

บทความวิชาการ

ความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
เรื่องอาหารเบาหวานชินตา เตชะวิจิตรจรรยา¹* M.P.H. ชุตินา ปัญญาพินิจนุกุล² กศ.ด. เกศรินทร์ ศรีสง่า¹ วท.ม.

Received: September 22, 2022

Revised: November 1, 2022

Accepted: January 4, 2023

บทคัดย่อ

อาหารเบาหวาน นับเป็นปัจจัยที่สำคัญในการรักษาระดับน้ำตาลในกระแสโลหิตของผู้เป็นเบาหวาน จัดเป็นโภชนบำบัด ซึ่งเป็นวิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ งานอาหารสุขภาพ และการนับคาร์โบไฮเดรต ด้วยเหตุนี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้เป็นเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นบุคคลที่ประชาชนให้ความไว้วางใจ และสามารถทำหน้าที่เป็นกำลังหลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ความรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลถึงพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น ความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. เรื่องอาหารเบาหวาน จึงเป็นแนวคิดที่สำคัญในการดำเนินงานดังกล่าว เพื่อถ่ายทอด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้เป็นเบาหวาน พยาบาลที่ดูแลผู้เป็นเบาหวาน ในชุมชนร่วมกับ อสม. สามารถกระทำบทบาทด้านการเป็นผู้ประเมิน ผู้ให้ความรู้ ผู้วิจัย นวัตกรรม ผู้สนับสนุน ผู้ประสานงาน และผู้เป็นแบบอย่าง เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหารเบาหวานแก่ อสม.

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาหารเบาหวาน

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

* ผู้รับผิดชอบบทความ: chintanakornpathom@gmail.com

Health literacy of village health volunteer on diabetic diet

Chinta Tachavijitjaru^{1,*} M.P.H. Chutima Panyapinitnukul² Ed.D. Kasarin Srisanga¹ M.Sc.

ABSTRACT

A diabetic diet is an important factor in maintaining the blood sugar levels of people with diabetes. A diabetic diet is classified as a nutrition therapy and a non-drug treatment method which consists of the plate model and carbohydrate gram counting. Therefore, an effective modification of the consumption behavior of people with diabetes is required. This action could be done by the village health volunteers (VHVs) trusted by community dwellers, which provide the main force and play a major role in changing people's health behaviors. Health literacy affects health behaviors. Thus, the VHVs' health literacy on diabetic diet is a crucial concept for the implementation of such operations to convey and change the consumption behavior of people with diabetes. Nurses who take care of people with diabetes in the community with the VHVs can act as assessors, educators, researchers, innovators, supporters, coordinators, and role models to promote health literacy on diabetes diet to the VHVs.

Keywords: Health literacy, Village health volunteer, Diabetes mellitus diet

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Kasembundit University

² Lecturer, Faculty of Nursing, Kasembundit University

* Corresponding author: chintanakompathom@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องการแก้ไขทั้งในระดับโลกและประเทศไทย เนื่องจากผู้เป็นเบาหวานทวีจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว จากสถิติของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้เป็นเบาหวานทั่วโลก 425 ล้านคน มีกลุ่มเสี่ยงที่จะเปลี่ยนเป็นผู้เป็นเบาหวานรายใหม่ จำนวน 352 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2583 จำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกจะเป็น 628 ล้านคน และยังคงพบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 11 คนเป็นเบาหวาน (International Diabetes Federation, 2021) สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย จากการสำรวจสถานะสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มจากร้อยละ 8.8 ในปี พ.ศ. 2559 (Ministry of Public Health, Department of Disease control, Office of Non-communicable Diseases, Health development Group, 2016) เป็นร้อยละ 11.0 ในปี พ.ศ. 2562-2563 (Aekplalakorn, Pakcharean, & Satheinnoppakao, 2022) นอกจากนี้ ยังพบว่าในปี พ.ศ. 2561 ผู้เป็นเบาหวานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสโลหิตได้เพียงร้อยละ 36.5 (Kanjanapibulwong, Khamwangsanga, & Kaewta, 2020)

ทั้งนี้ หากผู้เป็นเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสโลหิตได้จะก่อให้เกิดผลกระทบทุกระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคลเป็นต้นไป ดังนั้นผู้เป็นเบาหวานจึงจำเป็นต้องควบคุมพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลถึงภาวะของโรค โดยเฉพาะการบริโภคอาหารซึ่งจัดเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสโลหิต (Marciano, Camerini, & Schulz, 2019) เพื่อให้การดำเนินงานด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่กำลังหลักในการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน และมีหน้าที่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน (Rasiri, Na Rachasima, & Rasiri, 2021) จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ของ อสม. เรื่องอาหารเบาหวานที่จัดเป็นโภชนบำบัด จึงเป็นกุญแจสำคัญเพื่อให้ อสม.สามารถนำความรอบรู้สุขภาพดังกล่าวไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของผู้เป็นเบาหวานได้ (Khuhamanee, Rodjarkpai, & Maharachpong, 2020; Kumthong, Potisiri, & Kaedumkoeng, 2016) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อชี้ให้เห็นถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. เรื่องอาหารเบาหวาน โภชนบำบัดสำหรับผู้เป็นเบาหวาน และบทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหารเบาหวานแก่ อสม. โดยมีขอบเขตในเรื่องโรคเบาหวาน ผลกระทบจากโรคเบาหวานและการดูแลผู้เป็นเบาหวาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โภชนบำบัดสำหรับผู้เป็นเบาหวานและบทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหารเบาหวานแก่ อสม.

