกเจ็บและเดินลงน้ำหนัก บริเวณที่มีแผล ก่อให้เกิดการบาดเจ็บมากขึ้น และการติดเชื้อลุกลามจนนำไปสู่การตัดขาในที่สุด (ประมุข มุทิตรากร, 2548; ยุคธรร สุกุมารส, 2549; Aring, Jones & Falko, 2005)

1.2 ประสาทควบคุมกล้ามเนื้อเสื่อม (motor neuropathy) ทำให้กล้ามเนื้อในฝ่าเท้าอ่อนแรงไม้สมดุลและฝ่อลีบ เกิดภาวะเท้าผิดปกติ จูดรับน้ำหนักเปลี่ยนแปลงไป มีจุดรับน้ำหนักมากผิดปกติในบางจุด (high foot pressure) ทำให้เพิ่มแรงกดที่ฝ่าเท้า แรงเสียดสีที่บริเวณกระดูกนิ้วเท้าที่ 2 และ 3 ทำให้เกิดแผลได้ในเวลาต่อมา นอกจากนี้ยังทำให้นิ้วหัวแม่เท้าผิดปกติและเกออก เกิดการเสียดสมดุระหว่างกล้ามเนื้อข้อเท้าและกล้ามเนื้อยึดข้อเท้า ทำให้รูปร่างของเท้าและนิ้วเท้าผิดปกติ (ยุคธรร สุกุมารส, 2549; ศิริมา มณีโรจน์, 2550; Aring, Jones & Falko, 2005)

1.3 ประสาทอัตโนมัติเสื่อม (autonomic neuropathy) ทำให้การควบคุมต่อมเหงื่อเสียไป การผลิตเหงื่อน้อยลง เกิดภาวะผิวหนังของเท้าแห้ง เป็นสะเก็ด หนาและแข็งกระด้าง เกิดรอยแยกของผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณที่มีการหักพับบ่อยๆ เช่น ข้อพับของนิ้วเท้าและบริเวณที่โค้งงอ เช่น ส้นเท้า ตามลายฝ่าเท้า เกิดรอยแตกได้ง่ายเป็นทางเปิดให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการลัดวงจรของหลอดเลือด (arteriovenous shunt) มีผลให้เลือดไปเลี้ยงที่กระดูกและผิวหนังผิดปกติ ทำให้แผลหายช้าและสัมพันธ์กับการเกิดเท้าผิดปกติแบบ Charcot's arthropathy (ประมุข มุทิตรากร, 2548; ยุคธรร สุกุมารส, 2549; Aring, Jones & Falko, 2005)

2 . ความผิดปกติของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral vascular disease: PVD) เป็นสาเหตุสำคัญอันดับสองของการเกิดแผล ในผู้ป่วยเบาหวานพบหลอดเลือดส่วนปลายตีบตันได้สูงถึง 2-3 เท่าเมื่อเทียบกับคนทั่วไป มีความชุกในเพศหญิงสูงขึ้น มักมีการดำเนินโรครวดเร็วกว่า และเป็นกระจัดกระจายหลายตำแหน่งกว่า ปัจจัยเสี่ยงคือ อายุมาก เป็นเบาหวานมานานกว่า 10 -15 ปี ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่และระดับน้ำตาลสูง ความผิดปกติในหลอดเลือดฝอยทำให้หลอดเลือดสูญเสียการควบคุมการไหลเวียนโลหิตอัตโนมัติ เพิ่มทางลัดของเลือดแดงและเลือดดำ เลือดจะไปเลี้ยงบริเวณที่บาดเจ็บน้อยลง รวมถึงเยื่อชั้นใน (basement membrane) ของหลอดเลือดจะหนาตัวขึ้นทำให้ออกซิเจนและเม็ดเลือดขาว ซึ่งมีความสำคัญในกลไกการหายของแผลสามารถออกมา นอกหลอดเลือดได้ง่าย จึงไปขัดขวางการหายของแผล ทำให้อาหารและยาเข้าไม่ถึงแผล และนำไปสู่การถูกตัดขาได้ (ประมุข มุทิตรากร, 2548 ; ยุคธรร สุกุมารส, 2549; ศิริมา มณีโรจน์, 2550)

3 . แรงกดทับและกลไกการบาดเจ็บของเท้า (foot stress) โดยทั่วไปเป็นที่เข้าใจว่าเท้าเบาหวานจะมีปัญหาเนื้อเยื่อไม่แข็งแรงเสี่ยงต่อการเกิดแผลง่าย และแผลมักไม่หายหรือหายช้า แต่จากการศึกษาพบว่า ตามปกติเนื้อเยื่อที่ขาดเส้นประสาทมาเลี้ยง (de-nervated tissue) จะไม่เกิดแผลเองยกเว้นถูกกดทับนาน ๆ และไม่มี การปรับเปลี่ยนจุดกดทับ แต่เมื่อเป็นแผลแล้วสามารถซ่อมแซมให้หายได้คล้ายคลึงกับเนื้อเยื่อที่มีเส้นประสาทมาเลี้ยง ถ้าไม่มีปัจจัยอื่นมาเกี่ยวข้อง เช่นเมื่อมีแผลถ้ารักษาแผลและป้องกันไม่ให้มีแรงกดทับที่แผลแล้วแผลย่อมหายได้ ยกเว้นมีปัญหาคือติดเชื้อรุนแรง หรือมีปัญหาขาดเลือดร่วมด้วย ปัจจัยข้อนี้ เป็นสิ่งสำคัญซึ่งมีการศึกษากันมากจนเป็นที่ยอมรับว่าทีมผู้ดูแลเท้าเบาหวานจะอาศัยความรู้ทางการแพทย์ทั่วไปนั้นไม่พอ ต้องมีความรู้ทางชีวกลศาสตร์ ร่วมด้วยในการปรับเปลี่ยนรองเท้า และกายอุปกรณ์เสริมเพื่อลดแรงกดทับ เมื่อประเมินแรงกระทำต่อเท้าต้องพิจารณาถึงปฏิกิริยาตอบสนองของเนื้อเยื่อต่อแรงกระทำนั้น ๆ และระยะเวลาที่กระทำด้วย แรงกระทำคำนวณได้จากแรงหารด้วยพื้นที่ ($pressure = force/area$) ซึ่งเกิดได้จากทั้งแรงในแนวตั้ง (stress) และแรงในแนวราบ (shear) แรงกดน้อย ระยะเวลาสั้น หรือ แรงกดมาก ระยะเวลาสั้น ทำให้เกิดแผลได้เช่นกัน สามารถแบ่งตามชนิดของแรง และกลไกการบาดเจ็บของเท้าได้ ดังนี้ (ประมุข มุทิตรากร, 2548; ยุคลธร สุภิมารส, 2549; ศิริพร จันทร์ฉาย, 2548; Campbell, 2005)

3.1 แรงกระทำที่รุนแรงและเฉียบพลัน (high-pressure penetrating injury) เช่นการเดินเหยียบตะปูหรือของมีคม เกิดได้ทั้งในผู้ป่วยที่สวมรองเท้าหรือเดินเท้าเปล่า แต่ความรุนแรงและโอกาสจะมากกว่าถ้าเดินเท้าเปล่า บริเวณที่พบแผลบ่อยคือใต้ฝ่าเท้า

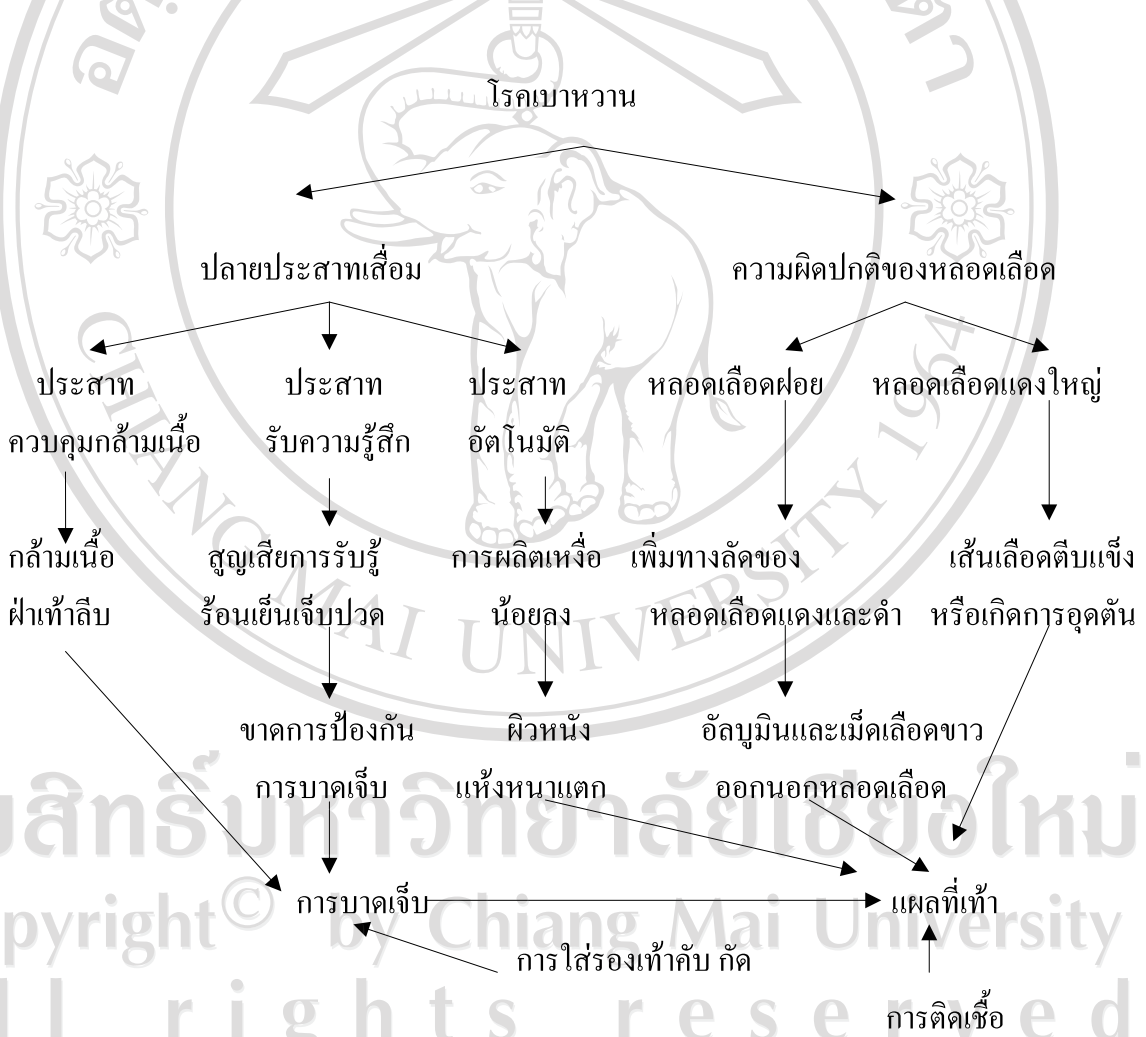
3.2 แรงกระทำปานกลางที่เกิดเป็นระยะ ๆ (moderate-pressure repetitive injury) แรงชนิดนี้เกิดจากการเดินในชีวิตประจำวัน ซึ่งในวงจรการเดินปกติจะมีบางจุดของฝ่าเท้าที่รับน้ำหนักมากกว่าจุดอื่น เช่น บริเวณหัวกระดูก (metatarsal head) จึงเป็นจุดที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลและถ้ามีข้อเท้าติดทำให้แรงกดทับเพิ่มขึ้น โอกาสเกิดแผลย่อมมากขึ้น นอกจากนี้ถ้ามีการตัดนิ้วเท้า นิ้วที่เหลือต้องรับน้ำหนักมากขึ้น โอกาสเกิดแผลที่นิ้วที่เหลืออยู่ยิ่งเพิ่มขึ้นไปอีก

