

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือด
ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2




วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
กรกฎาคม 2562
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2”

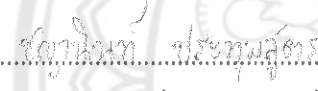
ของ นางประพิมศรี หอมอุย

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ถาวร มาดั่น)


..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร)


..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชฎานินท์ ประทุมสุตร)


..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จรียา)

อนุมัติ

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มุณีสว่าง)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

15 มิถ 2552

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริวิไลช์ วนรัตน์วิจิตร ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชฎานินท์ ประทุมสูตร กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่ามาเป็นที่ปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำ คำปรึกษาหารือและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยเหลือแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอกราบขอบพระคุณประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ถาวร มาตัน และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จริยา ที่ได้กรุณาให้ข้อชี้แนะที่มีคุณค่า คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สุพัฒน์มา คำสอน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ และดร. เกสัชกรหญิงวชิฐ พรหมพิทยารัตน์ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ที่กรุณาให้คำแนะนำตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจนทำให้วิจัยครั้งนี้สมบูรณ์และมีคุณค่า และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ช่วยเหลือประสานงาน และอำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาการศึกษา และขอขอบพระคุณผู้บริหารองค์กร สมาชิกในครอบครัวทุกคน ที่ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนทุกด้าน อย่างดีที่สุดเสมอมา

ท้ายสุดนี้ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกองโกรลาค ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่สุขเกษม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไกรนอก และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกกแรต พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของสถานบริการทั้ง 3 แห่ง ที่ให้ความกรุณาอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย และเก็บข้อมูลในพื้นที่ ที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่า ในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ด้วยความเต็มใจยิ่งด้วยดีตลอดการดำเนินการวิจัย

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอขอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่าน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะสามารถนำไปปรับใช้ในการวางแผนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาล อันส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ประพิมศรี หอมฉาย



ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2
ผู้วิจัย	ประพิมศรี หอมจุย
สถานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร
กรรมการที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชฎานินท์ ประทุมสูตร
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยนครสวรรค์, 2561
คำสำคัญ	โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย เลือกรูปแบบเจาะจง ตามเกณฑ์และคุณสมบัติคัดเข้า แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลอง ได้เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง 10 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบบันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ สอนเบียงเบน-มาตรฐาน สถิติ Independent t- test และ Paired t-test

ผลวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และ ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง สามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดลดลง ดังนั้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อไปได้

Title EFFECTS OF SELF-MANAGEMENT SUPPORT PROGRAM ON SELF-CARE BEHAVIOR AND LEVELS OF BLOOD GLUCOSE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Author Praitsri Homchui

Advisors Assistant Professor Civilaiz Wanaratvijid, Ph.D.
Assistant Professor Chayanin Pratoomsoot, Ph.D.

Academic Paper Thesis M.P.H. in Public Health, Naresuan University, 2018

Keywords Supportive self-management, Self - Care behaviors, Levels of blood glucose ,Type 2 diabetes mellitus patients

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to investigate the effect of self-management support program on self-care behavior and blood glucose levels in patients with type 2 diabetes mellitus. Study sample was a group of 60 patients who were divided into two groups of 30 patients in each group. Experimental group received self-management support program for 10 weeks. Research instruments consisted of a questionnaire on demographic information, a knowledge test on diabetes mellitus, a questionnaire on self-care behavior, and blood glucose level records. Data were summarized to report mean, percentage, and standard deviation. Independent t-test and paired t-test were used to test the study hypotheses.

The results showed that after receiving the program the experimental group's average knowledge score and level of self-care behavior were statistically significantly higher, and average blood glucose level was statistically significantly lower than before receiving the program ($p < 0.05$). When compared to the control group, the experimental group's average knowledge score and level of self-care behavior were statistically significantly higher, and average blood glucose level was statistically significantly lower ($p < 0.05$).

The research findings suggest that self-management support program can improve the knowledge and self-care behavior of patients with type 2 diabetes mellitus, as well as lower their blood glucose levels. It is therefore recommended that the program may be used as part of diabetes patient care.



สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
ขอบเขตของงานวิจัย.....	7
ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	7
สมมติฐานของการวิจัย.....	8
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	8
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน.....	10
ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน.....	30
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ.....	35
ทฤษฎีความสามารถตนเอง.....	41
รูปแบบการจัดการตนเอง.....	46
ทฤษฎีการดูแลตนเอง และพฤติกรรมจัดการตนเอง.....	48
แนวคิดการจัดการตนเอง.....	65
พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน.....	69
รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	75
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	86

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย..... 89
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	90
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	95
การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ.....	97
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	99
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	99
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	104
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 106
ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล.....	108
ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแล ตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัด โปรแกรม การสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ ได้รับการดูแลตาม ปกติ (กลุ่มควบคุม) ก่อนได้รับการจัด โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง.....	111
ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแล ตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับการจัดโปรแกรม การสนับสนุนการจัดการตนเอง ภายในกลุ่มที่ได้รับการจัด โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)	113

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) หลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง.....	115
5 บทสรุป.....	117
สรุปผลการวิจัย.....	120
อภิปรายผลการวิจัย.....	122
ข้อเสนอแนะ.....	126
บรรณานุกรม.....	128
ภาคผนวก.....	138
ประวัติผู้วิจัย.....	180