โรคเบาหวาน ผลกระทบจากโรคเบาหวาน และการดูแลผู้เป็นเบาหวาน

โรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 4 ชนิด ได้แก่ 1) โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type I diabetes) 2) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type II diabetes) พบได้ประมาณร้อยละ 95.0 ของผู้เป็นเบาหวานทั้งหมด 3) โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (Other specific types of diabetes) 4) โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus, GDM) (American Diabetes Association, 2021) ผู้เป็นเบาหวานจำเป็นต้องควบคุมภาวะของโรคโดยการรักษาระดับน้ำตาลในกระแสโลหิตให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงภาวะปกติให้มากที่สุด มิฉะนั้นจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง กล่าวคือภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ (Hypoglycemia) และภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดสูง (Hyperglycemia) (Srikao, 2016)

ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น ส่งผลกระทบต่อผู้เป็นเบาหวานทุกระดับ เริ่มตั้งแต่ผลกระทบในระดับบุคคล ประกอบด้วย ผลกระทบด้านร่างกาย ทำให้รู้สึกไม่สบาย รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิต เช่น ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำในเวลากลางคืน รบกวนแบบแผนการนอนหลับของผู้เป็นเบาหวาน

นอกจากนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (Dementia) และการหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 (Nicolucci, Pintaudi, Rossi, Messina, Dotta, Frontoni et al., 2015; Jennum, Stender-Petersen, Rabøl, Jørgensen, Chu, & Madsbad, 2015; Whitmer, Karter, Yaffe, Quesenberry, & Selby, 2009; Malabu, Vangaveti, & Kennedy, 2014) ทั้งภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำและสูงคุกคามต่อชีวิต การเกิดภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น (The Royal College of Physicians of Thailand under the Royal Patronage of King Rama IX, Diabetes Association of Thailand under the Royal Patronage of Her Royal Highness Princess Mahachakri Sirindhon, The Endocrine Society of Thailand, Institute of Medical Research and Technology Assessment Medical Division Ministry of Public Health, National Health Security Office, 2017) ผลกระทบทางด้านจิตใจ กล่าวคือ จะเกิดภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 15.8 (Rungreangkulkij, Thavornpitak, Kittiwatanapaisan, Kotnara, & Kaewjanta, 2014) เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระยะเวลาการเป็นโรคนานเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นและยาวได้ ทำให้ผู้เป็นเบาหวานเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่าย เนื่องจากต้องปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองตลอดชีวิต โดยเฉพาะการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ ถ้าผู้เป็นเบาหวานมีโรคเรื้อรังร่วมด้วยจะทำให้มีความยุ่งยากในการดูแลสุขภาพตนเอง เกิดความรู้สึกว่าตนเองต่างจากผู้อื่นส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Tadhlor, Keeratiyutawong, Nabkasorn, & Samartkit, 2012) ยิ่งไปกว่านั้นภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้เป็นเบาหวานในระดับครอบครัว ในด้านเศรษฐกิจพบว่าครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้เป็นเบาหวานแบบผู้ป่วยนอกเท่ากับ 6,442.26-7,995.27 บาทต่อปีต่อคน (Choochote & Upakdee, 2018)

ผลกระทบในระดับครอบครัว พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้เป็นเบาหวานมีหน้าที่ในการช่วยผู้เป็น

เบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสโลหิต เช่น พาไปพบแพทย์ตามนัด ปรุงอาหารที่มีรสไม่หวาน ช่วยเหลือในกิจกรรมที่มีข้อจำกัดทางสุขภาพ เตือนการรับประทานยาเป็นครั้งคราว เป็นต้น รวมถึงการสนับสนุนด้านอารมณ์ ให้มีความรัก ความผูกพัน ในครอบครัว ให้ผู้เป็นเบาหวานยอมรับความจริง และปรับตัว (Wannasiri, 2016)

ผลกระทบในระดับชุมชนและประเทศ พบว่า โรคเบาหวานก่อให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากสถิติในปี พ.ศ. 2555-2559 พบว่าอัตราการตายของโรคเบาหวาน เท่ากับ 22.30 ต่อแสนประชากร ซึ่งกระทบต่อระบบสุขภาพของชุมชนและประเทศ และสูญเสียกำลังคน ในการพัฒนาประเทศ (Choochote & Upakdee, 2018) นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดภาวะต่อประเทศด้านการเงินการคลัง กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้เป็นเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2551 เท่ากับ 47,956 ล้านบาทต่อปี (Wichit-aksorn, Chladsuk, Kuerod, Aphiwattanakul, & Tadkha, 2018) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากวิถีชีวิตของประชาชนไทยเปลี่ยนแปลงไปสู่สาเหตุที่สนับสนุนการเกิดโรค ประกอบกับโครงสร้างประชากรของประเทศกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์แบบ ทำให้จำนวนผู้เป็นเบาหวานสูงอายุเพิ่มขึ้นเพราะสภาพร่างกายที่เสื่อมลง (Wichit-aksorn et al., 2018)

ด้วยเหตุนี้การดูแลผู้เป็นเบาหวาน จึงมุ่งเน้นไปที่การควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสโลหิต เพื่อให้ควบคุมภาวะของโรคได้ ซึ่งสามารถกระทำได้โดยการรักษาแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาซึ่งต้องกระทำควบคู่กันไป การรักษาแบบไม่ใช้ยาสามารถกระทำได้โดยการแนะนำให้ผู้เป็นเบาหวานปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา (Thanawat, 2018; Kwanruen & Chanida, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า อาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสโลหิต (Marciano et al., 2019) และพบว่า ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้เรื่องอาหารเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ (Sudjai, Theerawat, Inamee, & Tunskul,

2016; Gebreyesus, Abreha, Besherae, Abera, Weldegerima, Kidane et al., 2021) มีความเข้าใจไม่ถูกต้องด้านชนิด และปริมาณของอาหารที่สามารถรับประทานได้เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสโลหิต (Pethchit, 2015) ในด้านการปฏิบัติตนดีด้านการบริโภคอาหารของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง (Siangdung, 2017; Worsa, Zinab, & Teshome, 2021) สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ระบุว่าอเมริกาได้กำหนดให้การรักษาทางโภชนาบำบัดเป็นวิธีการทางเวชปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพต่อการลดระดับน้ำตาลในกระแสโลหิตและสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งการป้องกันและชะลอโรคเบาหวานได้อีกด้วย (Jungsaman, 2017) ดังนั้น ผู้เป็นเบาหวานจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารโดยใช้หลักโภชนาบำบัด ซึ่งต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีบทบาทและหน้าที่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการทำตัวเป็นแบบอย่าง และสร้างพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และการป้องกันโรค โดยเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนชุมชน และชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน และดูแลสิ่งแวดล้อม ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ เป็นผู้ดำเนินการขับเคลื่อนสุขภาพในชุมชน รวมถึงการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน ในชุมชน นอกจากนี้ อสม. ยังมีหน้าที่ในการบริหารจัดการวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน ประสานงานกับองค์กรและบุคลากรทุกภาคส่วนในชุมชน ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน รวมถึงการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ตลอดจนปฏิบัติงานต่างๆ ตามสถานที่ที่หมู่บ้านกำหนดอีกด้วย (Srichum, 2017) ด้วยเหตุที่บทบาท หน้าที่ของ อสม. ครอบคลุมการดำเนินงานด้านสุขภาพทุกมิติในชุมชน ได้แก่ การรณรงค์ การป้องกัน การส่งเสริมและการฟื้นฟูภาวะสุขภาพ ดังนั้น อสม. จึงจัดเป็นต้นทุนทางสังคม และกำลังหลักภาคประชาชนที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพชุมชน (Rasiri et al., 2021)