3.3 แรงกดทับเล็กน้อยที่เกิดต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน (low-pressure continuous injury) เช่นการใส่รองเท้าที่คับเกินไปนาน ๆ หลายชั่วโมง โดยผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกเจ็บปวด ทำให้เกิดภาวะเนื้อเยื่อตายเพราะขาดเลือด (ischemic necrosis) บริเวณที่พบแผลบ่อยคือ หลังเท้าหรือด้านข้างนิ้วเท้าที่ถูกรองเท้ากดรัด ถ้ามีนิ้วเท้าที่งอผิดปกติ (claw toes) จะมีแผลที่ปลายนิ้วที่จิกลงพื้น และหลังนิ้วเท้าที่โก่งงอ ซึ่งโดนรองเท้ากดร่วมด้วย (tips-tops ulcer)

4 . การติดเชื้อ (infection) ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ไม่ดี จะมีความผิดปกติของการทำงานของเม็ดเลือดขาวในการกำจัดเชื้อโรคและสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ร่างกาย โดยมีจำนวนและความสามารถในการทำลายเชื้อแบคทีเรียลดลง บริเวณเท้าเป็นตำแหน่งที่มีโอกาสเกิดบาดแผลได้ง่าย

บาดแผลที่เกิดขึ้นแม้เพียงเล็กน้อยจะเป็นช่องทางที่สำคัญที่เชื้อโรคผ่านเข้าสู่ร่างกายและมีการแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว การอักเสบระยะแรกจะพบเฉพาะบริเวณผิวหนังและชั้นไขมันที่อยู่ข้างใต้ ในส่วนที่มีบาดแผล เมื่อเกิดอักเสบมากขึ้นจะมีการอักเสบลุกลามถึงทางเดินน้ำเหลืองทำให้มีการบวมแดงรอบบาดแผล อวัยวะใกล้เคียงและทางเดินน้ำเหลืองเรียกว่า เซลลูไลท์ (cellulites) ลุกลามไปยังชั้นพังคืดหุ้มกล้ามเนื้อ ชั้นใต้ผิวหนัง เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและทั่วร่างกาย ทำให้เสียชีวิตได้ (ประมุข มุทิตรางกูร, 2548; ยุคลธร สุภูมิมาต, 2549; ศิริมา มณีโรจน์, 2550)

สรุปภาพรวมกลไกการเกิดแผล



ภาพที่ 1. แสดงกลไกการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

หมายเหตุ. แหล่งที่มาจาก “การดูแลแผลเบาหวานที่เท้า”, โดย ยุคลธร สุภูมิมาต, 2549, วารสารสภาการพยาบาล, 21(2), 5-15.

การตรวจประเมินภาวะเท้าเบาหวาน (Diabetic foot screen)

การตรวจประเมินเท้า ควรทำในผู้ป่วยทุกรายตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน เพราะจะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพเท้า เช่น มีแผล มีเล็บขบ โดยผู้ป่วยไม่รู้ตัวหรือไม่ เพื่อช่วยให้รักษาได้ทันเวลาที่ การตรวจประเมินเท้าช่วยให้ทราบความเสี่ยงต่อการเกิดแผลของผู้ป่วยเบาหวาน และวางแผนการดูแลสุขภาพเท้าได้อย่างเหมาะสม (The National Collaborating Centre for Primary Care [NCC], 2004; Campbell, 2005)

แนวทางการซักประวัติและตรวจร่างกาย

1. การซักถามประวัติที่เกี่ยวข้องและปัจจัยส่งเสริมต่อการเกิดแผลที่เท้า ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย เช่น ไขมันในเลือดสูง ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาล โรคแทรกซ้อนอื่นๆจากเบาหวาน เช่น ไตวายเรื้อรัง เบาหวานขึ้นจอตา นิ่วส่วนตัวเช่นการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดูแลเท้าเช่น การเดินเท้าเปล่า ประวัติการมีแผลหรือถูกตัดนิ้วเท้าหรือขามาก่อน สาเหตุของการเกิดแผลหรือถูกตัดขา ปัญหาสุขภาพเท้าที่พบในปัจจุบัน ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับเบาหวาน กลไกการเกิดปัญหาที่เท้าและการดูแลเท้าที่ถูกต้อง (เฉลาศรี เสงี่ยม, 2548 ศิริพร จันทร์ฉาย, 2548; NCC, 2004)

2. การตรวจเท้าเพื่อประเมินภาวะปลายประสาทเสื่อม (peripheral neuropathy), โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vascular disease), ความเปลี่ยนแปลงทางชีวกลศาสตร์ (altered biomechanic) ประกอบด้วยการตรวจในด้านต่างๆ ดังนี้

2.1 การตรวจประเมินทางระบบประสาท (neurological evaluation) เป็นการค้นหาภาวะปลายประสาทเสื่อม (peripheral neuropathy) ของประสาทสั่งการ ประสาทรับความรู้สึกและประสาทอัตโนมัติ การตรวจประสาทสั่งการสามารถตรวจได้โดยการหาอาการอ่อนแรงหรือลีบฝ่อของกล้ามเนื้อเท้าและกล้ามเนื้อกระดูกข้อเท้า การตรวจประสาทรับความรู้สึก นิยมใช้ อุปกรณ์การตรวจที่เรียกว่า โมโนฟิลาเมนต์ ขนาด 10 กรัม [Semmes Weinstein Monofilament 5.07 (10 g)] ในการตรวจประเมินความรู้สึกจากแรงกดขนาดเบา (light touch pressure) ถ้าไม่รับรู้สัมผัสจากการตรวจ ถือว่าสูญเสียความรู้สึกในการป้องกันอันตราย การตรวจประสาทอัตโนมัติ สามารถประเมินได้จากลักษณะของผิวหนังแห้ง แตกเป็นร่อง (เฉลาศรี เสงี่ยม, 2548; ศิริพร จันทร์ฉาย, 2548; NCC, 2004)

การวินิจฉัย ถ้ารับรู้สัมผัสจากการทดสอบด้วยโมโนฟิลาเมนต์ ครบทั้ง 10 จุด ถือว่าไม่มีภาวะปลายประสาทเสื่อม ถ้าไม่รับรู้สัมผัสจากการทดสอบด้วยโมโนฟิลาเมนต์ ตั้งแต่ 1 จุดขึ้นไป ร่วมกับไม่พบความผิดปกติใดๆ ถือว่ามีภาวะปลายประสาทเสื่อมแต่ไม่พบ ความผิดปกติของเท้าแบบ ชาร์คอต จอยท์ (Charcot joint) ถ้าไม่รับรู้สัมผัสจากการทดสอบด้วยโมโนฟิลาเมนต์ ตั้งแต่ 1 จุดขึ้นไป ร่วมกับพบความผิดปกติของเท้าแบบ ชาร์คอต จอยท์ (Charcot joint) ใดๆ ถือว่ามีภาวะปลายประสาทเสื่อมร่วมกับพบความผิดปกติของเท้าแบบ ชาร์คอต จอยท์ (Charcot joint)

2.2 การตรวจประเมินระบบหลอดเลือดส่วนปลาย (vascular screening) เป็นการตรวจหาลักษณะการขาดเลือดเรื้อรัง เช่น อาการผิวหนังไม่มีขน เท้าเย็น การคลำชีพจรบริเวณข้อเท้า (posterior tibial pulse) ชีพจรบริเวณหลังเท้า (dorsalis pedis pulse) ร่วมกับการซักประวัติเกี่ยวกับอาการขาไม่ค่อยมีแรง ปวดน่องขณะพัก เจ็บปวดที่เท้าและรู้สึกเท้าเย็น

การวินิจฉัย ถ้าคลำชีพจรที่เท้าได้ชัดเจนทุกตำแหน่ง ถือว่าไม่มีภาวะหลอดเลือดส่วนปลายตีตัน ถ้าคลำชีพจรที่เท้าได้เบาหรือคลำไม่ได้ถือว่าภาวะหลอดเลือดส่วนปลายตีตัน (เฉลาศรี เสงี่ยม, 2548; ศิริพร จันทร์ฉาย, 2548; NCC, 2004)

2.3 การตรวจประเมินทางด้านกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นการตรวจหาปัจจัยที่ทำให้เกิดแรงกดทับที่ผิดปกติ การกระจายแรงกดที่กระทำต่อเท้าผิดปกติ เช่น เข้าโค้ง การทรงตัวผิดปกติ ข้อเท้าตกลเนื่องจากมีแรงกดต่อเท้าส่วนหน้ามากขึ้นมีสาเหตุจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง เท้าผิดรูป เห็นปุ่มกระดูกได้ชัดเจนเนื่องจากกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อลีบฝ่อ (เฉลาศรี เสงี่ยม, 2548; ศิริพร จันทร์ฉาย, 2548; NCC, 2004)

2.4 การตรวจประเมินผิวหนังและเล็บ เป็นการตรวจหาลักษณะผิวแห้ง แดง แผล ถลอก บริเวณที่ร้อนแดงหรือแข็งด้านผิดปกติ บ่งบอกว่ามีแรงกดมาก เสี่ยงต่อการเกิดแผล เล็บยาวเกินไปทำให้เกิดแผลต่อบริเวณข้างเคียง เล็บขบหรือเชื้อราบริเวณง่ามนิ้วเท้า อาจนำไปสู่การติดเชื้อลุกลาม (เฉลาศรี เสงี่ยม, 2548; ศิริพร จันทร์ฉาย, 2548; NCC, 2004)

2.5 การประเมินรองเท้า เป็นการตรวจว่าขนาดและรูปแบบของรองเท้ามีความเหมาะสมหรือไม่ มีบริเวณใดที่รับน้ำหนักมากผิดปกติหรือไม่ มีความรู้สึคว่าไม่สวมรองเท้าหรือกั้วรองเท้าหลุดหรือไม่ ถ้ามีให้ถือว่า ผู้ป่วยมีประสาทรับความรู้สึกเสื่อม (เฉลาศรี เสงี่ยม, 2548; ศิริพร จันทร์ฉาย, 2548; NCC, 2004)

2.6 การประเมินแผลและการติดเชื้อ ควรประเมินถึงสาเหตุ นำ ระยะเวลาที่เกิดแผล ระยะเวลาในการรักษา ตำแหน่ง ขนาด ความลึกของแผล ส่วนการประเมินการติดเชื้อของแผล ควรประเมินอาการปวด บวม แดง ร้อนของแผล ผิวหนังบริเวณแผล ลักษณะสารคัดหลั่งจากแผล กลิ่น ภาวะไข้ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (เฉลาศรี เสงี่ยม, 2548; ยุคลธร สุภิมาธ, 2549; NCC, 2004)

การจำแนกความเสี่ยงต่อการเกิดแผลและการถูกตัดขา แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ 0 หมายถึง ไม่มีการสูญเสียความรู้สึกในการป้องกันอันตราย (no loss of protective sensation) โดยสามารถรับรู้สัมผัสจากการตรวจด้วยโมโนไฟลาเมนต์ ครอบคลุมตำแหน่ง และไม่เคยมีแผลหรือถูกตัดขามาก่อน

ระดับ 1 หมายถึง การสูญเสียความรู้สึกในการป้องกันอันตราย (loss of protective sensation) คือไม่สามารถรับรู้สัมผัสจากการตรวจด้วยโมโนไฟลาเมนต์ ตั้งแต่ 1 ตำแหน่งขึ้นไปและยังไม่พบความผิดปกติอื่นๆ

ระดับ 2 หมายถึง การสูญเสียความรู้สึกในการป้องกันอันตราย (loss of protective sensation) ร่วมกับมีจุดรับน้ำหนักผิดปกติที่เท้า เช่น ตาปลา เท้าผิดปกติ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของข้อต่อที่เท้า และหรือมีการไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้าผิดปกติ