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงวิธีการและเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์.....	17
2 แสดงการแปลผลระดับพลาสมากลูโคสและ HbA _{1c} เพื่อการวินิจฉัยโรคเบาหวาน..	26
3 แสดงลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล.....	108
4 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระหว่าง กลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ก่อนที่ได้รับการจัดโปรแกรม การสนับสนุนการจัดการตนเอง.....	111
5 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ภายในกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)	113
6 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระหว่าง กลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) หลังได้รับการจัดโปรแกรม การสนับสนุนการจัดการตนเอง.....	115

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 การคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์วิธีที่ 1 เกณฑ์ของ Carpenter และ Coustan.....	15
2 การคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์วิธีที่ 2 ตามเกณฑ์ของ International Diabetes Federation (IDF) หรือ International Association Diabetes Pregnancy Study Group (Oral Glucose Tolerance Test; OGTT)	16
3 การแสดงการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) สภาพแวดล้อม (E) และส่วนบุคคล (P)	41
4 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น.....	41
5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น.....	42
6 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพปรับปรุงใหม่.....	61
7 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	88

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่อยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อชนิดเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด เป็นโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาสาธารณสุข จากรายงานสถิติโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 ขององค์การอนามัยโลก พบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และ 1 ใน 3 มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย และโรคเบาหวานเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 63 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก และเสียชีวิตประมาณ 6 คนต่อนาที (ทุก 10 วินาทีเสียชีวิต 1 คน) และจากการสำรวจข้อมูลการระบาดวิทยาของโรคเบาหวานในประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานสะสมถึง 670,664 คนและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนได้ ปี 2557 พบว่าประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ทั้งหมด 11,389 คน หรือเฉลี่ยวันละ 17.53 คน (ปราง บัวทองคำวิเศษ และคณะ, 2560 อ้างถึงใน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตามมาตรฐานของผู้ป่วยเบาหวานจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง (Co-Morbidities/Complications) ในหลายระบบของร่างกาย ได้แก่ 1) ระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease) ซึ่งประกอบด้วยโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) การทำงานของเกล็ดเลือดผิดปกติ (Platelet disorders) โรคหัวใจ (Coronary Heart Disease) 2) ระบบพยาธิสภาพของไต (Nephropathy) 3) ระบบพยาธิสภาพของตา (Retinopathy) 4) โรคที่เกิดกับเท้า (Diabetic Foot) (American Diabetes Association, 2014)

เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ทำให้เกิดความสูญเสียต่างๆ กับผู้ป่วย ได้แก่ เกิดการสูญเสียโอกาสต่างๆ เช่น เสียโอกาสที่จะไปทำงานและเวลาในการทำงาน เพื่อหารายได้มาเลี้ยงชีพ ส่งผลให้รายได้ และฐานะทางเศรษฐกิจครอบครัวลดลง เพราะต้องใช้เวลาการเดินทางและการรักษาตัว หากเกิดภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง อาจส่งผลให้สูญเสียอวัยวะในร่างกาย ทำให้ศักยภาพ ในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลงหรืออาจพิการตลอดชีวิต เช่น โรคไตวายเรื้อรัง จำเป็นต้องฟอกไตทางหน้าท้องหรือฟอกไตทางเส้นเลือดเทียม ผู้ป่วยและครอบครัวต้องใช้เวลา ในการมารับบริการ สูญเสียเงินเพื่อใช้จ่ายในการเดินทางและ

การรับประทานอาหาร รวมถึงสูญเสียโอกาสในการทำงานและขาดรายได้ของวันที่ต้องเดินทางรับ การรักษาพยาบาลไม่สามารถไปทำงานได้ตามปกติ หรือกรณีผู้ป่วย มีแผลที่เท้าเรื้อรัง รักษา ไม่หายขาด อาจรุนแรงถึงขั้นต้องตัดนิ้วหรือตัดเท้า ทำให้สูญเสียอวัยวะในร่างกาย ก่อให้เกิดความ พิจารณ์ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน หรือบางรายถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เฉียบพลันและ รุนแรง อาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ทั้งนี้หากผู้ป่วยเบาหวานไม่จัดการตนเอง หรือไม่ตระหนักถึงการมี พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเกิด ผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งประเทศไทย สอดคล้องกับรายงาน สถิติโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2558 ที่กล่าวไว้

จากข้อมูลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาพยาบาล ข้าราชการและครอบครัว มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุข จำนวน 698,720 ครั้ง คิดเป็นอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1,081.25 ต่อแสนประชากร และพบว่าภาวะทางเศรษฐกิจสำหรับประเทศไทยในปี 2551 มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ด้วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังหลัก (ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หัวใจและมะเร็ง ทั้งสิ้นเฉลี่ย 25,225 ล้านบาทต่อปี) เฉพาะโรคเบาหวาน 3,984 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 15.79 ของภาพรวมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลัก และคาดประมาณว่าคนไทยป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค จำนวน 18.25 ล้านคน ซึ่งสถานบริการจะต้องเสียค่ารักษาพยาบาล ประมาณ 335,358 ล้านบาท ต่อปี คิดเป็นร้อยละ 2.94 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ พบว่ามีการ จัดอันดับสูญเสีย ปีสุขภาพะ ปี 2552 กล่าวไว้ว่าโรคเบาหวานทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาพะ เป็นอันดับ 1 ในเพศ หญิง คิดเป็นร้อยละ 8.6 และเป็นอันดับ 7 ในเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 3.8 หากบุคคลซึ่งป่วยเป็น โรคเบาหวานดูแลสุขภาพตนเองไม่เหมาะสมหรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับ ปกติได้ ก็จะส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรังได้