ด้านการดำเนินงานการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) ปรับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนของ อสม. มีงานวิจัยที่พบว่า อสม. ทำหน้าที่เป็นนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เน้นการเรียนรู้กับปฏิบัติจริง ทำให้กลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ความสามารถ การควบคุมตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม (Sukdee, Intarakamhaeng, & Duangjan, 2017) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า อสม. เป็นบุคคลที่ประชาชนในชุมชนให้ความไว้วางใจ ในการทำให้กลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยนำคำแนะนำจาก อสม. ไปปรับใช้ (Kumthong et al., 2016) แต่ในปัจจุบันด้วยความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และบริบททั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้ปัญหาสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลง ประกอบกับระบบสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น ทำให้การสื่อสารข้อมูลสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป ประชาชนในชุมชนสามารถเป็นผู้สร้างและส่งสารด้วยตัวเอง ทำให้อสม. ได้รับข้อมูลสุขภาพที่หลากหลายจาก ช่องทางการสื่อสารหลายรูปแบบ เช่น ไลน์ (Line), เฟซบุ๊ก (Facebook) เป็นต้น ซึ่งมีเนื้อหาขัดแย้งกันอยู่ภายในตัวและบางครั้งไม่ตรงกับความเป็นจริง เพื่อให้สามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้ อสม. จึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาด้วยการส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) (Tachavijitjaru, Srisupornkornkul, & Changtej, 2018)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการที่จะกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้อย่างเหมาะสม (Division of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2018) Nutbeem (2000) กำหนดความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) หมายถึง ความสามารถ

และทักษะขั้นต้นในการทำความเข้าใจกับข้อมูลสุขภาพที่ใช้ในชีวิตประจำวันโดยผ่านการฟัง พูด อ่าน เขียน ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) ได้แก่ ความสามารถและทักษะในการเลือกใช้และประยุกต์ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนความรู้รวมถึงทักษะทางสังคม (Social skill) เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง และ ระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ความสามารถในการคิดและวิเคราะห์อย่างมีวิจารณ์ญาณของบุคคล เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม รวมถึงการเข้าไปมีส่วนร่วมกับชุมชนและสังคมในเชิงกฎหมายและการเมือง เพื่อผลักดันให้เกิดการปรับเปลี่ยนเชิงโครงสร้าง อันจะส่งผลไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีของประชาชน ตลอดจนประโยชน์สุขของบุคคลและสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละระดับประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ กล่าวคือ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) 2) ทักษะความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) 5) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill)

สำหรับสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอไม่เอื้อต่อการช่วยเหลือประชาชนด้านสุขภาพ และขาดความมั่นใจในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Ngasangsai, Somseeyon, & Phattarabenjapol, 2014; Kaewprom, Yuthavisut, Prato, & Boontum, 2014) ส่วนสถานการณ์ด้านความรู้และการให้คำแนะนำเรื่องอาหารเบาหวานของ อสม. พบว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับอาหารเบาหวานไม่เพียงพอและต้องการพัฒนาศักยภาพเรื่องการควบคุมอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวาน (Kasemsuk & Koshakri, 2015) และสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าคำแนะนำเรื่องอาหารเบาหวานของ อสม. ขาดความจำเพาะเจาะจง ไม่เน้นความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย ทำให้ผู้เป็นเบาหวานปฏิบัติตามได้ยาก เช่น "มาบ้านผู้ป่วย ในรายที่มีอาการเหนื่อยที่เป็นเบาหวาน ได้ให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหารให้พอเหมาะ

ลดอาหารหวาน มัน เค็ม" (Nakrukamphonphatn, Suwannakoot, & Natason, 2019) ซึ่งจากงานวิจัยของ Bowen, Cavanaugh, Wolff, Davis, Gregory, Shintani et al. (2016) พบว่า การให้โภชนศึกษาด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง ได้แก่ วิธีการนับคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate gram counting method) และวิธีจานอาหารสุขภาพ (The plate model) ทำให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสโลหิตได้ดีกว่าการให้ความรู้เรื่องอาหารโดยทั่วไปดังเช่นที่ อสม. เคยปฏิบัติมา จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Yaowakul et al., 2022) ยิ่งไปกว่านั้น พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (Khuhamanee et al., 2020)

ดังนั้น การพัฒนา อสม. ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหารเบาหวานจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อที่ อสม. จะสามารถปฏิบัติบทบาทของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้เป็นเบาหวานได้ อสม. จึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหารเบาหวานให้อยู่ในขั้นวิจารณ์ญาณ เพื่อให้ อสม. มีการคิด วิเคราะห์ ไตร่ตรอง เลือกใช้ข้อมูลเรื่องอาหารเบาหวาน และปรับใช้ข้อมูลดังกล่าวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับบริบทของผู้เป็นเบาหวานในชุมชน (Nutbeam, 2000) โดยการเลือกใช้โปรแกรมที่เน้นเชิงปฏิบัติการในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหารเบาหวาน ที่เหมาะสมกับบริบทของ อสม. หาก อสม. ที่เป็นบุคลากรที่มีสุขภาพในชุมชน ซึ่งสามารถให้บริการเชิงรุกได้ง่าย และบ่อยครั้งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหารเบาหวานแล้ว ก็จะสามารถถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจ วิเคราะห์ ความน่าเชื่อถือและความถูกต้อง เลือก ตัดสินใจและนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมอาหารตามหลักโภชนบำบัดได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนสามารถสื่อสารข้อมูลดังกล่าวในแนวทางที่ผู้เป็นเบาหวานสามารถนำไปปฏิบัติได้ (Tachavijitjaru & Srisupornkornkul, 2022)

โภชนบำบัดสำหรับผู้เป็นเบาหวาน

โภชนบำบัดสำหรับผู้เป็นเบาหวาน หมายถึง การใช้ อาหารและหลักการด้านโภชนาการในการรักษาหรือ บรรเทาอาการของโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นการดัดแปลง อาหารให้เหมาะสมกับสถานะของร่างกาย และสภาวะ การเจ็บป่วย (Chuencharoensuk, Amchang, Sanitchon, Insuwan, & Sunthongsiri, 2017) ที่นิยมกันมี 2 วิธี ได้แก่