ระดับ 3 หมายถึง เคยมีแผลที่เท้าหรือเคยถูกตัดขานี้ว่เท้ามาก่อน หรือมีความผิดปกติของเท้าแบบ Charcot foot (เจลาศรี เส็งี่ยม, 2548; ศิริพร จันทร์ฉาย, 2548; NCC, 2004)

การดูแลรักษาแผลเบาหวานที่เท้า

หลักการทั่วไปในการดูแลแผลที่เท้าประกอบด้วย 1) การประเมินแผล 2) การควบคุมการติดเชื้อ 3) การลดแรงกดที่แผล 4) การเพิ่มการไหลเวียนเลือด 5) การส่งเสริมการหายของแผล ซึ่งมีวิธีการที่หลากหลาย ทั้งวิธีที่ไม่ใช้เทคโนโลยีหรือใช้เทคโนโลยีขั้นสูง วิธีที่มีราคาถูกหรือมีราคาแพง หรือเป็นวิธีที่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การเลือกรูปแบบจึงขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของทรัพยากรในหน่วยงานร่วมกับความชอบของผู้ป่วย (ประมุข มุทิตางกูร, 2548; ยุคธรร สุภิมากรศ, 2549; ศิริมา มณีโรจน์, 2550)

การประเมินแผล เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษา การประเมินชนิดของแผล ความรุนแรง และขนาดของแผลจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการเลือกวิธีการดูแลแผลที่

เหมาะสม การประเมินชนิดของแผลสามารถทำได้จากการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด ให้ครอบคลุมอาการและอาการแสดงของปลายประสาทเสื่อม โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายและการติดเชื้อที่แผลว่าเป็นแผลชนิดใด เป็นแบบชนิดเดียว หรือมีหลายชนิดร่วมกัน การประเมินความรุนแรงของแผลมีวิธีการที่นิยมใช้ 2 แบบคือของเวกเนอร์ (Wagner) และของมหาวิทยาลัยแทกซัส การประเมินความรุนแรงของแผลของเวกเนอร์มีการประเมินความลึกของแผลและภาวะติดเชื้อที่กระดูก (osteomyelitis) หรือภาวะเนื้อตายขาดเลือด (gangrene) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ส่วนแบบมหาวิทยาลัยแทกซัส ประเมินทั้งความลึก การติดเชื้อและภาวะขาดเลือด การประเมินขนาดของ

แผลเป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาและประเมินการหายของแผลโดยวัดทั้งความกว้าง ความยาวและความลึก เริ่มวัดตั้งแต่แรกรับและทุกสัปดาห์ โดยต้องลงบันทึกทุกครั้ง (ประมุข มุทิตรากร, 2548; ยุคลธร สุภิมารศ, 2549; ศิริมา มณีโรจน์, 2550)

การควบคุมการติดเชื้อ เมื่อเกิดการติดเชื้อที่แผลต้องรีบทำการตัดเนื้อตายออกโดยเร็ว ที่สุดร่วมกับการเพาะเชื้อเพื่อประกอบการพิจารณาเลือกใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม การเก็บตัวอย่างเนื้อเยื่อที่เหมาะสมจะช่วยให้พบสาเหตุที่แท้จริง การให้ยาฆ่าเชื้อเฉพาะที่ใส่แผลที่ไม่มีผลทำลายเนื้อเยื่อที่ติดเชื้อใหม่และมีส่วนผสมของซิลเวอร์ (silver) จะช่วยกระตุ้นกระบวนการหายของแผล ซึ่งวิธีนี้จะใช้หลังจากมีการตัดเนื้อตายออกไปมากแล้ว และควรตรวจดูแผลอย่างใกล้ชิดทุกวัน เมื่อการติดเชื้อหายไปควรหยุดยาฆ่าเชื้อเฉพาะที่ทันที เพราะยาฆ่าเชื้อและยาปฏิชีวนะเฉพาะที่มีผลทำลายเนื้อเยื่อที่ติดเชื้อใหม่ (กุลภา ศรีสวัสดิ์ และ สุทิน ศรีอภัยพร, 2548; ประมุข มุทิตรากร, 2548; ยุคลธร สุภิมารศ, 2549; ศิริมา มณีโรจน์, 2550)

การลดแรงกดที่แผล ผู้ป่วยที่มีแผลปลายประสาทเสื่อม มักมีเท้าผิดปกติเกิดมีปุ่มกระดูก กดเนื้อเยื่อจากภายในทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นมีการเสียดสีมากกว่าปกติและเกิดเป็นแผลขึ้น ประกอบกับกล้ามเนื้อฝ่าเท้าลีบแบน การลดแรงกดจากบริเวณที่เป็นแผลไปสู่บริเวณอื่นจึงเป็นการส่งเสริมการหายของแผลที่สำคัญ วิธีที่ง่ายที่สุดคือการนอนพักเฉยๆ และหลีกเลี่ยงการเดินถ้าไม่จำเป็น การใช้อุปกรณ์ช่วยในการเดินเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยลงน้ำหนักที่เท้าข้างที่มีแผลตามความเหมาะสม เช่น การใช้รถเข็น (wheel chairs) ไม้ค้ำยัน (crutches) หรือการใส่เฝือกชนิดแบบคลุมข้อเท้าและเท้าทั้งหมด (total contact cast) ซึ่งการใส่เฝือกแบบนี้ต้องทำโดยผู้ที่มีความชำนาญเพราะก่อนใส่เฝือกต้องแน่ใจว่าไม่มีการติดเชื้อ การไหลเวียนเลือดไปที่ขาดี รอบแผลต้องเสริมด้วยวัสดุที่เหมาะสมเพื่อไม่ให้มีการกดโดยเฝือก (กุลภา ศรีสวัสดิ์ และ สุทิน ศรีอภัยพร, 2548; ประมุข มุทิตรากร, 2548; ยุคลธร สุภิมารศ, 2549; ศิริมา มณีโรจน์, 2550)

การเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคหลอดเลือดแดงอุดตันในระดับน้อยถึงปานกลาง อยู่ในระยะเวลาที่ไม่รุนแรง การดูแลแผลขาดเลือดอย่างถูกวิธีและการให้การรักษาแบบประคับประคองอย่างมีประสิทธิภาพ แผลขาดเลือดอาจหายได้ สามารถทำได้ดังนี้ (ประมุข มุทิตรากร, 2548; ยุคลธร สุภิมารศ, 2549; ศิริมา มณีโรจน์, 2550)

1. ให้การควบคุมเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพโดยควบคุมไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำจนเกินไป การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี จะทำให้การหายของแผลช้าและเพิ่มความเสี่ยงในการถูกตัดเท้า เกณฑ์ที่เหมาะสมและดีที่สุดของระดับน้ำตาลในเลือด อย่างน้อยที่สุดไม่ควรเกิน 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
2. ควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. ห้ามผู้ป่วยสูบบุหรี่เด็ดขาด
 4. ใช้ยาซึ่งช่วยเพิ่มระบบไหลเวียนเลือดของขา ได้แก่ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet agents) ยาขยายหลอดเลือด (vasodilator) ยาต้านการเป็นลิ่มเลือด (anticoagulant)
- ในผู้ป่วยที่มีอาการระดับปานกลางถึงรุนแรงควรได้รับการประเมินอย่างละเอียดเพื่อแก้ไขปัญหาคุดตันของหลอดเลือดโดยการตัดต่อเส้นเลือด ในกรณีแผลที่เท้ามีการติดเชื้ออย่างรุนแรง ต้องผ่าตัดเอาเนื้อเยื่อที่มีการติดเชื้อออกให้หมด แต่หากมีการอักเสบรุนแรงมากจนลุกลามไปถึงระดับเนื้อข้อเท้าและมีการติดเชื้อทั่วร่างกาย อาจจำเป็นต้องตัดส่วนของขาจนทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพได้ ดังนั้นการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานจึงเป็นมาตรการที่สำคัญในการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและยังช่วยลดอันตรายหรือภาวะทุพพลภาพแก่ผู้ป่วยได้

พฤติกรรมดูแลสุขภาพเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

การดูแลสุขภาพเท้าสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแผลที่เท้าเป็นสิ่งที่สำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมีสุขภาพอนามัยที่ดี ปลอดภัยจากการเกิดแผล การติดเชื้อ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต การสูญเสียขาและช่วยประหยัดงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน มีคำกล่าวว่า ผู้เป็นเบาหวานจะต้องรักษาความสะอาดของเท้ายิ่งกว่าใบหน้า เป็นการสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการดูแลเท้าในผู้เป็นเบาหวาน การดูแลสุขภาพเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมีดังนี้ (เทพ หิมะทองคำ และคณะแพทย์โรงพยาบาลเทพธารินทร์, ม.ป.ป.; สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, 2552)

1. การดูแลและรักษาความสะอาดของผิวหนัง
 - 1.1 ทำความสะอาดเท้าและดูแลผิวหนังทุกวัน ควรล้างเท้าด้วยน้ำธรรมดาและสบู่อ่อนทุกวันหลังอาบน้ำ ตามซอกนิ้วเท้าและส่วนต่างๆ ของเท้าอย่างทั่วถึง ไม่ควรใช้แปรงหรือขนเนื้อแข็งขัดเท้า ซับเท้าให้แห้งด้วยผ้าที่สะอาดและนุ่ม เช่นผ้าขนหนู โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณซอกนิ้วเท้า ระวังอย่าเช็ดแรงเกินไปเพราะผิวหนังอาจลอกเป็นแผลได้ (เทพ หิมะทองคำ และคณะแพทย์โรงพยาบาลเทพธารินทร์, ม.ป.ป.; ถ้ายอง ทับทิมศรี, 2541; สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, 2551; Boulton, Cavanagh, & Rayman, 2006)
2. การตรวจเท้า
 - 2.1 ควรสำรวจเท้าเพื่อค้นหาความผิดปกติด้วยตนเองทุกวัน เช่น ตาปลา หนอง ฟอง ตุ่มพุพอง รอยแตกของผิวหนัง แผลอักเสบ ปวด บวม แดง จับคู่อื่นๆ แผลรอยขีด ขีด ผิวเปลี่ยนสีเป็น

สีกัลหรือซิดคิตปกติ เล็บขบ โดยตรวจทั่วทั้งฝ่าเท้า ส้นเท้า นิ้วเท้า ซอกระหว่างนิ้วเท้าและรอบเล็บ (ถ้ามองเห็นไม่สะดวกอาจใช้กระจกส่อง) (เทพ หิมะทองคำ และคณะแพทย์โรงพยาบาลเทพธารินทร์ , ม.ป.ป.; ถ้ายอง ทับทิมศรี, 2541; สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, 2551; Boulton, Cavanagh, & Rayman, 2006)

2.2 เมื่อพบความผิดปกติ เช่น เล็บขบ ตาปลา หูด ผิวน้ำแข็งและแตกเป็นร่อง ควรปรึกษาแพทย์ทันที (ถ้ายอง ทับทิมศรี, 2541; สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, 2551; Boulton et al., 2006; NICE, 2004)

3. การป้องกันผิวน้ำแข็งไม่ให้เกิดแผลที่เท้า

3.1 การตัดเล็บให้ใช้ที่ตัดเล็บตัดตรงๆ เสมอปลายนิ้ว อย่าตัดเล็บโค้งเข้ามุกเล็บ หรือตัดลึกมาก เพราะจะเกิดแผลได้ง่าย ถ้ามีเล็บขบต้องปรึกษาแพทย์ ไม่ควรใช้วัตถุแข็งและซอติบ การตัดเล็บควรทำหลังล้างเท้า หรืออาบน้ำใหม่ๆ เพราะเล็บจะอ่อนและตัดง่าย ไม่ควรแช่เท้าก่อน ตัดเล็บ เพราะผิวน้ำแข็งรอบเล็บอาจเปื่อยและเกิดแผลขณะตัด ถ้าสายตามองเห็นไม่ชัด ควรให้ผู้อื่น ตัดเล็บให้ ในการใช้ตะไบเล็บเท้าที่หน้าผิดปกติ ให้ตะไบไปทางเดียวกันไม่ควรย้อนไปมา เพื่อ ป้องกันการเสียดสีผิวน้ำแข็งรอบเล็บ (เทพ หิมะทองคำ และคณะแพทย์โรงพยาบาลเทพธารินทร์ , ม.ป.ป.; ถ้ายอง ทับทิมศรี, 2541; สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, 2551)