เคนเฟอร์ (Kanfer, 1988) ได้นำรูปแบบของการกำกับตนเองประยุกต์และพัฒนา โปรแกรมมาใช้ กล่าวไว้ว่า บุคคลที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีการจัดการตนเองต่อปัญหาสุขภาพของ ตนเองได้ ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลต้องการจะทำให้สำเร็จ การติดตามตนเอง (Self Monitoring) เป็นขั้นตอนการสังเกตติดตามและบันทึกพฤติกรรม ของตนเอง การประเมินตนเอง (Self Evaluation) เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมและ การเสริมแรงตนเอง (Self Reinforcement) โดยการให้รางวัลแก่ตนเอง ประกอบกับ เครียร์ (Creer, 2000) กล่าวไว้ว่า การจัดการตนเองเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง เพื่อควบคุมความ

เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยสามารถติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเอง รวมถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมโรค โดยการส่งเสริมความรู้และทักษะในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ขั้นตอนประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal Selection) 2) การรวบรวมข้อมูล (Information) เป็นการเฝ้าระวังตนเอง (Self-Monitoring) ประกอบด้วยกิจกรรม 2 อย่าง คือ การสังเกตอาการตนเอง (Self-Observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (Self-Recording) 3) การประมวลผลและประเมินข้อมูล (Information Processing and Evaluation) โดยการนำข้อมูลที่รวบรวมมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจเป็นค่ามาตรฐานสากล หรือค่าเฉพาะของผู้ป่วย แต่ละราย 4) การตัดสินใจ (Decision Making) ขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเอง หลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูล ประมวลผลและประเมินข้อมูลของตนเอง เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลเหล่านี้เป็นพื้นฐาน การตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นแก่นของความสำเร็จในการจัดการตนเอง 5) การปฏิบัติ (Action) เป็นการใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง 6) การประเมินตนเอง (Self-Reaction) การประเมินนี้ บุคคลสามารถคาดการณ์ถึงการปฏิบัติจริงหรือฝึกทักษะเพิ่มเติม ผู้ที่มีโรคเรื้อรังควรทราบถึงข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติและการประเมินตนเอง เพื่อให้สามารถคงทักษะการจัดการตนเองอยู่ต่อไป

ในวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรม โดยประยุกต์มาจากทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management) เพื่อมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันจะช่วยให้เกิดการป้องกัน และลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ส่งผลดีต่อสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถดำรงชีวิตปกติ ปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบและกิจวัตรประจำวันของตนเองได้อย่างปกติสุขต่อไป เพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อเนื่อง และผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้อง นำไปปฏิบัติและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลของตนเองให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (ค่าระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน แต่ละครั้งไม่ควรเกิน 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน ในระบบของร่างกายหลายระบบตามมาภายหลังได้

จากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติได้ ข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่สุขเกษม (รพ.สต.บ้านใหม่-สุขเกษม) อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี พบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนกับรพ.สต.บ้านใหม่สุขเกษม ปี 2555-2557 มีจำนวน 78, 86 และ 100 ราย ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับในระดับประเทศ

ในปีงบประมาณ 2551-2553 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 12,480,16,624 และ 17,989 ราย ตามลำดับ (บุญยัง ราชทรัพย์, 2556, น. 2) ทั้งนี้มีสถิติการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานปี 2555 -2557 จำนวน 960, 1,020 และ 1,200 ครั้ง/ปี คิดเป็นอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 มีแนวโน้ม การให้บริการเพิ่มสูงขึ้นผันตามจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเช่นกัน

ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานกระทรวงสาธารณสุข ให้มีการดำเนินงาน ดังนี้

1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องมีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยต้องมีค่าระดับน้ำตาลน้อยกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จำนวนมากกว่าร้อยละ 40 และ 2) ตามเกณฑ์การทำงาน การควบคุมโรคเบาหวานระดับประเทศ ปี 2557 ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการต้องมีผลการตรวจ HbA_{1c} ไม่ควรเกิน ร้อยละ 7 ซึ่งปัจจุบันมีมาตรฐานการให้บริการและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งระดับประเทศ จังหวัด และในเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลกึ่งไกลลาต (CUP รพ.กึ่งไกลลาต) รวมถึงมีการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานอย่างแพร่หลาย และมีการให้บริการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน บริการรูปแบบเดียวกันทุกสถานบริการ จากข้อมูลประวัติการให้บริการ ของรพ.สต. บ้านใหม่สุขเกษม พบปัญหาคือ 1) การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (ระดับน้ำตาล มากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ต่อเนื่องกันมากกว่า 3 ครั้ง) มากกว่าร้อยละ 40 2) มีผลการตรวจ HbA_{1c} เกินมาตรฐาน (มากกว่าร้อยละ 7) มากกว่าร้อยละ 20 และ 3) จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ที่ผ่านมาพบผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ได้แก่ โรคหัวใจ โรคไตวายที่ต้องฟอกไตทางหน้าท้องและฟอกไตทางเส้นเลือดเทียมเพิ่มขึ้น จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 13 (ทั้งหมด 100 คน) ในปีงบประมาณ 2557

ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล - บ้านใหม่สุขเกษม มีทั้งหมด 100 ราย พบว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ น้อยกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีเพียงร้อยละ 35 ซึ่งน้อยกว่าดัชนีชี้วัดกระทรวง (ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาล ได้น้อยกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ต้องมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40) และผู้ที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในกระแสเลือด (HbA_{1c}) ปี 2557 จำนวน 86 ราย (กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 100 ราย) คิดเป็นร้อยละ 86 (ดัชนีชี้วัดกระทรวง กล่าวว่า ผู้ป่วยเบาหวาน ควรควบคุมระดับ HbA_{1c} ให้ได้น้อยกว่า 7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และต้องมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40) ซึ่งพบผู้ที่มีผลตรวจ HbA_{1c} มากกว่าร้อยละ 7 จำนวน 33 ราย (ทั้งหมด 86 ราย) คิดเป็นร้อยละ 38.37 (ข้อมูลจากทะเบียนผู้รับบริการเบาหวานและสรุปรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประจำปี รพ.สต.บ้านใหม่สุขเกษม, 2557)

จากปัญหาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอทองไทรลาค ส่งผลต่อการรักษา และงบประมาณรายจ่ายของรัฐบาลด้านการรักษาที่เพิ่มขึ้น เช่น ค่าใช้จ่ายด้านเภสัชกรรม ที่จำเป็นต้องใช้ยาในปริมาณ มากขึ้นกว่าเดิมที่ใช้ในการจ่ายให้ผู้ป่วย ประเด็นสำคัญตามมา คือ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลประวัติการให้บริการคลินิกผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมา มีการให้บริการ จ่ายยา ตามแผนการรักษาและให้สุขศึกษารายบุคคลในกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาตามมาตรฐาน การให้บริการของคลินิก แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาทดลองหรือการจัดโปรแกรมที่ส่งผลต่อการจัดการ ตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในกระแสเลือด ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานซึ่งเป็นภาวะที่สามารถหลีกเลี่ยง หรือป้องกันได้ด้วยการปรับวิถีชีวิตและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง ได้แก่ การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพดี ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยาอย่าง ถูกต้องและสม่ำเสมอ รวมถึง การประเมินสุขภาพตนเอง เพื่อจัดการตนเองเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ อาจมีภาวะแทรกซ้อนในระยะสั้นและระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาและงานวิจัยที่ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อ พฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีทักษะ การจัดการตนเองอย่างเหมาะสม จะช่วยควบคุมโรคเบาหวานและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลงได้ ภายหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และ 8 สูงกว่าก่อนการทดลอง และมีระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนอาหารเข้าลดลงกว่าก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($P < 0.01$) 2) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมโรค มีคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจากการจัดการตนเองภายหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 มากกว่ากลุ่มควบคุมและมีการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าภายหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 8 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แสดงถึงประสิทธิผลของ โปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุม โรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด (คันสนีย์ กองสกุล, 2552)

จากผลการศึกษาและทบทวนงานวิจัยข้างต้นจะเห็นว่าแนวโน้มของโรคเบาหวาน จะรุนแรงมากขึ้นหากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งตัวผู้ป่วยเองขาดความ ตระหนักในการดูแลตนเองในด้านสุขภาพถูกต้อง และตระหนักในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ตามหลัก 3อ2ส) เช่น การรับประทานอาหารและยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การมารับบริการหรือการมารับการรักษาตามนัดต่อเนื่อง โดยยึดกระบวนการจัดการ

ตนเองเป็นหลัก เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของตัวผู้ป่วยเองตามมา และส่งผลให้ระดับน้ำตาลดีขึ้นหรือมีปริมาณลดลง เชื้อต่อการดูแลตนเองและการรักษาให้บรรลุตามความต้องการมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ จึงอาจกล่าวได้ว่าประสิทธิภาพของการรักษา ขึ้นอยู่กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นส่วนใหญ่ และทั้งนี้พฤติกรรมดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะช่วยลดความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีสุขภาพดีสามารถดำเนินชีวิตตามปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว มีพฤติกรรมดูแลตนเอง ที่บรรลุเป้าหมายและมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นจึงมีความสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 เพื่อกำหนดแนวทางการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งได้ทราบถึงการจัดการตนเองที่ควรสนับสนุนหรือพฤติกรรมที่ควรปรับแก้ไขให้เหมาะสมกับ สภาพชีวิตประจำวัน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่สุขเกษม

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม โดย

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ก่อนได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ภายในกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) 10 สัปดาห์

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) หลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยศึกษากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest - posttest design) โดยเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือด เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลกโกรลาค และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในเขต รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่สุขเกษม อำเภอ กโกรลาค จังหวัด สุโขทัย (กลุ่มทดลอง) กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไกรนอก อำเภอ กโกรลาค จังหวัด สุโขทัย (กลุ่มควบคุม) ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์ (Creer, 2000) 6 ขั้นตอน ประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) มาใช้ในโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยเก็บข้อมูลในเดือน สิงหาคม 2559 – ตุลาคม 2559

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ประกอบด้วย ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2
2. ตัวแปรตาม คือ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน, พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือด

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)
2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

ข้อตกลงเบื้องต้น

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ โรงพยาบาลกึ่งไกลาศเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป, รับการรักษาโดยการรับประทานยา ชนิดเม็ด, ยังไม่มีโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน, ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในกระแสเลือด จากปลายนิ้วหลังงดอาหารเช้า (FBS) หรือได้รับการตรวจ HbA_{1c}