1) งานอาหารสุขภาพ (The plate model) หมายถึง รูปแบบที่ส่งเสริมการกินเพื่อสุขภาพผ่านรูปภาพ หลักการที่สำคัญ คือ งานอาหารมีอยู่ 2 วิธี ได้แก่ เป็นแผนภูมิวงกลมเพื่อแสดงสัดส่วนของอาหารต่างๆ

ที่ควรอยู่ในจาน (Caruso, Magon, Baroni, Dellafiore, Arrigoni, Pittella et al., 2018) โดย 1.1) ใช้จานกลมที่มี เส้นผ่าศูนย์กลางขอบนอก 9 นิ้วลึก 1/2 นิ้ว 1.2) เต็มผัก ครึ่งจาน โดยเลือกผักหลากหลายชนิดและสี จะเป็น ผักสุก ดิบ หรือซूपผักก็ได้ 1.3) เต็มเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน 1/4 ของจานหรือประมาณ 1 ส่วน 1.4) เต็มข้าว หรือแป้ง 1/4 ของจานหรือ 1 ส่วน 1.5) เต็มผลไม้ 1 ส่วน หรือ 1 จานรองแก้วกาแฟ 1.6) เลือกนมหรือผลิตภัณฑ์ จากนม 1 ส่วนนอกจาน 1.7) ใช้น้ำมันในการ ปปรุงอาหารได้เล็กน้อย (Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health, 2016) ดังภาพ 1



ภาพ 1 งานอาหารสุขภาพ (The plate model)

ที่มา: Diabetes Center for Excellence, Faculty of Medicine Siriraj Hospital (2022)

จากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบจานอาหารสุขภาพ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสโลหิต มีค่า HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะเวลา 6 เดือนแรก ของการศึกษา และเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาที่ทำการศึกษาคือ 12 เดือน ค่า Fasting Plasma Glucose (FPG) ค่าน้ำตาลกลูโคสภายหลังรับประทานอาหารแล้ว 2 ชั่วโมง (2-h postprandial glucose) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ที่ได้รับความรู้ด้านสุขภาพและคู่มือการนับคาร์โบไฮเดรตแบบดั้งเดิม (Yongwen, Huanhuan, & Lanfang, 2022)

2) การนับคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate gram counting) หมายถึง การนับปริมาณคาร์โบไฮเดรต ในอาหารที่รับประทานใน 1 วัน ทำให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถวางแผนการบริโภค ควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรต ในแต่ละมื้อให้เป็นไปตามเป้าหมายและเป็นตัวกำหนดความต้องการอินซูลินได้ (Somwaeng, 2017) เพราะ คาร์โบไฮเดรตเป็นปัจจัยหลักที่เพิ่มน้ำตาลในกระแสโลหิตหลังมื้ออาหาร เนื่องจากคาร์โบไฮเดรต ถูกเปลี่ยนเป็นน้ำตาลได้ร้อยละ 100.0 ภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังรับประทาน และเข้าสู่กระแสโลหิตภายใน 15 นาทีแรก (Fu, Li Deng, Zan, & Liu, 2016) ซึ่งมีแนวปฏิบัติดังต่อไปนี้

2.1) ประเมินภาวะโภชนาการ โดยคำนวณจากดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI)

2.2) คำนวณค่าความต้องการพลังงานจากกิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน โดยพิจารณาจากภาวะโภชนาการคือ ดัชนีมวลกายและค่าความต้องการพลังงานจากกิจกรรมทางกายที่ทำในแต่ละวัน (กิโลแคลอรีต่อวัน)

2.3) หาพลังงานที่ต้องการของผู้เป็นเบาหวานใน 1 วัน โดยใช้สูตร น้ำหนักผู้เป็นเบาหวาน x ความต้องการพลังงานในกิจกรรมที่ได้จากข้อ 2.2

2.4) อาหารหมวดที่จะนำมานับคาร์โบไฮเดรตมี 4 หมวด คือ หมวดธัญพืช-ข้าว แป้ง หมวดผลไม้ หมวดผัก หมวดนมและผลิตภัณฑ์จากนม หน่วยของการนับคาร์โบไฮเดรตเรียกว่า carbo choice, carb unit (คาร์บ ยูนิต) หรือคาร์โบ ซึ่ง 1 คาร์บเท่ากับคาร์โบไฮเดรต 15-18 กรัม ข้อมูลเกี่ยวกับคาร์โบไฮเดรตเพื่อนำมา

นับคาร์บ สามารถหาได้จากรายการอาหารแลกเปลี่ยน ตารางแสดงคุณค่าทางโภชนาการของอาหารไทยของ กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขและ ฉลากโภชนาการบนกล่อง ถูหรือขวดอาหารที่วางจำหน่าย ในท้องตลาด ด้วยการใช้หลักการดังนี้ 4.1) หมวดธัญพืช-ข้าว แป้ง 1 ส่วน มีคาร์โบไฮเดรต 18 กรัม อนุโลมนับเป็น 1 คาร์บ 4.2) หมวดผัก (ผักประเภท ข) ในรายการอาหารแลกเปลี่ยน ผัก 1 ส่วน คือผักสด 1 ถ้วยตวงหรือผักสุก 1/2 ถ้วยตวงให้คาร์โบไฮเดรต 5 กรัม หรือ 1/3 คาร์บ เท่านั้น ดังนั้น 1 คาร์บจึงต้อง รับประทานผักสด 3 ถ้วยตวงหรือผักสุก 1 ถ้วยตวง 4.3) หมวดผลไม้ ผลไม้ 1 ส่วน มีคาร์โบไฮเดรต 15 กรัม (1 คาร์บ) 4.4) หมวดนมและผลิตภัณฑ์ ปริมาณอาหาร 1 ส่วนให้คาร์โบไฮเดรต 12 กรัม แต่อนุโลมนับเป็น 1 คาร์บ เพื่อความสะดวกในการนับและการจำ 4.5) อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตชนิดอื่นๆ เช่น คุกกี้ 2 ชิ้น (1 คาร์บ + 1 ไขมัน) แอมเบอร์เกอร์ 1 ชิ้น (2 คาร์บ + 2 ไขมัน) เป็นต้น

2.5) ใช้ข้อมูลจากฉลากโภชนาการในการนับคาร์บด้วยในกรณีที่ผู้เป็นเบาหวานรับประทานอาหารที่มีฉลากโภชนาการ