3.2 ถ้าผิวแห้งอาจทำให้คัน มีการเกา เกิดรอยแตกติดเชื้อได้ง่าย ให้ทาครีมบางๆ เพิ่มความชุ่มชื้น โดยเว้นบริเวณซอกนิ้วเท้า เพื่อป้องกันการหมักหมมซึ่งอาจทำให้เกิดเชื้อราได้ง่าย ถ้าผิวน้ำแข็งขึ้นห่อออกง่าย หลังเช็ดเท้าให้แห้งแล้ว ควรใช้แป้งฝุ่นโรย (เทพ หิมะทองคำ และ คณะแพทย์โรงพยาบาลเทพธารินทร์ , ม.ป.ป.; ถ้ายอง ทับทิมศรี, 2541; สมาคมผู้ให้ความรู้ โรคเบาหวาน, 2551)

3.3 ใส่ถุงเท้าที่ทำด้วยผ้าฝ้ายนุ่ม ไม่ใช่ถุงเท้าไนลอน หรือถุงเท้าที่รัดมาก เปลี่ยน ถุงเท้าทุกวัน ควรใส่ถุงเท้าด้วยทุกครั้งสวมรองเท้า (เทพ หิมะทองคำและคณะแพทย์โรงพยาบาล เทพธารินทร์, ม.ป.ป.; ถ้ายอง ทับทิมศรี, 2541; สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, 2551)

3.4 สวมรองเท้าที่เหมาะสม รองเท้าควรมีขนาดพอดี ไม่คับหรือหลวมเกินไป เมื่อ ยืนควรมีระยะห่างหัวรองเท้าและปลายนิ้วเท้าที่ยาวที่สุดประมาณครึ่งนิ้ว และมีความกว้างที่สุด คือ บริเวณปุ่มกระดูกด้านข้างของนิ้วหัวแม่เท้า (โคนของนิ้ว) มีส่วนหัวที่ปานสูงพอควร เพื่อป้องกัน ไม่ให้นิ้วเท้าและหลังเท้าเสียดสีกับรองเท้า ควรสวมรองเท้าหุ้มส้น ไม่ใช่รองเท้าส้นสูง (เทพ หิมะ ทองคำและคณะแพทย์โรงพยาบาลเทพธารินทร์, ม.ป.ป.; ศิริพร จันท์ฉาย, 2548; ถ้ายอง ทับทิมศรี, 2541; สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, 2551)

3.5 การซื้อรองเท้าควรซื้อในช่วงบ่ายหรือเย็นเพื่อมิให้รองเท้าที่คับเกินไป วัสดุที่ใช้ทำรองเท้าควรมีลักษณะนิ่ม มีส่วนรองเท้าเป็นแผ่นรองรับแรงกระแทกภายใน เช่นรองเท้า กีฬา จะช่วยลดแรงกดที่ฝ่าเท้าได้ดี ไม่ควรใช้รองเท้าแตะที่มีที่ค้ำง่ามนิ้วเท้า ควรสวมรองเท้าที่มี เชือกผูก จะปรับได้ง่ายเวลาที่เท้าขยายตัว ในรายที่ฝ่าเท้าผิดปกติควรใส่รองเท้าที่ตัดขึ้น โดยเฉพาะ อาจต้องใส่รองเท้าที่มีความลึก และกว้างเป็นพิเศษ เพื่อจะได้ใส่แผ่นซับน้าหนักซึ่งสั่งตัดขึ้นให้ เหมาะสมกับฝ่าเท้าของผู้เป็นเบาหวานแต่ละราย (ศิริพร จันทรฉาย, 2548; ถ้ายอง ทับทิมศรี, 2541; สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, 2551)

3.6 เมื่อใส่รองเท้าคู่ใหม่ ควรใส่เพียงวันละ ครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง แล้วเปลี่ยนเป็นคู่เก่า สลับก่อนสัก 3-5 วัน เพื่อป้องกันรองเท้ากัด สังเกตรอยแตกหรือตุ่มพองทุกครั้งหลังใส่รองเท้าใหม่

3.7 สวมรองเท้าหรือรองเท้าแตะตลอดเวลา ทั้งในและนอกบ้าน ก่อนใส่รองเท้า ควรตรวจดูว่ามีสิ่งแปลกปลอมอยู่ในรองเท้าหรือไม่ ถ้ามีให้เอาออกก่อน

3.8 ป้องกันมิให้เกิดบาดแผล แม้แต่แผลเล็กน้อย เช่น น้ำมันร้อนกระเด็นใส่หลังเท้า หรือหลุดจากการถูของแข็ง ก็อาจเกิดแผลและหายช้า เพราะขาดเลือดมาเลี้ยง (เทพ หิมะทองคำ และคณะแพทย์โรงพยาบาลเทพธารินทร์, ม.ป.ป.; ถ้ายอง ทับทิมศรี, 2541; สมาคมผู้ให้ความรู้ โรคเบาหวาน, 2551)

3.9 ถ้ามีผิวหนังที่หนา หรือตาปลา ควรได้รับการตัดให้บางๆ ทุก 6-8 สัปดาห์ โดย แพทย์ผู้ชำนาญ (เทพ หิมะทองคำและคณะแพทย์โรงพยาบาลเทพธารินทร์, ม.ป.ป.; ถ้ายอง ทับทิม ศรี, 2541; สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, 2551)

4. ส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้า

4.1 งดสูบบุหรี่

4.2 ไม่ควรนั่งไขว่ห้าง อาจทำให้การไหลเวียนโลหิตไม่สะดวก หลีกเลี่ยงการยืน เป็นเวลานานๆ ไม่สวมถุงเท้าที่มียางรัดส่วนบนที่แน่นมาก

4.3 ถ้าเท้าเย็นในเวลากลางคืน ควรสวมถุงเท้าอุ่นๆ หนาหรือใช้ผ้าห่มให้เท้าอุ่น

4.4 การบริหารเท้า เพื่อช่วยทำให้การหมุนเวียนของเลือดที่เท้าดีขึ้น สามารถทำได้ โดย ออกกำลังกายด้วยการเดินเร็ว หรือวิ่งเหยาะๆ วันละ 20-30 นาที ร่วมกับ หมั่นบริหารเท้า (เทพ หิมะทองคำและคณะแพทย์โรงพยาบาลเทพธารินทร์, ม.ป.ป.; ถ้ายอง ทับทิมศรี, 2541; สมาคมผู้ให้ ความรู้โรคเบาหวาน, 2551)

วิธีบริหารเท้า ให้นั่งตัวตรงบนเก้าอี้ (ห้ามเอาหลังพิงพนักเก้าอี้)

ท่าที่ 1 ทำ 10 ครั้ง งอนิ้วเท้าของเท้าทั้ง 2 ข้างขึ้นมาข้างบน แล้วเหยียดตรงลงล่าง

โดยไม่ยกส้นเท้า

ท่าที่ 2 ทำ 10 ครั้ง ยกปลายเท้าทั้ง 2 ข้างขึ้นจากพื้น ให้สูงที่สุดเท่าที่จะสูงได้ โดยที่ไม่ยกส้นเท้า วางปลายเท้า แล้วยกส้นเท้าขึ้น โดยที่ปลายนิ้วยืนอยู่ที่พื้น

ท่าที่ 3 ทำ 10 ครั้ง ให้ส้นเท้าอยู่กับพื้น ยกปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง หมุนปลายเท้า เป็นวงกลม และกลับมาอยู่ตรงกลาง

ท่าที่ 4 ทำ 10 ครั้ง ให้ปลายเท้าอยู่กับพื้น ยกส้นเท้า หมุนส้นเท้าให้เป็นวงกลม และกลับมาอยู่ตรงกลาง

ท่าที่ 5 ทำข้างละ 10 ครั้ง ทำทีละข้าง เริ่มจาก ยกขาและยืดให้ตรงทีละข้าง ค้างไว้ นับ 1 ถึง 3 เหยียดเท้าโดยให้ปลายนิ้วเท้าชี้เหยียด ไปด้านหน้า

ท่าที่ 6 ทำข้างละ 10 ครั้ง ทำทีละข้าง เริ่มจากยืดขาทีละข้างออกไปในขณะที่ ส้นเท้ายึดอยู่ที่พื้น ยกขาขึ้นมาให้ตรงขนานกับพื้น งอฝ่าเท้าเข้ามาหาตัว แล้วยืดกลับ

ท่าที่ 7 ทำ 10 ครั้ง ทำเหมือนท่าที่ 6 แต่ทำ 2 ข้างพร้อมกัน

ท่าที่ 8 ทำ 10 ครั้ง ยืดและงอฝ่าเท้า สลับกัน โดยทำพร้อมกัน งอเท้าทั้ง 2 ข้าง โดยใช้นิ้วเท้าขยับ แต่ไม่ขยับขา

ท่าที่ 9 ทำข้างละ 10 ครั้ง เหยียดขาให้ตรงแล้วยกขึ้นขนานกับพื้น ใช้นิ้วเท้า หมุนปลายเท้าเป็นวงกลม นับ 1-10 (ใช้เท้าเขียนเป็นตัวเลขในอากาศ ตั้งแต่ 1-10)

ท่าที่ 10 ทำครั้งเดียว หยิบกระดาษหนังสือพิมพ์มา 1 หน้าหรือผ้า วางลงบนพื้น และใช้เท้าทั้ง 2 ข้างทำกระดาษนั้นให้เป็นลูกกลมๆ เมื่อทำเสร็จให้คลี่ออกและฉีกกระดาษนั้นเป็น ชิ้นๆ โดยใช้นิ้วเท้าทั้ง 2 ข้างฉีกออก เอากระดาษอีกหน้าหนึ่งที่ติดกับหน้าที่เอามาทำลูกบอลกลางพื้น

แล้วใช้นิ้วเท้าเก็บเศษกระดาษวางบนแผ่นที่ตีจนหมดแล้ว ปั่นกระดาษแผ่นนั้นให้เป็นก้อนกลมๆ

อัดแน่นโดยใช้เท้าทำ แล้วเอาไปทิ้ง (ชดช้อย วัฒนธรรม , 2549; เทพ หิมะทองคำ และคณะแพทย์

โรงพยาบาลเทพารินทร์, ม.ป.ป.; ถ้ายอง ทับทิมศรี, 2541; สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, 2551)

5. การดูแลรักษาบาดแผล เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการลุกลามของแผล

5.1 เมื่อเกิดแผลที่เท้าให้ล้างแผลด้วยน้ำและสบู่ และดูแลเท้าให้แห้งอยู่เสมอ

5.2 ห้ามเจาะ ตัด หรือลอกหนังออก เมื่อเกิดตุ่มพองที่เท้าเพราะเป็นหนทางให้เชื้อโรค

เข้าสู่ผิวหนัง

5.3 ไม่ใช้ยาฆ่าเชื้อโรค

5.4 ไม่ควรใช้สมุนไพรพอกแผล เพราะอาจเกิดแผลติดเชื้อ (ยุคลธร สุภิมารศ, 2549; ถ้ายอง ทับทิมศรี, 2541; NICE, 2004)

การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแผลที่เท้าในผู้สูงอายุเบาหวาน มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จึงต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างๆ โดยเฉพาะในเรื่องของการให้ความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร ซึ่งมีวิธีการในการให้ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ หลายรูปแบบเช่น การสอนสุขภาพ การให้คำปรึกษา การสร้างกลุ่มสนับสนุนทางสังคม การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