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ศึกษาเปรียบเทียบเฉพาะระดับน้ำตาลในกระแสเลือดจากปลายนิ้ว หลังงดอาหารเช้า (FBS) ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยคัดลอกผลการตรวจจากบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยประจำเดือนที่มีการนัดมารับการรักษาและนัดมารับบริการเป็นประจำทุกเดือน ส่วนผลของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมย้อนหลัง 3 เดือน (HbA_{1c}) หรือค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม มีข้อจำกัดของการเก็บข้อมูล และการนัดรับบริการตรวจ HbA_{1c} เนื่องจากระยะเวลาในการนัดตรวจนานเกินกว่า 10 สัปดาห์และต้องใช้งบประมาณค่าใช้จ่ายในการตรวจ HbA_{1c} สูงมากกว่าการตรวจวัดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดจากปลายนิ้ว (FBS)

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง หมายถึง การจัดกิจกรรม เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความมั่นใจในการจัดการตนเองให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ 2) การรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองเฝ้าระวังตนเองและบันทึกข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง 3) การประมวลผลและประเมินผลข้อมูล การนำข้อมูลที่รวบรวมที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิด

ขึ้นมาวิเคราะห์สาเหตุและแนวทางในการแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด 4) การตัดสินใจในการลงมือปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อการลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด 5) การปฏิบัติ เป็นการลงมือปฏิบัติ โดยใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด และ 6) การประเมินตนเองหรือการสะท้อนผลการปฏิบัติ เป็นการประเมินผลการปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดโดยการเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นเตือนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งให้คู่มือการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป, รับประทานยาโดยการรับประทานยาชนิดเม็ด, ยังไม่มีโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน, ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในกระแสเลือดจากปลายนิ้วหลังคอดอาหารเช้า (FBS) หรือได้รับการตรวจ HbA_{1c} และได้รับการ ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่สุขเกษม อำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไกรนอก อำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคเบาหวาน จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้ด้านอาหาร ความรู้ด้านการออกกำลังกาย และความรู้ด้านการใช้ยา วัดความรู้ โดยแบบสอบถาม

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง พฤติกรรมภายนอกและภายใน รวมถึงความรู้ในการกระทำหรือการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน เพื่อลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ทั้งพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร, พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยา วัดพฤติกรรม โดยแบบสอบถาม

ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด หมายถึง ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดจากปลายนิ้วหลังคอดอาหารเช้า (FBS) หรืออาจเป็นระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมย้อนหลังไป 3 เดือน (HbA_{1c}) อาจเรียกว่า ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม และในกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานควรควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดจากปลายนิ้วให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวง โดยมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (FBS) ไม่เกิน 140 มก./ดล.

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ตำรา เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางศึกษา และนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอตามหัวข้อ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
2. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ
4. ทฤษฎีความสามารถตนเอง
5. รูปแบบการจัดการตนเอง
6. ทฤษฎีการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเอง
7. แนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์ (Creer)
8. พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
9. รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง
10. กรอบแนวคิดการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

1. นิยามของโรคเบาหวาน

สมาพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association, 2011, p. S62) กล่าวว่า โรคเบาหวาน หมายถึง กลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางกระบวนการเมตาบอลิซึมที่เกิดจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลิน และการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่างร่วมกัน ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งถ้าน้ำตาลในเลือดสูงอยู่เป็นระยะเวลาานานก็ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะต่างๆ เช่น ตา ไต ระบบประสาทและระบบหัวใจและหลอดเลือด

โรคเบาหวาน คือ ภาวะที่ร่างกายมีน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ได้ตามปกติ (เทพ นิมะทองคำ และคณะ, 2555, น. 27)

เบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) เดิมเรียกว่า เบาหวานชนิดไม่พึ่งพาอินซูลิน (Non – Insulin Dependent Diabetes Mellitus/ NIDDM) เกิดจากเนื้อเยื่อของร่างกายต่อต้านการทำหน้าที่ของอินซูลิน (Insulin Resistance) และมีการหลั่งอินซูลินจากเบต้าเซลล์ลดลง (นงนุช โอบะ, 2555, น. 6)

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่เกิดจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลินให้ พอเพียงพอที่จะช่วยนำเอาน้ำตาล (ที่ได้จากอาหารจำพวกแป้ง ของหวาน) ไปใช้ให้เกิดเป็นพลังงานแก่ร่างกายเพื่อดำรงชีวิตได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินไป ผลของน้ำตาลในเลือดสูงอยู่นานๆ เป็นเหตุให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายเสียหายและเกิดโรคแทรกซ้อนได้ โดยเฉพาะที่ตา ไต ประสาทส่วนปลาย หัวใจ และหลอดเลือด (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล: 2559)

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) เป็นภาวะที่ร่างกายมีน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เนื่องจากการขาดฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) หรือการดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลิน ส่งผลให้กระบวนการดูดซึมน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงานของเซลล์ในร่างกายมีความผิดปกติหรือทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ จนเกิดน้ำตาลสะสมในเลือดปริมาณมาก หากปล่อยให้ร่างกายอยู่ในสภาวะนี้ เวลานานจะทำให้มีอาการต่างๆ เสื่อม เกิดโรคและอาการแทรกซ้อนขึ้น (พบแพทย์, 2560)

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) เป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนำน้ำตาลไปใช้ประโยชน์ อันเกี่ยวเนื่องกับความบกพร่องของฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้ร่างกาย มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ หากปล่อยให้ร่างกายอยู่ในสภาวะนี้เป็นเวลานาน จะทำให้อวัยวะร่างกายเสื่อม ก่อให้เกิดอาการและภาวะแทรกซ้อนตามมา ผู้ที่เป็นเบาหวานมักจะมีประวัติคนในครอบครัว (พ่อแม่หรือญาติพี่น้องสายตรง) เป็นโรคนี้ด้วย และมักจะมีภาวะน้ำหนักตัวเกินร่วมด้วย (เมดไทย, 2560)