2.6) นำค่าพลังงานอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับที่หาได้ในข้อ 2.3 มาหาปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่ต้องรับประทานโดยใช้สัดส่วนการกระจายพลังงานจากสารอาหารคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 50.0 ของพลังงานทั้งหมดที่คำนวณได้ในข้อ 2.3 ซึ่งคาร์โบไฮเดรต 1 กรัม ให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี

2.7) การแบ่งคาร์บที่ควรได้รับต่อวัน/มื้ออาหาร ควรพิจารณาบริโภคนิสัยเป็นหลักโดยเฉพาะจำนวนมื้ออาหารที่ผู้เป็นเบาหวานบริโภคต่อวันเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้จริงตามการกำหนดอาหาร

ตัวอย่างการนับคาร์โบไฮเดรต เช่น นาง ก. สูง 155 ซม. น้ำหนัก 64 กก. ทำงานสำนักงานต้อง รับประทานคาร์โบไฮเดรตวันละกี่คาร์บ ซึ่งสามารถคำนวณตามวิธีข้างต้น ได้ผลว่า นาง ก.ต้องรับประทานคาร์โบไฮเดรต = $200/15$ กรัม (1 คาร์บ) = 13.30 คาร์บ/วัน โดยแบ่งคาร์บที่ควรได้รับต่อวัน/มื้ออาหารตามบริโภคนิสัยของนาง ก. เป็นหลัก ดังนั้น อาหาร

ของนาง ก. สามารถแบ่งคาร์บ ออกเป็น 3 มื้อดังนี้ เช้า 5 คาร์บ กลางวัน 4 คาร์บ มื้อว่าง 1 คาร์บ เย็น 3.3 คาร์บ และนำค่าคาร์บที่คำนวณได้ไปจัดมื้ออาหาร การนับคาร์บ จึงเป็นวิธีการที่ง่ายและมีประสิทธิภาพ ในการปฏิบัติซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยแบบ Randomized controlled trial ที่พบความแตกต่างของระดับน้ำตาล สะสม (HbA1c) และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) ระหว่างเดือนที่ 0 กับเดือนที่ 6 ในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการด้วยวิธีการนับ คาร์โบไฮเดรตและไตรศัพท์ติดตามทุก 2 สัปดาห์ และ กลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการทั่วไป โดยที่กลุ่มทดลองมีค่า HbA1c และ FBS ลดลงมากกว่า กลุ่มควบคุม (Boonjun & Pongpatanawut, 2018)

การเลือกวิธีการให้โภชนาบำบัดสำหรับผู้เป็นเบาหวาน ควรเลือกให้เหมาะสมกับบริบทของ อสม. (Bowen et al., 2016) เนื่องจากความรู้ ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าว ต้องอาศัยการคิดวิเคราะห์ การเชื่อมโยงและ บูรณาการ เนื้อหาอาหารเบาหวานตามหลักโภชนาบำบัดที่ซับซ้อนและ เน้นการประยุกต์ใช้ (Tachavijitjaru & Srisupomkornkul, 2022) ยิ่งไปกว่านั้นวิธีการให้ความรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วม ของผู้เรียนโดยเฉพาะ อสม. ที่มีประสบการณ์การดูแล ผู้เป็นเบาหวานในชุมชนจะทำให้การประยุกต์ใช้หลัก โภชนาบำบัดสำหรับผู้เป็นเบาหวานสามารถปฏิบัติได้จริง ลดปัญหาและอุปสรรค ก่อให้เกิดประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพ คือ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสโลหิตได้ (Nakrukamphonphatn et al., 2019) จากการทบทวน งานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งทำการทดลองในผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า การผสมผสาน วิธีการให้ความรู้โภชนาบำบัดด้วยการนับคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate gram counting) โดยใช้โมเดลอาหาร และภาพ รวมถึงการวางแผนการรับประทานอาหารของผู้เป็นเบาหวานด้วยวิธีจานอาหารสุขภาพ (The plate model) เป็นรายบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น และ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในกระแสโลหิตลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (Tongkaew, Salaeh, & Waehama, 2022)

บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหารเบาหวานแก่ อสม.

การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหาร เบาหวานแก่ อสม. นั้นควรกระทำโดยพยาบาลซึ่งเป็น หนึ่งในบุคลากรหลักของทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ ให้การดูแลผู้เป็นเบาหวานร่วมกับ อสม. ในชุมชน อย่างต่อเนื่อง ด้วยการปฏิบัติบทบาททั้งการเป็นผู้ประเมิน ผู้ให้ความรู้ ผู้วิจัย นวัตกรรม ผู้สนับสนุน ผู้ประสานงาน และผู้เป็นแบบอย่าง

1. ผู้ประเมิน (Assessor) พยาบาลควรประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหารเบาหวานของ อสม. ด้วยการเลือกใช้แบบประเมินที่เหมาะสมกับบริบท เช่น ประยุกต์ใช้แบบประเมิน "The Newest Vital Sign" (NVS) หรือประยุกต์ใช้แบบวัดความรู้แจ้งแตกฉาน ด้านสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (Thanasukarn & Neelapaijit, 2015) หรือประยุกต์ การใช้ 3 คำถามสุขภาพมาเพื่อใช้ประเมิน ได้แก่ 1) ฉันมีปัญหาเรื่องการให้คำแนะนำอาหารเบาหวาน อย่างไร 2) ฉันต้องทำอะไรเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว 3) ความรอบรู้สุขภาพเรื่องอาหารเบาหวานนี้ สำคัญมากน้อยเพียงใด เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการ ออกแบบกลยุทธ์การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องอาหารเบาหวานแก่ อสม.