การสอนสุขภาพ

การสอนสุขภาพ การสอนสุขอนามัยและการสอนสุขศึกษามีความหมายเหมือนกัน การสอนสุขภาพหมายถึงกิจกรรมที่กระทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยซึ่งองค์การอนามัยโลกใช้คำว่า สอน สุขศึกษา หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนด้วยความสมัครใจ ในฐานะที่เป็นคนหนึ่งที่ต้องดูแลสุขภาพตนเองและบุคคลอื่นรวมทั้งสังคมและส่วนรวม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเป็นผลมาจากการจัดประสบการณ์ต่างๆ ในการเรียนรู้ให้กับประชาชน ผลของการสอนสุขภาพจะทำให้ประชาชนมีการพัฒนาทักษะชีวิตในการที่จะปฏิบัติตนเองเพื่อให้มีสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (รวมพร คงกำเนิด, 2543)

วัตถุประสงค์ของการสอนสุขภาพ เพื่อช่วยและส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้รับความรู้ด้านสุขภาพ มีเจตคติด้านสุขภาพที่ถูกต้องและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม โดยเป็นความพยายามที่เกิดขึ้นจากบุคคล ครอบครัว และชุมชนดำเนินการเอง ซึ่งการจัดกิจกรรมหรือประสบการณ์ต่างๆ จากพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ทำให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้และตระหนักในปัญหาสุขภาพ นำไปสู่ผลสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในที่สุด (พรณี บัญชรหัตถกิจ อ่างใน รวมพร คงกำเนิด, 2543)

รูปแบบของการสอนสุขภาพ แบ่งออกได้ 2 ประเภท คือการสอนเป็นรายบุคคลและการสอนเป็นกลุ่ม การสอนเป็นรายบุคคล เป็นการสอนสุขภาพแก่ผู้เรียนแบบตัวต่อตัว โดยคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล ในเรื่องความสามารถ ความถนัด ความพร้อมและความสนใจ เป็น

การเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ใช้ความรู้ความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่ (รวมพร คงกำเนิด , 2543) มีกลวิธีการสอนดังนี้

- 1 . การเยี่ยมบ้าน เป็นการสอนผู้ป่วยและประชาชนในขณะที่เยี่ยมบ้านเพื่อให้ประชาชนได้รับความรู้ สามารถดูแลและพึ่งพาตนเองได้ เป็นการให้ความรู้ตามปัญหาและสภาพที่บุคคลและครอบครัวเผชิญอยู่ สามารถให้คำปรึกษาด้านสุขภาพหรือด้านอื่นๆ ที่สนใจด้วย
- 2 . การสอนผู้ป่วยในคลินิก เป็นการสอนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพเป็นรายบุคคล ซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจในธรรมชาติและลักษณะของบุคคล ต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรีและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้ใช้ความสามารถในการตัดสินใจที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง
- 3 . การใช้บทเรียนสำเร็จรูป เป็นการนำเครื่องมือที่ช่วยถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัย โดยมีการเรียบเรียงตามขั้นตอนโดยพิจารณาเนื้อหา ความรู้ให้เหมาะสมตามความสามารถของผู้เรียนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ไปทีละน้อยตามลำดับ เช่นการนำคอมพิวเตอร์มาเป็นสื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง

การสอนเป็นกลุ่มหมายถึง การสอนผู้เรียนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่มีความสนใจร่วมกันพยาบาลสามารถสอนสุขภาพให้กับประชาชนในกลุ่มต่างๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยในคลินิก เบาทหวาน กลุ่มขนาดเล็กเป็นกลุ่มที่เหมาะสมในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ควรมีสมาชิกประมาณ 5-10 คนวิธีการสอนในกลุ่ม เช่น การสาธิต การอภิปรายกลุ่มย่อย การใช้สถานการณ์จริง (รวมพร คงกำเนิด, 2543)

กลวิธีการสอนเป็นรายกลุ่ม

1. การสอนโดยการบรรยาย มี 2 ลักษณะ คือการบรรยายโดยมีผู้บรรยายเพียงคนเดียวและบรรยายหมู่ การบรรยายโดยทั่วไปเป็นการพูดเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์ต่างๆ ตลอดจนความคิดเห็นของผู้บรรยาย เพื่อให้ผู้ฟังเกิดความเข้าใจ โดยมีผู้พูดเป็นศูนย์กลาง
2. การสอนโดยการสาธิต เป็นการสอนโดยใช้อุปกรณ์ประกอบ ทำให้ผู้เข้าใจอย่างชัดเจนในเรื่องที่ต้องการให้ความรู้ นิยมใช้เมื่อต้องการให้ผู้ปฏิบัติตาม หรือเปลี่ยนความเชื่อก่อนคดีค่านิยม
3. การแสดงบทบาทสมมติ เป็นการแสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ และสภาพความเป็นจริงบางอย่าง โดยให้ผู้ฟังเป็นผู้แสดงเลียนแบบให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากที่สุด หลังจบการแสดงให้ผู้ฟังหรือผู้ชม ทำการอภิปรายกลุ่มเพื่อแปลความหมายของการกระทำหรือพฤติกรรมบางอย่างที่การแสดงซึ่งเฉพาะเจาะจงให้สังเกต การใช้วิธีนี้ต้องใช้ด้วยความรอบคอบ ถูกต้องตามเทคนิค จึงจะทำให้ผู้เรียนได้ศึกษาพฤติกรรมตามที่ผู้สอนตั้งวัตถุประสงค์ไว้

4. การสอนโดยการเล่นเกมส์ เป็นวิธีที่ทำให้ผู้เรียนเกิดความสนุกสนาน ได้เปลี่ยนบรรยากาศ ได้เรียนรู้ปัญหาสุขภาพ เกมส์เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่นำมาถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทุกกลุ่มอายุ ช่วยให้ได้รับความรู้เปลี่ยนแปลงเจตคติ การปฏิบัติตัวและได้ความเพลิดเพลิน
 5. การประชุมกลุ่ม ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มประมาณ 5-10 คน เป็นการให้ความรู้กับกลุ่มบุคคลที่มีความสนใจหรือมีปัญหาสุขภาพคล้ายคลึงกัน เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก ความรู้ และประสบการณ์ต่างๆร่วมกัน ทำให้สมาชิกได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน
 6. การไต่वाதி เป็นการ ไต่คำกรม หรือการไต่เถียงโดยการยกญัตติหนึ่งขึ้นมา มีฝ่ายที่เห็นด้วยกับฝ่ายที่ไม่เห็นด้วย กับญัตติ วิธีนี้ทำให้ผู้เข้าร่วมการไต่वाதி ได้ศึกษา ความรู้ ได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก และประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆ ทำให้ผู้ฟัง ได้รับความรู้ ความคิดเห็น หลายๆ ด้านเพื่อเป็นประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง
 7. การจัดนิทรรศการ เป็นการนำเอาวัสดุ สิ่งของหรืออุปกรณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัเรื่องที่ต้องการให้รู้ มาจัดแสดงอย่างเป็นระบบระเบียบ กระตุ้นให้เกิดความสนใจ เพื่อศึกษาความรู้ ได้โดยไม่จำกัดจำนวน
 8. การเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่นทางโทรศัพท์อัตโนมัติ คอมพิวเตอร์ เช่น โครงการสายด่วนผู้บริโภคมกัองค์กรอาหารและยา การให้ความรู้สุขภาพทางเวปไซตต่างๆ เช่น <http://www.moph.go.th> ซึ่งเป็นการให้ความรู้ผ่านทางอินเทอร์เน็ต (Internet) สามารถให้ความรู้ ได้ไม่จำกัดจำนวน ตามความสนใจของผู้เรียน
- จากการศึกษาพบว่า ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบของการให้ความรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หลายๆ การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน เช่น การศึกษา ของ บอเรน, กันลอก, เซฟเฟอร์และ อัลไบรท์ พบว่าการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลเท้า มีผลให้พฤติกรรมดูแลเท้าเกี่ยวกับการทำความสะอาดเท้า การตรวจเท้าด้วยตนเอง การทดสอบอุณหภูมิของน้ำ การไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกระดูก การดูแลสุขภาพเท้าอย่างต่อเนื่องดีขึ้น (Boren, Gunlock, Schaefer & Albright, 2009) จากการศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มและการสอนรายบุคคล ของ โสมนัส ว่องไววุฒิกุลเดช (2551) พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ เรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยแผนการทำกิจกรรมกลุ่ม การออกแบบงาน การใช้ดัชนี มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลเท้า พฤติกรรมดูแลสุขภาพเท้าสูงกว่าการให้ความรู้เป็นรายบุคคล ที่ใช้คู่มือการดูแลสุขภาพเท้า และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ จากการศึกษาของทอมสัน และแมสสัน พบว่าการสนับสนุนความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ลดอุบัติการณ์เกิดปัญหาที่เท้าของผู้สูงอายุ

เบาหวานได้ ต้องมีการสนับสนุนด้านอื่นๆ เพื่อช่วยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Thomson & Masson, 1992) เช่นการให้ความรู้ร่วมกับการให้รายละเอียดคำแนะนำในการดูแลเท้า การสาธิตและการฝึกปฏิบัติตามกระบวนการดูแลเท้า และการให้ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของเท้าที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ด้วย การดูแลตนเอง (National Diabetes Education Program, 2009)

การให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษา เป็นวิธีการส่งเสริมสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเอง บุคคลอื่นและสังคม หมายถึงกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยอาศัยการสื่อสารแบบสองทาง ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่เอื้อให้ผู้รับบริการปรึกษา ได้สำรวจและทำความเข้าใจสิ่งที่ปัญหา และสามารถทำให้ผู้รับบริการปรึกษาแสวงหาทางแก้ไขปัญหาเหล่านั้นด้วยตนเอง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข , 2540) ลักษณะเฉพาะของการให้คำปรึกษามีดังนี้

1. เป็นการให้ความช่วยเหลือด้านจิตสังคม คือเน้นการแก้ปัญหาในด้านพฤติกรรม ความรู้สึก ความคิดความเชื่อ ทั้งในการป้องกันพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การรักษาเพื่อช่วยเหลือทางด้านจิตใจ
2. เป็นกระบวนการและมีความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลง คือมีลักษณะที่เป็นขั้นตอนย่อยๆ แต่ละขั้นตอนมีวัตถุประสงค์แตกต่างกันไปแล้วนำเสนอขั้นตอนต่างๆ มาร้อยเรียงเพื่อวัตถุประสงค์หลักอันเดียวกัน
3. เน้นสัมพันธภาพที่ดี ตลอดกระบวนการให้คำปรึกษา สัมพันธภาพเป็นองค์ระกอที่สำคัญในการทำให้ผู้รับบริการเปิดเผยตนเอง รับรู้เข้าใจและแก้ไขปัญหาดตนเอง การให้คำปรึกษาจะประสบความสำเร็จได้ยากถ้าสัมพันธภาพไม่ดีและไม่ได้มีการแก้ไขได้ทันท่วงที
4. มีหลักการและเทคนิคเฉพาะของการให้บริการ คือหลักที่เห็นคุณค่าความเป็มนุษย์ยอมรับในศักยภาพของมนุษย์ว่ามีความรู้สึกนึกคิดของตนเอง มีอิสระในการตัดสินใจเองทั้งในการตอบรับและปฏิเสธ สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองและรับผิดชอบการกระทำของตนเองได้ จึงมีการสื่อสารสองทางเพื่อตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกัน ซึ่งต้องใช้เทคนิคที่เหมาะสมได้แก่ เทคนิคการฟังอย่างใส่ใจ การทวนความ การสรุป การถาม การเจียบ เป็นต้น
5. เน้นการสื่อสารด้วยเจตคติที่ดี ที่สำคัญคือการยอมรับผู้รับคำปรึกษาอย่างไม่มีเงื่อนไข ไม่ด่วนตัดสินผู้รับคำปรึกษาจากพฤติกรรมหรือข้อมูลที่ได้รับมาก่อน มีความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจ มีความกระตือรือร้นที่จะให้ความช่วยเหลือ

6. เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง คือให้ความสำคัญต่อความรู้สึกนึกคิดต่อปัญหาและความต้องการของผู้รับคำปรึกษา ให้ความสำคัญต่อการรับรู้ปัญหา ศักยภาพในการแก้ไข ความร่วมมือและความรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาของตัวเอง ผู้ให้คำปรึกษาเป็นเพียงผู้เอื้อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเปลี่ยนแปลงในทางที่เหมาะสม ในการช่วยคิดและนำเสนอข้อมูลและทางเลือกต่างๆ ให้ครบถ้วนหรือชัดเจนที่สุดสอดคล้องกับความต้องการ ศักยภาพทั้งของผู้ให้และผู้รับคำปรึกษาตามความเป็นไปได้ของสถานการณ์

7. เน้นปัจจุบัน คือเน้นสิ่งที่เห็นทั้งด้านท่าที คำพูด ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ ที่ปรากฏเป็นข้อมูลที่ใช้ในการเข้าใจผู้รับคำปรึกษาและนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหา

8. ไม่มีคำตอบสำเร็จรูปหรือตายตัว เนื่องจากกระบวนการให้คำปรึกษาเป็นการโต้ตอบระหว่างผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา จึงไม่อาจกำหนดคำตอบล่วงหน้าได้ว่าการปรึกษาจะสิ้นสุดในลักษณะใด

9. ต้องมีการคัดกรองผู้รับบริการ การให้คำปรึกษาเป็นบริการเชิงคุณภาพที่มีกระบวนการซับซ้อน ต้องมีการฝึกฝนมาโดยเฉพาะ ต้องใช้เวลาในการปรึกษา จึงไม่ควรใช้กับผู้รับบริการทุกคน เพราะอาจสิ้นเปลืองบุคลากรและเวลาโดยไม่ได้ผลตามที่ต้องการเต็มที่ การคัดกรองผู้รับบริการจึงต้องพิจารณาความพร้อมของผู้รับคำปรึกษาและวัตถุประสงค์ของผู้ให้คำปรึกษา
องค์ประกอบของกระบวนการให้การปรึกษา ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจและความสมัครใจในการรับบริการปรึกษา

2. การตกลงบริการ เป็นการทำความเข้าใจให้ตรงกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ปรึกษาว່บริการปรึกษาแก่ใคร เรื่องใด ประเด็นใด ใช้เวลาเท่าใด มีการเก็บรักษาความลับอย่างไร

3. การสำรวจปัญหา เป็นการค้นหารายละเอียดของปัญหา สาเหตุของปัญหาให้มีความชัดเจนที่สุด ก่อนนำไปแก้ไขพร้อมกับพิจารณาความต้องการของผู้รับบริการ

4. การวางแผนแก้ไข เป็นการลำดับความสำคัญของปัญหา ความยากง่ายและความเป็นไปได้ของการแก้ไขปัญหา โดยพิจารณาความสามารถและประสบการณ์ของทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ในการวางแผนแก้ไขปัญหาและความสามารถในการนำไปปฏิบัติ

5. การยุติบริการ เป็นการสิ้นสุดของบริการ ซึ่งอาจเป็นการสิ้นสุดของการพูดคุยแต่ละครั้งหรือเป็นการยุติการให้บริการแก่ผู้รับบริการรายนั้น โดยพิจารณาจากปัญหาและความสามารถในการแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ

การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการหนึ่งของการให้ความรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มักทำร่วมกับกระบวนการให้ความรู้อื่นๆ เช่นการสอนเป็นรายบุคคล การสอนเป็นกลุ่ม การสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มสนับสนุนทางสังคม คือเครือข่ายทางสังคมของกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์ทางสังคม มีการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายสังคม เป็นความสัมพันธ์กันทุกๆ ด้าน ที่บุคคลในเครือข่ายมีต่อกัน เครือข่ายทางสังคมของบุคคลหนึ่ง เปรียบเสมือนสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น ซึ่งตัวบุคคลคนเดียวก็นั้นเปรียบเสมือนสิ่งแวดล้อมทางสังคมของบุคคลอื่น ดังนั้นเครือข่ายทางสังคมจึงมีอิทธิพลในการ กำหนดพฤติกรรมของบุคคลซึ่งกันและกัน เครือข่ายทางสังคมสามารถแบ่งได้ 2 กลุ่ม คือเครือข่ายที่เป็นลักษณะองค์กรและเครือข่ายเฉพาะบุคคล เครือข่ายองค์กร ได้แก่ กลุ่มคนทำงานหรือกลุ่ม ให้บริการ เป็นเครือข่ายที่ประกอบด้วยกลุ่มบุคคลมารวมกัน มีเป้าหมายเดียวกัน มีภาระกิจเกี่ยวข้องกัน ส่วนเครือข่ายของบุคคล เป็นความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อผู้อื่น เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือชุมชน เป็นต้น (เกรียงไกร ก่อเกิด, 2551; รวมพร คงกำเนิด, 2543)

การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นการเกื้อหนุนทั้งทางด้านร่างกาย เกี่ยวกับการเงิน สิ่งของ แรงงาน บริการสุขภาพ ทางด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการมีส่วนร่วม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และด้านข้อมูลข่าวสาร ที่บุคคลได้รับจากคนในครอบครัว เพื่อน/เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน และบุคคลอื่นในสังคม ที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือกลุ่มคน บุคคลจะรับรู้ ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งมีผู้ที่รักเอาใจใส่ ให้คุณค่า และคิดด้านดีกับตน ซึ่งจะส่งผลให้ สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อร่างกายและจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เกรียงไกร ก่อเกิด, 2551)

แหล่งสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 5 แหล่งคือ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว และญาติพี่น้อง แหล่งจากกลุ่มเพื่อน แหล่งสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ แหล่งให้การดูแลจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ และจากแหล่งกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของบุคคลนั้นและสถานการณ์ โดยบุคคลแต่ละคนมีความจำเป็นหรือความต้องการการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน และขณะเดียวกันก็ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกันด้วย ปัจจัยด้านคุณสมบัติ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ และความสามารถของบุคคล คุณสมบัติด้านสถานการณ์ที่แต่ละคนเผชิญอยู่ ได้แก่ บทบาทความรุนแรงของสถานการณ์ เช่นมีการเจ็บป่วย ภาวะเครียด และภาวะวิกฤติต่างๆ (จริยาวัฒน์ คมพยัคฆ์ (อ้างใน เกรียงไกร ก่อเกิด, 2551); รวมพร คงกำเนิด, 2543)

การสนับสนุนทางสังคม สามารถแบ่งออกเป็นหลากหลายประเภท (เกรียงไกร ก่อเกิด , 2551) ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง และบริการสุขภาพ (tangible support) ซึ่งเป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลนั้น ผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือได้รับผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว
2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นความรู้สึกเห็นใจ การให้การดูแลเอาใจใส่ ให้อภัยใจ การช่วยให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นใจ เชื่อกันว่าตนเองได้รับความรัก ความผูกพัน ความใกล้ชิดและความไว้วางใจ ทำให้บุคคลมีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้ข้อมูล รวมถึงคำแนะนำในการแก้ปัญหา และการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคล เช่น คำแนะนำ คำชี้แจง การบอกทางเลือกหรือแนวทางที่นำไปใช้แก้ปัญหา จะช่วยลดความเครียดหรือปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
4. การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social integration) เป็นการให้บุคคลมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก ข้อมูลข่าวสาร ความห่วงใย ความเอื้ออาทรต่อกัน
5. การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น (opportunity for nurturance) เป็นการที่บุคคลมีโอกาสดูแลหรือช่วยเหลือคนอื่น ทำให้รู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการและเป็นที่พึ่งของคนอื่นได้ จากการศึกษาของวารุณี สุวรรณศิริกุล เรื่องกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าด้วยการจัดทำแผนกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม การให้ข้อมูลด้านอารมณ์และให้ด้านวัตถุสิ่งของ พบว่าการจัดกิจกรรมสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีแผลที่เท้าโดยการสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และการสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการจากบุคลากรทางการแพทย์และญาติผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง (วารุณี สุวรรณศิริกุล, 2550)

การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ

การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่จะทำ ให้ประชาชนมีอำนาจมากขึ้นในการตัดสินใจ และดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง ทำให้บุคคลสามารถแสดงออกซึ่งความต้องการ การวางแผนกลยุทธ์ที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ประกอบด้วยกิจกรรมที่มุ่งเสริมทักษะชีวิต ความสามารถของบุคคลให้เข้มแข็ง

ยิ่งขึ้น ตลอดจนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เป็นมูลเหตุของปัญหาและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยเสริมสร้างความสามารถ พัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในการควบคุมปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิต เพื่อให้มีพลัง มีความพอใจและมีอำนาจมากขึ้นในการตัดสินใจ การเลือกใช้แหล่งประโยชน์และกิจกรรมต่างๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ สมจิต หนูเจริญกุล (2543) กล่าวว่าพยาบาลมีทัศนะว่า การดูแลตนเองเป็นกุญแจสำคัญในการปรับปรุงสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคล ครอบครัวและชุมชนกระทำเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและความเจ็บป่วย การวินิจฉัยตนเองเมื่อเริ่มมีอาการ ตลอดจนการจัดการดูแลตนเองหรือพึ่งพาตนเอง ทั้งในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรัง และแม้ในระยะสุดท้ายของชีวิต จึงได้มีความพยายามที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีความสามารถที่จะดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อให้บรรลุความมีสุขภาพดีแม้จะมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย การเสริมสร้างพลังอำนาจ จะช่วยให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคและสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

รูปแบบของการเสริมสร้างพลังอำนาจใช้แนวคิดรูปแบบแหล่งพลังอำนาจ (Power Resources Model) ของมิลเลอร์ (Miller) ที่กล่าวถึงพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังว่าเกิดจากแหล่งพลังอำนาจ 7 แหล่ง ประกอบด้วย 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (physical strength and reserve) 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (physiological stamina and social support) 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก (positive self-concept) 4) พลังงาน (energy) 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (knowledge and insight) 6) แรงจูงใจ (motivation) และ 7) ระบบความเชื่อ (belief system) ความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจส่งผลต่อความเข้มแข็งของพลังอำนาจในผู้ป่วยและความเข้มแข็งของพลังอำนาจนำไปสู่ความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วย แต่ในบางสถานการณ์ผู้ป่วยอาจมีความพร่องของแหล่งพลังอำนาจหรือสูญเสียพลังอำนาจ (powerlessness) เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้หมดหวัง เกิดความไม่เชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยได้แก่ ปัจจัยเนื่องจากผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อกายและจิต ปัจจัยเนื่องจากการขาดข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะในการดูแลตนเอง ปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพและปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย ได้แก่ ค่านิยม ความเชื่อ เป้าหมายในชีวิต ประสบการณ์ส่วนบุคคลและความเชื่ออำนาจในการควบคุม (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

เป้าหมายในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ในผู้ป่วยคือการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการกำหนดแนวทางในการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเอง ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและพลังอำนาจในตนเอง และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี รวมทั้งมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจและกระบวนการการรักษา (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