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) เป็นภาวะความผิดปกติที่เกิดจากการเผาผลาญ (Metabolism) ก่อให้เกิดระดับน้ำตาลสูงและมีผลต่ออวัยวะหลายอย่างที่มีสัมพันธ์กับหลอดเลือดขนาดเล็กและหลอดเลือดขนาดใหญ่ โดยมีสาเหตุจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลิน การออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่าง (ADA, 2008) ต่อมาสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (ADA, 2013) ให้อธิบายความเพิ่มเติมว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยควรมีความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนในระยะยาว การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นการดูแลที่ซับซ้อน และต้องอาศัยกลยุทธ์เพื่อลดระดับน้ำตาล (อรพินท์ สีขาว, 2561, น. 1)

โรคเบาหวาน คือ โรคที่เซลล์ร่างกายมีความผิดปกติในขบวนการเปลี่ยนน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงาน โดยขบวนการนี้เกี่ยวข้องกับอินซูลินซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สร้างจากตับอ่อนเพื่อใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อน้ำตาลไม่ได้ถูกใช้จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าระดับปกติ (พิมพ์ใจ อันทานนท์, ม.ป.ป. อ้างถึงใน สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2562)

จากนิยามของโรคเบาหวาน สามารถสรุปได้ว่าโรคเบาหวาน หมายถึง โรคที่ร่างกายมีภาวะความผิดปกติของกระบวนการดูดซึมน้ำตาลในเลือดไปใช้เป็นพลังงานของเซลล์ในร่างกาย เกี่ยวเนื่องกับความบกพร่องของเบต้าเซลล์ (Beta Cells: β -Cells) ซึ่งหลั่งฮอร์โมนอินซูลิน เพื่อใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และมีการหลั่งอินซูลินจากเบต้าเซลล์ลดลง ไม่สามารถที่จะช่วยนำเอาน้ำตาลไปใช้ให้เกิดเป็นพลังงานแก่ร่างกาย เมื่อระดับน้ำตาลไม่ได้ถูกนำไปใช้พลังงาน ทำให้อวัยวะมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าระดับปกติ หากปล่อยให้ร่างกายอยู่ในสภาวะนี้เป็นเวลานาน จะทำให้อวัยวะต่างๆ เสื่อม ก่อให้เกิดอาการและภาวะแทรกซ้อนขึ้น

หมายเหตุ: อินซูลิน (Insulin) เป็นฮอร์โมนที่ผลิตจากเบต้าเซลล์ (Beta Cells: β -Cells) ใน Islets of Langerhans ของตับอ่อน (Pancreas) ซึ่งมีจำนวนมากที่สุด ประมาณร้อยละ 60-80 ของตับอ่อนจะเป็นเบต้าเซลล์ (อรพินท์ สีขาว, 2561, น. 7-8) โดยฮอร์โมนอินซูลินนี้จะมีหน้าที่ช่วยนำน้ำตาลหรือกลูโคสในเลือด นำเข้าสู่เซลล์ทั่วร่างกาย เพื่อเผาผลาญให้เป็นพลังงานสำหรับการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ (เมตไทย, 2560)

2. ชนิดของโรคเบาหวาน

สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes mellitus, ADA) และแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560 (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และคณะ, 2560, น. 21) แบ่งชนิดของโรคเบาหวาน เป็น 4 ชนิด ตามสาเหตุของการเกิดโรค ได้แก่

- 2.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes Mellitus, T1DM)
- 2.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus, T2DM)
- 2.3 โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus, GDM)
- 2.4 โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (Specific Types of Diabetes due to other causes)

การระบุชนิดของโรคเบาหวาน อาศัยลักษณะทางคลินิกเป็นหลัก หากไม่สามารถระบุได้ชัดเจนในระยะแรก ให้วินิจฉัยตามความโน้มเอียงที่จะเป็นมากที่สุด (Provisional Diagnosis) และระบุชนิดของโรคเบาหวาน ตามข้อมูลที่มีเพิ่มเติมภายหลัง ในกรณีที่จำเป็นและ/หรือสามารถทำได้ อาจยืนยันชนิดของโรคเบาหวานด้วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

จากชนิดของโรคเบาหวาน สามารถอธิบายสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน ลักษณะอาการโรคเบาหวานแต่ละชนิด และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้ดังต่อไปนี้

โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes Mellitus, T1DM) คือ โรคเบาหวานที่เกิดจากการถูกทำลายเบต้าเซลล์ (Beta Cell: β -Cell) ที่ตับอ่อน จากภูมิคุ้มกันของร่างกาย ส่วนใหญ่พบในคนอายุน้อย รูปร่างไม่อ้วน มีอาการปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ตื่นน้ำมาก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและรุนแรง (มักพบในวัยเด็ก) บางกรณีพบภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน (Ketoacidosis) เป็นอาการแสดงแรกของโรค หรือมีการดำเนินโรคช้าๆ จากระดับน้ำตาลที่สูงปานกลางแล้วเกิดภาวะ Ketoacidosis เมื่อมีการติดเชื้อหรือสิ่งกระตุ้นชนิดอื่น ซึ่งมักจะพบผ่านกระบวนการดำเนินโรคในกรณีหลังนี้ในผู้ใหญ่ (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และคณะ, 2560, น. 21)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ สนับสนุน คือ ระดับซี-เปปไทด์ (C-Peptide) ในเลือดต่ำหรือวัดไม่ได้เลย และ/หรือ ตรวจพบปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันต่อส่วนของเซลล์ไอส์เล็ต (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และคณะ, 2560, น. 21)