2. ผู้ให้ความรู้ (Educator) พยาบาลเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหารเบาหวานแก่ อสม. โดยการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเรื่องอาหาร เบาหวานแบบเฉพาะเจาะจง ด้วยการควบคุมอาหาร ตามหลักโภชนาบำบัดทั้งวิธีจานอาหารสุขภาพ และการ นับคาร์โบไฮเดรต (Bowen et al., 2016; Tongkaew et al., 2022) ด้วยการสร้างและเลือกสื่อการสอนที่ เหมาะสม เช่น รูปวาด โมเดล ใช้ภาษาต่างๆ เลือกให้ ข้อมูลเรื่องอาหารเบาหวานครั้งละไม่เกิน 3-5 ข้อมูล เท่านั้น ใช้เทคนิคการสอนที่เหมาะสมกับกลุ่ม อสม. เช่น เทคนิคการสอนกลับ เป็นต้น การเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพเรื่องอาหารเบาหวานแก่ อสม.ควรทำ ภายใต้อบรมภาคการเรียนการสอนที่เป็นกัลยาณมิตร (Kaewdumkreg, 2018) นอกจากนี้พยาบาลควร ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ นำผลการวิจัยซึ่งมี

ประสิทธิภาพที่เกี่ยวข้องจัดโครงการอบรมรูปแบบต่างๆ เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหารเบาหวานให้ครบทุกองค์ประกอบแก่ อสม. โดยปรับการฝึกอบรมเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการเพราะอาหารเบาหวานต้องอาศัยความรู้หลากหลายที่ต้องบูรณาการศาสตร์หลายชนิด เพื่อใช้ในการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจอย่างมีประสิทธิภาพ (Health Education Division Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2018)

3. ผู้วิจัย (Researcher) พยายามทำหน้าที่ค้นหาช่องว่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหารเบาหวานของ อสม. จากการสังเกตการปฏิบัติงานร่วมกันในฐานะทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิและ/หรือจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อทำวิจัยเสริมสร้างทักษะอื่นๆ ของความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหารเบาหวาน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) และทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) (Tachavijitjaru & Srisupornkornkul, 2022) โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้อง และเหมาะสม เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การรับรู้ความสามารถในตนเอง เป็นต้น (Intarakamhang, 2017)

4. นวัตกรรม (Innovator) พยายามคิดสร้างสรรค์สื่อการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับบริบทของ อสม. เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหารเบาหวานแก่ อสม. เช่น สื่อการสอนแบบ Fotonovela Technique, Chunk and check, Checklist and Score cards เป็นต้น เนื่องจากสื่อการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมมีผลต่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Choojai, Boonsiri, & Patcheep, 2021)

5. ผู้สนับสนุน (Supporter) บังคับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Boonmun & Keeratisiroj, 2021) พยายามเป็นบุคลากรสำคัญในทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานเคียงบ่าเคียงไหล่กับ อสม. ดังนั้น พยายามจึงเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ซึ่งสามารถทำให้ อสม. ทำหน้าที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้เป็น

เบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการสนับสนุนด้านกำลังใจ ด้านอุปกรณ์ ข้าวของ เครื่องใช้ เช่น โมเดลอาหารจำลอง สื่อการสอนที่เกี่ยวข้อง ยานพาหนะ ตลอดจนร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (Sangkaphong, Toonsiri, & Lawang, 2018) อีกทั้งสนับสนุนยกระดับ อสม. ให้เป็นผู้ช่วยนวัตกรรมในการสร้างนวัตกรรมที่ส่งเสริมสนับสนุนความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหารเบาหวาน เพราะ อสม. เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดประชาชน ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ประชาชนในชุมชน ประชาชนไว้วางใจ สามารถสื่อสารกับประชาชนอย่างเข้าใจ (Northeastern Region Center for Primary Health Care Development Khon Kaen, 2022)

6. ผู้ประสานงาน (Coordinator) พยายามทำหน้าที่ประสานงานกับองค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้บริหารสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อจัดสรรงบประมาณในการจัดโครงการอบรมเรื่องอาหารเบาหวาน การสร้างสื่อการเรียนการสอนที่เหมาะสม รวมถึงค่าตอบแทนที่เป็นธรรมแก่ อสม. ในด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้เป็นเบาหวานในชุมชน เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวต้องกระทำเชิงรุกอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาพอสมควร เพื่อเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่จะทำให้การทำหน้าที่ของ อสม. ดังกล่าวบรรลุผล (Yaebkai, Y. & Wongsawat P, 2022)

7. ผู้เป็นแบบอย่าง (Role model) พยายามเป็นแบบอย่างแก่ อสม. ในด้านการทำหน้าที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้เป็นเบาหวานในชุมชนผ่านการปฏิบัติงานร่วมกันในทีมสุขภาพ เช่น ชณะเยี่ยมบ้าน อสม. ได้เรียนรู้จากต้นแบบที่เป็นพยาบาลผ่านการสังเกต การเห็น การฟัง ทำให้ อสม. เกิดการซึมซับการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง การแก้ไขปัญหา ความยืดหยุ่นเพื่อปรับให้เข้ากับบริบทกับผู้เป็นเบาหวานและเกิดความรู้สึกว่า อสม. เองก็มี ความสามารถที่จะทำได้เช่นกัน (Ontha, Moosart, & Pitchayapinyo, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้บุคคลต้นแบบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายเป็นประจำ และต่อเนื่องจนเป็นกลุ่มปกติได้มาถ่ายทอดประสบการณ์และความรู้สึกจนสามารถควบคุมระดับความเสี่ยงได้ เป็นกระบวนการที่สำคัญซึ่งทำให้กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jitwongpan, Supametaporn, & Chairat, 2021)

บทสรุป

อสม. เป็นบุคลากรในที่มสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ผู้เป็นเบาหวานในชุมชนให้ความไว้วางใจ และสามารถทำหน้าที่เป็นนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องได้รับการส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหารเบาหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการรักษาระดับน้ำตาลในกระแสโลหิตเพื่อที่อสม. สามารถถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจ วิเคราะห์ความน่าเชื่อถือและความถูกต้อง เลือกตัดสินใจและนำเสนอข้อมูลอาหารเบาหวานได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนสามารถสื่อสารข้อมูลดังกล่าวในแนวทางที่ผู้เป็นเบาหวานสามารถนำไปปฏิบัติได้ พยาบาลซึ่งเป็นอีกบุคลากรหลักในการดูแลผู้เป็นเบาหวานในชุมชนร่วมกับ อสม. จึงควรมีบทบาทด้านการเป็นผู้ประเมิน ผู้ให้ความรู้ ผู้วิจัย นวัตกรรม ผู้สนับสนุน ผู้ประสานงาน และผู้เป็นแบบอย่าง เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหารเบาหวานแก่ อสม. ซึ่งจะทำให้ อสม. ถ่ายทอดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโภชนาการของผู้เป็นเบาหวานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- Aekplalakom, W., Pakharean, H., & Satheinnoppakao, W. (2022). *The 6th health survey of the Thai 2019-2020*. Bangkok: Printery of Health System Research Institute. (in Thai)
- American Diabetes Association. (2021). Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes—2021. *Diabetes Care*, 44(Suppl1), S15-S33.