องค์ประกอบของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง มีดังนี้

1. คุณลักษณะ (attributes) ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยคุณลักษณะของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่จะช่วยผลักดันให้การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ คุณลักษณะของผู้ป่วย ด้านความตั้งใจยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ หน้าที่ความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจตามปัจจัยภายในและภายนอกของบุคคล และคุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการให้คุณค่าต่อผู้ป่วยในฐานะเจ้าของสุขภาพ การเป็นหุ้นส่วนและยอมรับในคุณค่าความสามารถของผู้ป่วย การให้ความช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสร้างพลังอำนาจให้กับตนเองเพื่อกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพด้วยตนเอง
2. สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อน (antecedent of empowerment) ได้แก่ การจัดระบบบริการรักษาพยาบาลที่เอื้ออำนวยต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ การปรับเปลี่ยนทัศนคติของพยาบาล
3. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การสร้างความร่วมมือ การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร การดำเนินการด้วยตนเอง และขั้นตอนการปรับเปลี่ยนความคิด และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ
4. ผลลัพธ์ของการสร้างเสริมพลังอำนาจได้แก่การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ความสามารถในการควบคุมเกี่ยวกับการสร้างการตัดสินใจและดำเนินการให้เกิดผลตามที่ปรารถนาและหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ปรารถนา และความสามารถในตนเอง เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของบุคคล ด้วยความสามารถของตนที่นำไปสู่ระดับของการกระทำในแต่ละระดับของการควบคุมสถานการณ์
5. ผลลัพธ์ ความต่อเนื่องของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

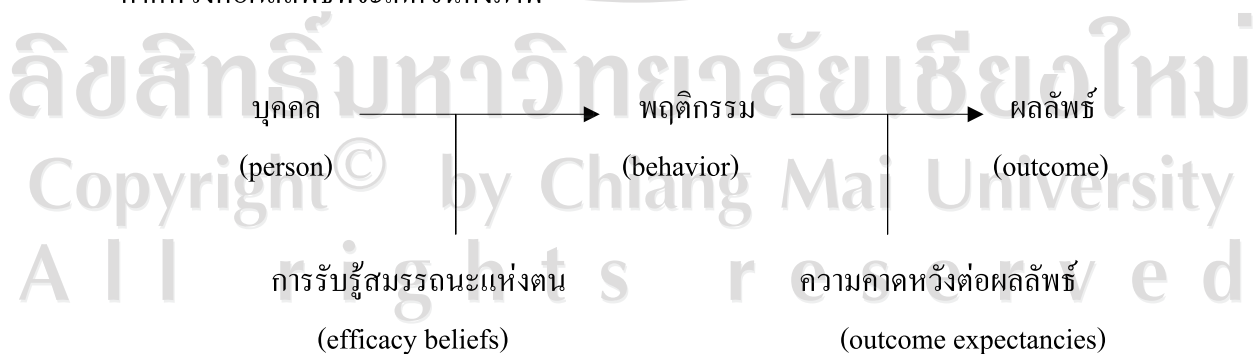
การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พิไลวรรณ รอดประสิทธิ์ (2542) ที่พบว่าเมื่อนำแนวคิดการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย การใช้แรงสนับสนุนทาง

สังคมและนำหลักการของกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแล
ตนเองดีขึ้น

การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พัฒนามาจากแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้
ทางสังคม (social cognitive theory) โดยเบนจามิน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อใน
ความสามารถของบุคคลในการจัดการและดำเนินการ เพื่อปฏิบัติกิจกรรมให้บรรลุความสำเร็จตาม
เป้าหมายได้ เบนจามินกล่าวว่าบุคคลใดเชื่อในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ
จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลนั้นมีในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว ดังนั้น ความเชื่อในสมรรถนะแห่ง
ตน จึงถือว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ ในการส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล (Bandura, 1997)
เบนจามิน ได้อธิบายถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมของบุคคล โดยใช้แนวคิด 2 ประการคือ
ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (efficacy beliefs) ว่าเป็นความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคลใน
ความสามารถของตนเองว่าตนเองมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนบรรลุ
เป้าหมายที่ต้องการ ความเชื่อในความสามารถของตนเองเป็นตัวทำนายหลัก ในการมีพฤติกรรม
ต่างๆ ของบุคคลเป็นความเชื่อมั่นที่เกิดขึ้นก่อนการทำพฤติกรรม และความคาดหวังต่อผลลัพธ์
(outcome expectancies) เป็นความเชื่อมั่นหรือการรับรู้ของบุคคลว่าพฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะ
ส่งผลตามที่ตนเองได้คาดหวังไว้แน่นอน

เบนจามินได้เสนอแผนภูมิการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีความสัมพันธ์กับการ
คาดหวังต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นดังภาพ



ภาพที่ 2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังต่อผลลัพธ์

หมายเหตุ. แหล่งที่มาจาก Self-efficacy: The exercise of control (p.22), A.Bandura, 1997, New
York: Freeman.

การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของบุคคลมีพื้นฐานจากการได้รับข้อมูล 4 แหล่งคือ

1. การประสบความสำเร็จจากการกระทำของตนเอง (enactive mastery experience) ความสำเร็จจากการกระทำของตนเอง แบบดูราเชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากการที่บุคคลประสบความสำเร็จจากการกระทำของตนเองจะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ และพยายามใช้ทักษะต่างๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ (นัทธ์ ยาอินตา, 2551; พิมผกา ปัญญาใหญ่, 2550)

2. การได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่างจากผู้อื่น (vicarious experience) ถือเป็นประสบการณ์ทางอ้อมที่บุคคลเห็นตัวแบบจากผู้อื่นที่แสดงพฤติกรรมที่ได้รับผลสำเร็จและเป็นที่น่าพอใจ ทำให้บุคคลนั้นคล้อยตามว่าบุคคลอื่นทำได้ คนก็ยอมทำได้เช่นกัน ตัวแบบจึงถูกใช้เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพอย่างหนึ่งสำหรับการส่งเสริมสมรรถนะของบุคคล ซึ่งตัวแบบแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

2.1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (live model) ได้แก่ ตัวแบบที่บุคคลสามารถสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยไม่ต้องผ่านสื่อใดๆ โดยเลือกตัวแบบที่มีความคล้ายคลึงกับผู้สังเกตเพื่อให้ผู้สังเกตมีความมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้นตนสามารถปฏิบัติได้ ตัวแบบควรเป็นผู้มีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกตและระดับความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกต จึงจะทำให้ผู้สังเกตมีความสนใจ นอกจากนี้ตัวแบบควรมีบุคลิกภาพที่อบอุ่น เป็นกันเอง เมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับการเสริมแรงจะทำให้ได้รับความสนใจจากผู้สังเกตมากขึ้น โดยการเรียนรู้จากตัวแบบที่เกิดขึ้นอาศัยหลักการดังต่อไปนี้ (นัทธ์ ยาอินตา, 2551; พิมผกา ปัญญาใหญ่, 2550)

2.1.1 ความสามารถในการเรียนรู้ของเฉพาะตัวบุคคล

2.1.2 บุคคลจะมีการเปลี่ยนกลุ่มในการเรียนรู้ เมื่อมีความแตกต่างระหว่างกันในด้านความต้องการในเรื่องที่อยากเรียนรู้ พื้นฐานเดิมและทักษะของแต่ละบุคคล

2.1.3 ประสบการณ์เดิมของบุคคลที่จะช่วย ให้บุคคล สามารถ นำความรู้สึกลทางด้านร่างกายและการรับรู้ทางระบบประสาทมาใช้ได้เร็วขึ้น

2.1.4 ประสบการณ์ในการเรียนรู้เดิมจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญต่อการเรียนรู้ในปัจจุบัน

2.1.5 เมื่อบุคคลมีความรับผิดชอบ มีประสบการณ์ในการเรียนรู้และความมั่นใจเพิ่มขึ้น จะเปลี่ยนความคิดจากการฟังผู้อื่นมาเป็นอิสระในการปฏิบัติ

2.1.6 บุคคลมีแนวโน้มที่จะสนใจการเรียนรู้โดยยึดความต้องการของตนเองเป็นศูนย์กลาง

2.1.7 ปัจจัยภายนอกสามารถนำมาใช้เพื่อจูงใจบุคคลให้เกิดการเรียนรู้

2.1.8 การให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ให้ดียิ่งขึ้น

2.1.9 สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม จะเป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้การเรียนรู้ประสบความสำเร็จ

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic model) เป็นตัวแบบที่ผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิชิต วิดิทัศน์ การ์ตูน สไลด์ หนังสือ สื่อภาพ เป็นต้น ซึ่งกระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบประกอบด้วยกระบวนการ 4 กระบวนการ (นัทธ์ ยาอินตา, 2551; พิมผกา ปัญญาใหญ่, 2550) คือ

1) กระบวนการตั้งใจ (attentional process) เป็นกระบวนการที่บุคคลให้ความสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ

2) กระบวนการจดจำ (retention process) เป็นกระบวนการที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงข้อมูลในตัวแบบได้แสดงออกเป็นรูปของสัญลักษณ์เพื่อให้ง่ายต่อการจดจำ

3) กระบวนการกระทำ (production processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลนำข้อมูลที่ได้จากการจดจำไว้ มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติตามตัวแบบที่ได้สังเกต

4) กระบวนการจูงใจ (motivational processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามตัวแบบ ซึ่งขึ้นอยู่กับความพอใจต่อพฤติกรรมที่บุคคลได้สังเกตจากตัวแบบ

3. การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) เป็นการแนะนำ ชักจูง บอกกล่าวว่าคุณคนนั้นมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมได้สำเร็จ ซึ่งวิธีนี้เป็นวิธีที่ง่ายแต่มีข้อจำกัดในประสิทธิภาพต่อการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนั้นจึงควรได้รับร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ในการประสบความสำเร็จในการกระทำ จะทำให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น และอาจขึ้นกับความชำนาญของผู้ชักจูง ความรู้สึกไว้วางใจต่อผู้ชักจูง แรงจูงใจให้มีการกระทำพฤติกรรมรวมทั้งสถานการณ์นั้นๆ ด้วย (นัทธ์ ยาอินตา, 2551; พิมผกา ปัญญาใหญ่, 2550)

4. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and emotional and affective state) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบดูรากล่าวว่าคุณคนที่เหมาะสมตนเองที่มีความบกพร่องของสภาวะสุขภาพ หรือมีสัญญาณที่แสดงว่ามีความบกพร่องในหน้าที่ของร่างกายสิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดความเครียด อีกทั้งสภาวะทางอารมณ์ที่มีความกลัวหรือความวิตกกังวลจะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรม กล่าวคือหากบุคคลรู้สึกว่าคุณคนมีความวิตกกังวลหรือมีความเครียดหรือมีสภาวะร่างกายที่ไม่สมบูรณ์จะทำให้ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และอาจส่งผลให้บุคคลตัดสินใจหลีกเลี่ยงต่อการกระทำพฤติกรรมหรือหลีกเลี่ยงต่อการเผชิญสถานการณ์นั้น (นัทธ์ ยาอินตา, 2551; พิมผกา ปัญญาใหญ่, 2550)

จากการศึกษาของ พิมผกา ปัญญาใหญ่ (2550) ศึกษาผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยกลุ่ม ตัวอย่างได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเป็นเวลา 6 สัปดาห์ตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของเบนคูรา พบว่า กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริม สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม มีพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ รับโปรแกรม