สรุป โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes Mellitus, T1DM) เป็นโรคที่เกิดจากเบต้าเซลล์ (Beta Cell: β -cell) ที่ตับอ่อนถูกทำลาย ส่วนใหญ่พบในคนอายุน้อย (พบในวัยเด็ก) รูปร่างไม่อ้วน มีอาการปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ตื่นน้ำมาก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและรุนแรง ตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ สนับสนุน คือ ระดับซี-เปปไทด์ (C-Peptide)

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus, T2DM) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในคนไทย พบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เป็นผลจากการ มีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) ร่วมกับความบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม (Relative Insulin Deficiency) มักพบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป รูปร่างท้วมหรืออ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 23 กิโลกรัม/เมตร²) อาจไม่มีอาการผิดปกติ หรืออาจมีอาการของโรคเบาหวานได้ อาการมักจะไม่รุนแรงและค่อยเป็นค่อยไป มักมีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพ่อ แม่ หรือ พี่ น้อง โดยความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้พบมากเมื่อ มีอายุสูงขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ขาดการออกกำลังกาย และพบมากขึ้นในหญิงที่มีประวัติการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และคณะ, 2560, น. 22)

อย่างไรก็ตามโรคเบาหวานทั้งสองชนิดสามารถมีอาการแสดงที่คล้ายคลึงกันได้ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 สามารถพบได้ในเด็กและผู้ใหญ่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 บางรายสามารถเกิดภาวะ Diabetic Ketoacidosis ได้ ทำให้การวินิจฉัยจากอาการแสดงทางคลินิก ในช่วงแรกทำได้ยาก และต้องใช้ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เช่น การตรวจระดับ Antibody หรือ C-Peptide และใช้การติดตามผู้ป่วยในระยะต่อไปร่วมด้วย (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และคณะ, 2560, น. 22) นอกจากนี้

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus, GDM) เกิดจากการที่มีภาวะดื้อต่ออินซูลินมากขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ ปัจจัยจากรกหรืออื่นๆ และตับอ่อน ของมารดาไม่สามารถผลิตอินซูลินให้เพียงพอกับความต้องการได้ มักจะหายไปหลังคลอด สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล.หรือมีค่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสะสม (A_{1c}) \geq 6.5% ในไตรมาสที่ 1 จะจัดอยู่ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานอยู่เดิมแล้ว ก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่งอาจจะเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 หรือชนิดที่ 2 หรืออาจจะเป็นเบาหวานชนิดอื่นๆ เช่น โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติ บนสายพันธุกรรมเดี่ยวที่ควบคุมการทำงานของเบต้าเซลล์ คือ Maturity-Onset Diabetes in the Young (MODY) ได้

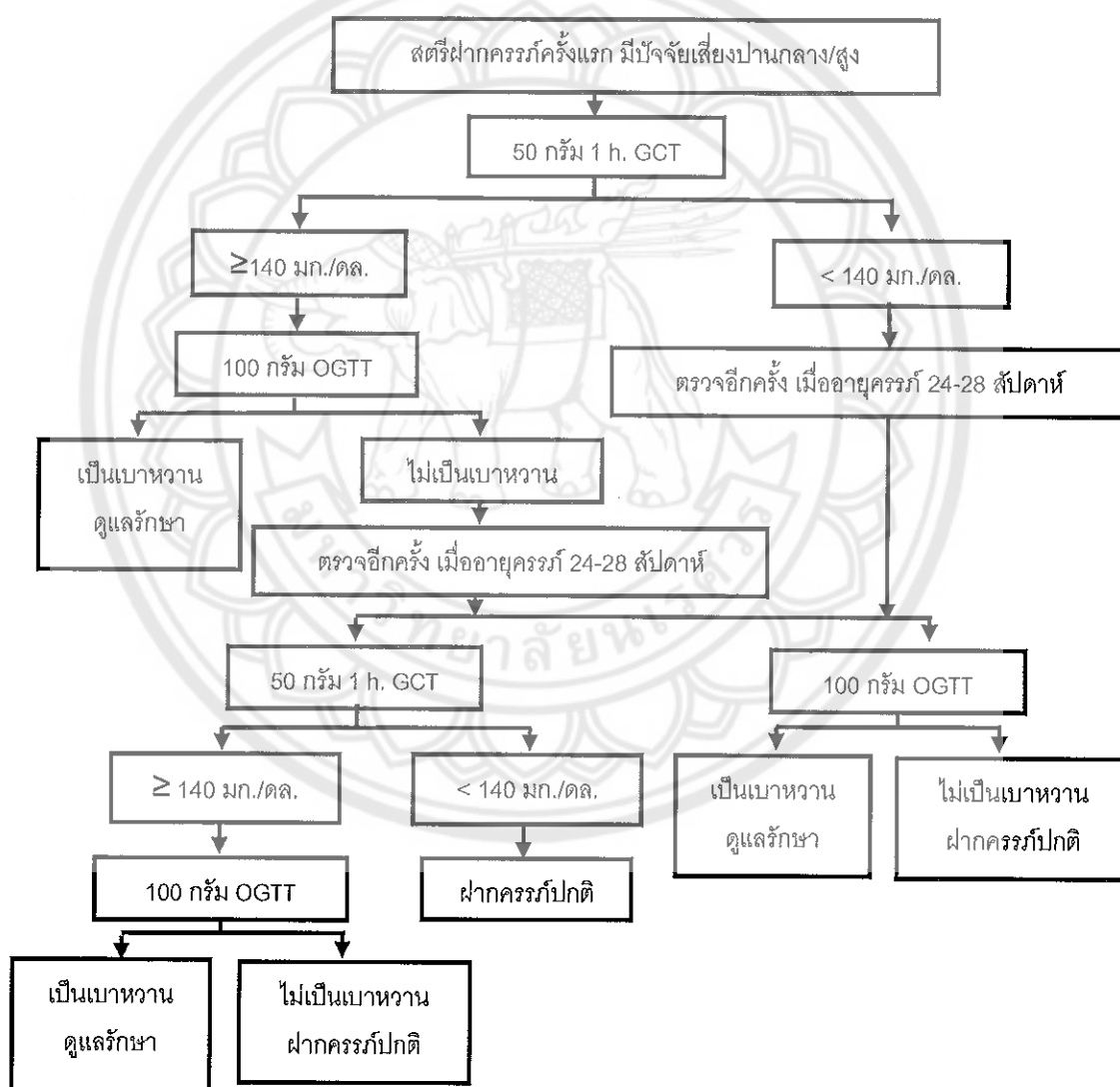
โรคเบาหวานที่พบในหญิงมีครรภ์แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ โรคเบาหวานที่พบก่อนการตั้งครรภ์ (Pre - Gestational Diabetes Mellitus) และโรคเบาหวานที่พบครั้งแรกหรือที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus, GDM) (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และคณะ, 2560, น. 167)