- Boonjun, S., & Pongpatanawut, S. (2018). Effect of carbohydrate counting with telephone follow-up on blood glucose parameters in type 2 diabetic patients at Phaholpolphayusana Hospital, Kanchanaburi Province. *Journal of Nutrition Association of Thailand*, 53(2), 72-83. (in Thai)
- Boonmun, T., & Keeratisiroj, O. (2021). *Factor affecting to health literacy among village health volunteers in Sukhothai Province*. Thesis of Master of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok. (in Thai)
- Bowen, M. E., Cavanaugh, K. L., Wolff, K., Davis, D., Gregory, R. P., Shintani, A. et al. (2016). The diabetes nutrition education study randomized controlled trial: A comparative effectiveness study of approaches to nutrition in diabetes self-management education. *Patient Educ Couns*, 99(8), 1368-1376.
- Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health. (2016). *No belly, reduce disease, eat right, 2: 1: 1 Portion*. Retrieved October 1, 2022, from http://nutrition.anamai.moph.go.th/download/article/article_20160323133635.pdf. (in Thai)
- Caruso, R., Magon, A., Baroni, I., Dellafiore, F., Arrigoni, C., Pittella, F. et al. (2018). Health literacy in type 2 diabetes patients: A systematic review of systematic reviews. *Acta diabetologica*, 55(1), 1-12.
- Choochote, K., & Upakdee, N. (2018). Expenditure of diabetes mellitus according to classification systems for outpatient payment at Bangbuathong Hospital. *Journal of Health System Research*, 12(4), 645-656. (in Thai)

- Choojai, R., Boonsiri, C., & Patcheep, K. (2021). Effects of a health literacy enhancement program for COVID-19 prevention on health literacy and prevention behavior of COVID-19 among village health volunteers in Don Tako Sub-District, Mueng District, Ratchaburi Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(1), 250-262. (in Thai)
- Chuencharoensuk, K., Amchang, W., Sanitchon, A., Insuwan, S. & Sunthongsiri, P. (Editor). (2017). *Handbook of nutrition practice in hospitals*. Nonthaburi: Division of Public Health Administration, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Diabetes Center for Excellence, Faculty of Medicine Siriraj Hospital. (2022). *Plate Model 2: 1: 1*. Retrieved October 1, 2022, from <https://sirirajbrv.com/article/17> (in Thai)
- Division of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2018). *Strengthening and evaluating health knowledge and health behaviors*. Nonthaburi: Division of Health Education. (in Thai)
- Fu, S., Li Deng, S., Zan, L., & Liu, Z. (2016). Effectiveness of advanced carbohydrate counting in type 1 diabetes mellitus: A systemic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 6, 37067. <https://www.nature.com/articles/srep37067>
- Gebreyesus, H. A., Abreha, G. F., Besherae, S. D., Abera, M. A., Weldegerima, A. H., Kidane, E. G. et al. (2021). Eating behavior among persons with type 2 diabetes mellitus in North Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Endocrine Disorders*, 21, 99. <https://doi.org/10.1186/s12902-021-00750-5>
- Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2018). *Strategies for health literacy and health outcomes promotion*. Bangkok: Samchareon Panich (Bangkok) Co., Ltd. (in Thai)
- Intarakamhang, U. (2017). *Health literacy: Measurement and development*. Bangkok: The Behavior Science Research Institute Srinakharinwirot University. (in Thai)
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas*. (10th ed). Belgium: International Diabetes Federation.
- Jennum, P., Stender-Petersen, K., Rabøl, R., Jørgensen, N. R., Chu, P. L., & Madsbad, S. (2015). The impact of nocturnal hypoglycemia on sleep in subjects with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 38(11), 2151-2157.
- Jitwongpan, T., Supametaporn, P., & Chairat, R. (2021). Effects of a self-efficacy enhancement program on preventive behaviors and body mass index in people at risk of diabetes. *Nursing Journal*, 48(3), 243-256. (in Thai)
- Jungsaman, S. (Editor). (2017). *Type 2 diabetes metabolism*. Songkhla: Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University. (in Thai)
- Kaewdumkrenk, K., (2018). *Health literacy access, understand and application*. (2nd ed.). Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public Co., Ltd. (in Thai)
- Kaewprom, C., Yuthavisut, S., Pradoo, L., & Boontum, A. (2014). Mental health literacy among village health workers: A case study of two subdistricts in Kloong, Chantaburi. *Science Journal Health*, 8(1), 10-16. (in Thai)

- Kanjanapibulwong, A., Khamwangsanga, P. & Kaewta, S. (2020). *Reported on the situation of NCDs, diabetes, high blood pressure. and related risk factors 2019*. Bangkok: Printing House, Graphic and Design Publishing House. (in Thai)
- Kasemsuk, W., & Koshakri, R. (2015). The need to improve of health volunteer's ability in home visit for diabetes people in communities. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 16*(2), 59-68. (in Thai)
- Khuhamanee, U., Rodjarkpai, Y., & Maharachpong, N. (2020). Health literacy and role of village health volunteer in chronic disease prevention. *Journal of the Department of Medical Service, 45*(1), 137-142. (in Thai)
- Kwanruen, K., & Chanida, M. (2019). Factor associated with blood sugar controlling among the elderly with diabetes, living in communities nearby Siam University. *Journal of nursing Siam University, 20*(38), 82-95. (in Thai)
- Kumthong, T., Potisiri, W., & Kaedumkoeng, K. (2016). Factor influencing health literacy for people at risk of diabetes mellitus and hypertension of Uthai Thani and Ang Thong. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silapakorn University, 3*(6), 67-84. (in Thai)
- Malabu, U. H., Vangaveti, V. N., & Kennedy, R. L. (2014). Disease burden evaluation of fall-related events in the elderly due to hypoglycemia and other diabetic complications: A clinical review. *Clinical Epidemiology, 14*(6), 287-294.
- Marciano, L., Camerini, A. L., & Schulz, P. J. (2019). The role of health literacy in diabetes knowledge, self-care, and glycemic control: A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine, 34*(6), 1007-1017.
- Ministry of Public Health, Department of disease control, Office of non-communicable diseases, Health development Group. (2016). *World Diabetes Day Campaign Issues 2016*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Nakrukamphonphatn, S., Suwannakoot, N., & Natason, A. (2019). The village health volunteers experience in caring for diabetic patients in the community. *Journal of Science and Technology, Ubon Rachathani University, 21*(1), 103-109. (in Thai)
- Ngasangsai, P., Sornseeeyon, P., & Phattarabenjapol, S. (2014). A case study of health literacy of village health volunteers. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences, (Suppl)*, 82-87. (in Thai)
- Nicolucci, A., Pintaudi, B., Rossi, M. C., Messina, R., Dotta, F., Frontoni, S. et al. (2015). The social burden of hypoglycemia in the elderly. *Acta Diabetologica, 52*(4), 677-685.
- Northeastern Region Center for Primary Health Care Development Khon Kaen. (2022). *Village health volunteer, social innovators fighting against COVID-19 curriculum*. Khon Kaen: Northeastern Region Center for Primary Health Care Development Khon Kaen. (in Thai)
- Nutbeem, D. (2000). Health literacy as a public goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259-267.