การวิเคราะห์สถานการณ์

การวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) ประกอบด้วยคำว่า สถานการณ์ หมายถึง ทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งและในสถานที่ใดสถานที่หนึ่ง (Oxford Advanced Learner's Dictionary) หรือหมายถึง การผสมผสานของภาวะแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมใน ช่วงเวลาหนึ่ง (Longman Contemporary Dictionary) การวิเคราะห์ หมายถึง การวินิจฉัยองค์ประกอบ ของสิ่งใดสิ่งหนึ่งและความสัมพันธ์ที่ประกอบเป็นความสมบูรณ์ของสิ่งนั้น (สุรศักดิ์ สุนทร, 2551) การวิเคราะห์สถานการณ์ จึงหมายถึงการวินิจฉัยสิ่งใดสิ่งหนึ่งในทุกองค์ประกอบในช่วงเวลาใด เวลาหนึ่งและสถานที่ใดสถานที่หนึ่ง หรือการวินิจฉัยองค์ประกอบของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ กับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นสิ่งสำคัญสำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์คือช่วงเวลา สิ่งแวดล้อม สถานการณ์ การวิเคราะห์สถานการณ์เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาวะแวดล้อมของบุคคล และระบบในพื้นที่โครงการรวมไปถึงแนวทางการเป็นไป ความกดดันและปฏิกิริยาโต้ตอบ การ ชี้ให้เห็นประเด็นที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อบุคคลและระบบ การชี้ให้เห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ สำคัญทั้งบุคคลและองค์กร เช่น เจ้าของทรัพยากรหรือการพึ่งพิงทรัพยากร หรือการทำงานสิ่งแวดล้อม และการพัฒนาพื้นที่ ส่วนการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพเป็นการอธิบายและวิเคราะห์สถานการณ์ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพหรือส่วนย่อยของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ในช่วงเวลาใด เวลาหนึ่ง และสถานที่ใด สถานที่หนึ่ง ที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมโดยมุ่งเน้นความสอดคล้องของบริการด้านสุขภาพกับ ความต้องการด้านสุขภาพ และระบุปัจจัยเอื้อหรือปัจจัยขัดขวางต่อภาวะสุขภาพเพื่อนำไปสู่การ กำหนดกลยุทธ์และการวางแผนในการส่งเสริมภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การวางแผน การเก็บ รวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และตีความข้อมูล โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2552; สุรศักดิ์ สุนทร, 2551)

การวิเคราะห์สถานการณ์เป็นได้ทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่อธิบายสถานการณ์ ปัจจุบันและโอกาสในการปรับปรุง โดยกระบวนการประกอบด้วย การวางแผน การเก็บรวบรวม

ข้อมูล การวิเคราะห์และตีความข้อมูลโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอน และผลลัพธ์ที่ได้คือรายงาน การนำเสนอ หรือการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเชิงนโยบายหรือการกำหนดแผนปฏิบัติการ ซึ่งการวิเคราะห์สถานการณ์ของหน่วยงานต้องวิเคราะห์ครอบคลุมทั้งหน่วยงานหรือองค์กรและสิ่งแวดล้อม (ศิริรัตน์ ปานอุทัย , 2552; สุรศักดิ์สุนทร, 2551) โดยคำถามประกอบด้วย

1. สิ่งนั้นมาจากไหน (Where dose it come from?)
2. ปัจจุบันสิ่งนั้นอยู่ที่ไหน (Where is it now?)
3. สิ่งนั้นมีการดำเนินไปทางใด (Where is it going?)
4. มีอะไรเป็นทางเลือกของสิ่งนั้นบ้าง (What are its choices?)
5. มีใครเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบ้าง (Who are our stakeholders?)
6. ความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นอย่างไร (What are stakeholders expectations?)

วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์สถานการณ์

การวิเคราะห์สถานการณ์มีวัตถุประสงค์ ดังนี้ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย , 2552; สุรศักดิ์ สุนทร, 2551)

1. วัตถุประสงค์ระยะสั้น เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ที่สนใจในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เป็นการนำมาใช้สำหรับการทำวิจัย การสำรวจแบบเร่งด่วน โครงการที่มีเวลาจำกัด
2. วัตถุประสงค์ระยะกลาง เพื่อระดมทรัพยากรและพัฒนานโยบายที่เอื้อต่อการปฏิบัติ เป็นการเน้นความสำคัญของผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาเพื่อนำมาสร้างแผนปฏิบัติการ
3. วัตถุประสงค์ระยะสุดท้าย เพื่อกำหนดกลยุทธ์ที่เอื้อต่อการปฏิบัติและนโยบายสำหรับการปฏิบัติอย่างยั่งยืน เป็นการนำมาใช้สำหรับการกำหนดนโยบายที่จะออกแบบนโยบายที่ดีที่สุดสำหรับการพัฒนาที่ยั่งยืน

ความสำคัญของการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพ มีความสำคัญดังต่อไปนี้ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2552)

1. เป็นขั้นตอนแรกของวงจรการวางแผน โครงการ
2. เป็นการได้มาซึ่งปัญหาและกลยุทธ์ในการดำเนินงาน สามารถใช้เป็นตัวชี้วัดในการติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ

3. เป็นช่องทางที่ทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้ทำงานร่วมกัน
4. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
5. เป็นการช่วยวางแผนในการจัดทำระบบฐานข้อมูล

กระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์

กระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดขอบเขตของสิ่งที่ต้องการวิเคราะห์ให้ครอบคลุม ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจสถานภาพและเงื่อนไขในปัจจุบันของบุคคลและสิ่งแวดล้อมในสิ่งที่ต้องการวิเคราะห์ ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดทิศทาง หรือความกดดันต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งปฏิกิริยาตอบโต้ต่อความกดดัน เช่นความเป็นนานาชาติ เชื้อชาติ และระดับภูมิภาค ขั้นตอนที่ 4 กำหนดประเด็นหลักที่สำคัญหรือสิ่งที่สนใจ ขั้นตอนที่ 5 ใช้แนวปฏิบัติในการกำหนดประเด็นที่สำคัญ การกำหนดกลยุทธ์ที่ใช้ในการเลือกประเด็นยึดเกณฑ์ ประโยชน์ ความสำคัญ ความเป็นไปได้ในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ขั้นตอนที่ 6 กำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงองค์กรที่เกี่ยวข้องในการทำงานหรือเกี่ยวข้องกับประเด็นหรือพื้นที่ที่ต้องการวิเคราะห์ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอาจเป็นบุคคล กลุ่มคนหรือองค์กร ที่ได้รับผลกระทบ หรือมีอิทธิพลต่อโครงการ สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง โดยอาจเป็นสมาชิกชุมชนหรือกลุ่มในชุมชน องค์กรที่ทำงานในพื้นที่เป้าหมาย องค์กรท้องถิ่น สถาบันการศึกษา หรือองค์กรต่างๆ ในท้องถิ่น เช่นองค์กรศาสนา ขั้นตอนที่ 7 ประเมินความสนใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและอิทธิพลที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีต่อ โครงการ อาจเป็นอำนาจทางกฎหมายหรือการเงิน อำนาจเชิงผู้นำ ในเชิงทรัพยากรหรือความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพ ขั้นตอนที่ 8 การกำหนดกลยุทธ์ในการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อาจเป็นในรูปแบบหุ้นส่วน การให้การปรึกษา การควบคุม หรือการมีส่วนร่วมแบบไม่เป็นทางการ โดยแต่ละระดับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะมีบทบาทต่างกัน (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2552; สุรศักดิ์ สุนทร, 2551)

กระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพ มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดกรอบหรือขอบเขต การวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพควรครอบคลุมประเด็นในการวิเคราะห์ดังนี้ 1) ลักษณะทางกายภาพ ครอบคลุมประชากรและชุมชน 2) ลักษณะทางด้านเศรษฐกิจและสังคม 3) ภาวะสุขภาพของประชากรในชุมชน 4) ระบบการบริหารจัดการที่สนับสนุนการให้บริการด้านสุขภาพ 5) สิ่งแวดล้อมด้านการเมืองและนโยบายของชุมชน 6) กิจกรรมของภาคส่วนต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของประชากรในชุมชน เช่น การศึกษา การจัดบ้านและสิ่งแวดล้อม ระบบสุขภาพ และสวัสดิการ (สุรศักดิ์ สุนทร, 2551)

ลักษณะของข้อมูลอาจเป็นทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะเป็นลักษณะของตัวเลขที่ได้จากการทำสำมะโนหรือสถิติจากคลินิก และข้อมูลทางประชากรที่ได้จากการสำรวจ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจะเป็นความคิดเห็น การรับรู้ หรือประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพควรเป็นข้อมูลเสริมข้อมูลเชิงปริมาณ เนื่องจากข้อมูลเชิงปริมาณอาจไม่สามารถอธิบายหรือให้คำตอบที่ชัดเจน การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพและคนในชุมชนเพื่อประเมินความคิดเห็น ทศนคติและประสบการณ์จะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและการบริหารจัดการ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2552)

ขั้นตอนที่ 2 การระบุข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่ปรากฏ การระบุข้อมูลที่ปรากฏอยู่แล้ว และแหล่งของข้อมูล จะทำให้เกิดการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบทำให้ได้ฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดข้อมูลที่ต้องการ เมื่อกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ และช่วงเวลา ร่วมกับทราบข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ จะทำให้ทราบว่ามิข้อมูลใดที่ต้องการเพิ่มเติม

ขั้นตอนที่ 4 การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นขั้นตอนที่ตามมาหลังจากวางแผนการเก็บข้อมูลแล้ว โดยการกำหนดช่วงเวลาและผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูลที่ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผล เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับและเขียนรายงานการวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 6 การนำเสนอผล เมื่อเขียนรายงานเสร็จควรมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ให้ผู้เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานรับทราบและควรมีระบบการให้ข้อมูลย้อนกลับด้วย โดยยึดหลักความชัดเจน ความเหมาะสม ความถูกต้องและความทันสมัยของข้อมูล ซึ่งการนำเสนอข้อมูลควรครอบคลุมแผนที่ของพื้นที่วิเคราะห์ การนำเสนอโดยใช้รูปกราฟหรือแผนผังเพื่อง่ายต่อการเข้าใจของผู้อ่าน (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2552)

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการ วิเคราะห์ สถานการณ์ของการส่งเสริมพฤติกรรมดูแล สุขภาพเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย โดยศึกษาตามแนวทางของการวิเคราะห์สถานการณ์ของ สุรศักดิ์ สุนทร (2551) โดยกำหนด ขอบเขตของการวิเคราะห์สถานการณ์ในประเด็นความจำเป็นของการส่งเสริมพฤติกรรมดูแล สุขภาพเท้า ลักษณะและวิธีการส่งเสริมพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคของการส่งเสริมพฤติกรรม วิธีการส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมและความต้องการการสนับสนุนในการส่งเสริมพฤติกรรม ดูแลสุขภาพเท้าผู้สูงอายุโรคเบาหวาน องค์ประกอบของการวิเคราะห์ประกอบด้วย 1) การกำหนด ขอบเขตของการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพเท้า ให้ครอบคลุม 2) การสำรวจข้อมูลการให้บริการของคลินิกเบาหวานในปัจจุบัน 3) กำหนดทิศทางในการวิเคราะห์ 4) กำหนดประเด็นหลักที่สำคัญ คือสถานการณ์การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพเท้าผู้สูงอายุ โรคเบาหวานในปัจจุบัน 5) กำหนดกลยุทธ์ที่ใช้ คือการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์และ 6) กำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานและบุคลากร สุขภาพ ขั้นตอนในการวิเคราะห์ ประกอบด้วย การกำหนดขอบเขตการวิเคราะห์สถานการณ์การ ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพเท้าผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ครอบคลุมข้อมูลการให้บริการคลินิกเบาหวาน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้านอายุ เพศ อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ ระบุแหล่งเก็บข้อมูลคือคลินิกเบาหวาน กำหนดข้อมูลที่ต้องการ โดยการ กำหนดประเด็นในการสนทนากลุ่ม ให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ นำคำถามมาจัดหมวดหมู่ และ ลำดับคำถาม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุง นำคำถามมาทดลองใช้ก่อนนำไปเก็บ ข้อมูลจริง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่ม ตัวอย่างที่กำหนดไว้ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และรายงานผล สุดท้ายคือ การนำเสนอผลการ วิเคราะห์ให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