- Ontha, R., Moosart, S., & Pitchayapinyo, P. (2016). The development of a home visit model based on participation between professional nurses and village health volunteers for type II diabetes. *Journal of Nursing and Health Care*, 34(4), 19-27. (in Thai)
- Pethchit, R. (2015). Self-care behaviors and blood sugar control among patients with diabetes mellitus at Khiensa hospital, Suratthani province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 2(2), 5-28. (in Thai)
- Rasiri, S., Na Rachasima, S., & Rasiri, T. (2021). The role of Thai public health volunteer. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Provincial office*, 7(2), 80-97. (in Thai)
- Rungreangkulkij, S., Thavornpitak, Y., Kittiwatanapaisan, W., Kotnara, I., & Kaewjanta, N. (2014). Prevalence and factors of depression among type 2 diabetic patients. *Journal of Psychiatric Association Thailand*, 59(3), 287-298. (in Thai)
- Sangkaphong, A., Toonsiri, C., & Lawang, W. (2018). Factors influencing health literacy among family caregivers of chronic diseases patients in community. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(2), 55-62. (in Thai)
- Siangdung, S. (2017). Self-care behaviors of patients with uncontrolled DM. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 191-204. (in Thai)
- Somwaeng, S. (2017). Carbohydrate counting and Diabetic control. *Thai Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 25(1), 7-11. (in Thai)
- Srichum S. (2017). *Roles and Duties of Village Health Volunteer based on Public Perceptions and Expectations in Samed Sub-district, Chon Buri Province* [Dissertation]. Burapha University. (in Thai)
- Srikao, O., (2016). *Management of diabetes mellitus: Dimensions of the disease and role of nurses*. (3rd ed.). Bangkok: M & M Laserprint Co.Ltd. (in Thai)
- Sudjai, S., Theerawat, M., Inamee, N., & Tunskul, S. (2016). *Factors related to food consumption behavior among type 2 diabetes patients in Nonthaburi Province*. Proceeding of the 3rd National Academic and research proposing Conference. Toward the second decade: Sustainability knowlegement on research integration. (pp. 370-377). Nakornrachasima college. (in Thai)
- Sukdee, S., Intarakamhaeng, U., & Duangjan, P. (2017). The development of health behavior modification model in non-communicable chronic diseases by using participatory approach in knowledge management of the community in Tambon Bangklua, Chachoensao Province. *Journal of Health Education*, 40(1), 38-52. (in Thai)
- Tachavijitjaru, C., Srisupornkornkul, A., & Changtej, S. (2018). Selected factors related with the health literacy of village health volunteer. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(Suppl), 320-332. (in Thai)
- Tachavijitjaru, C., & Srisupornkornkul, A. (2022). Health literacy of village health volunteer regarding dietary control based upon nutrition therapy for diabetic mellitus type II patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 23(3), 215-226. (in Thai)

- Tadhlor, W., Keeratiyutawong, P., Nabkasorn, C., & Samartkit, N. (2012). Predictive factors of depression in persons with type 2 diabetes in urban areas, Chonburi Province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 20(1), 57-69. (in Thai)
- Thanasukarn, C., & Neelapaijit, N. (2015). *Development of health literacy tool for patients with Diabetes Mellitus and Hypertension*. Nonthaburi: Health Education Division Depart of Health Service Support Ministry of Public Health. (in Thai)
- Thanawat, S. (2018). Factor related to blood sugar control among diabetes mellitus type 2 patients. *Journal of Health System Research*, 12(3), 515-522. (in Thai)
- The Royal College of Physicians of Thailand under the Royal Patronage of King Rama IX, Diabetes Association of Thailand under the Royal Patronage of Her Royal Highness Princess Mahachakri Sirindhon, The Endocrine Society of Thailand, Institute of Medical Research and Technology Assessment Medical Division Ministry of Public Health, National Health Security Office. (2017). *Clinical Practice Guidelines for Diabetes 2017*. (2nd ed.). Pathumthani: Romyen Media. (in Thai)
- Tongkaew, P., Salaeh, N., & Waehama, A. (2022). Effects of nutrition on the food consumption behavior modification and hemoglobin A1c in patients with type 2 diabetes of Chao Ai Rong Hospital. *Journal of Science and Technology*, 7(1), 38-47. (in Thai)
- Wannasiri, T. (2016). Caregiving behaviors of family caregivers for diabetes mellitus patients. *Kuakarun Journal of Nursing*, 23(2), 31-50. (in Thai)
- Whitmer, R. A., Karter, A. J., Yaffe, K., Quesenberry, C. P., & Selby, J. V. (2009). Hypoglycemic episodes and risk of dementia in older patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Medical Association*, 301(15), 1565-1572.
- Wichit-aksorn, N., Chladsuk, A., Kuerod, P., Aphiwattanakul, P., & Tadkha, K. (2018). *Study report on estimates public health expenditures over the next 15 years*. Bangkok: Thailand Development Research Institute. (in Thai)
- Worsa, T. K., Zinab, B., & Teshome, M. S. (2021). Dietary practice among type 2 diabetic patients in Southern Ethiopia. *International Journal of Endocrinology*, 1359792. <https://www.hindawi.com/journals/ije/2021/1359792/>
- Yaebkai, Y. & Wongsawat P. (2022). Factor affecting performance of village health volunteers in Sukothai, Thailand. *Journal of Public Health and Development*, 20(1), 120-131. (in Thai)
- Yaowakul D, Abdullakasim P, Maharachpong N. (2022). Health Literacy on Coronavirus Disease 2019 Prevention Behaviors of Village Health Volunteers in Region 6 Health Provider. *Research and Development Health System Journal*, 15(1), 257-272. (in Thai).
- Yongwen, Z., Huanhuan, H., & Lanfang, C. (2022). Effectiveness of restricted diet with a plate in patients with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Primary Care Diabetes*, 16(3), 368-374.