การตรวจวินิจฉัย โดยการทดสอบความทนต่อกลูโคส Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) ในหญิงมีครรภ์ระหว่างไตรมาสที่ 2 หรือ 3 คือ สามารถตรวจระหว่างอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ ด้วยวิธี "One-Step" เป็นการตรวจครั้งเดียวโดยการใช้น้ำตาลกลูโคส 75 กรัม เพื่อทดสอบความทนต่อกลูโคส (Oral Glucose Tolerance Test, OGTT) หรือ "Two-Step" ซึ่งเป็นการตรวจคัดกรองโดยการใช้น้ำตาลกลูโคส 50 กรัม (Glucose Challenge Test, GCT) แล้วตรวจยืนยันโดยการใช้น้ำตาลกลูโคส 100 กรัม (Oral Glucose Tolerance Test, OGTT)

สรุป โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หมายถึง โรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ในขณะที่ตั้งครรภ์ โดยรวมถึงโรคเบาหวานหรือความทนต่อกลูโคสผิดปกติ (Glucose Intolerance) ที่เกิดขึ้นก่อนการตั้งครรภ์แต่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ดังนั้นการวินิจฉัยแยกโรคว่าเป็นเบาหวานชนิดใด จึงมีความสำคัญ อัตราความชุกของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบได้ร้อยละ

1-14 ขึ้นอยู่กับเชื้อชาติและเกณฑ์ที่ใช้วินิจฉัย ซึ่งมีผลกระทบต่อมารดาและทารก จึงต้องตรวจมีการตรวจคัดกรองและให้การวินิจฉัยโรคเพื่อให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม

เกณฑ์การตรวจคัดกรอง ของ Carpenter และ Coustan แนะนำให้ทำเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร โดยให้หญิงตั้งครรภ์ดื่มสารละลายกลูโคส 50 กรัม (Glucose Challenge Test = GCT) หลังดื่ม 1 ชั่วโมง เจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ตรวจวัดระดับพลาสมากลูโคส (การแปลผล ถ้ามีค่า ≥ 140 มก./ดล. แสดงว่าผลการตรวจผิดปกติ) ต้องทำการทดสอบ Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) เพื่อวินิจฉัยต่อไป ดังแสดงตามภาพ 1



ภาพ 1 การคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์วิธีที่ 1
เกณฑ์ของ Carpenter และ Coustan

ส่วนเกณฑ์การตรวจคัดกรอง ของ International Diabetes Federation (IDF) แนะนำให้ตรวจคัดกรอง ด้วยการตรวจระดับพลาสมาไกลโคสในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) (ถ้ามีค่า > 92 มก./ดล. ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์) แต่ถ้ามีค่า < 92 มก./ดล. แนะนำให้ตรวจต่อด้วยสารละลายกลูโคส 75 กรัม ด้วยการทดสอบความทนต่อกลูโคส OGTT เมื่ออายุครรภ์ได้ 24-28 สัปดาห์ ดังแสดงตามภาพ 2 (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และคณะ, 2560, น. 173)



ภาพ 2 การคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์วิธีที่ 2 ตามเกณฑ์ของ International Diabetes Federation (IDF) หรือ International Association Diabetes Pregnancy Study Group (Oral Glucose Tolerance Test; OGTT)

วิธีการทดสอบความทนต่อกลูโคส (Oral Glucose Tolerance Test, OGTT) และเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus, GDM)

การวินิจฉัย (Gestational Diabetes Mellitus, GDM) ด้วยการทดสอบความทนต่อกลูโคส (Oral Glucose Tolerance Test, OGTT) มีหลายเกณฑ์ แสดงเกณฑ์ที่ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์และอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยแนะนำให้ใช้ในปัจจุบัน (แสดงดังตาราง 1) คือ เกณฑ์ของ

National Diabetes Data Group (NDDG) และ Carpenter และ Coustan แนะนำให้ใช้ระยะเวลาในการทดสอบความทนต่อกลูโคส (Oral Glucose Tolerance Test) เป็นเวลา 3 ชั่วโมง วิธีการทดสอบทำโดยให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำประมาณ 8 ชั่วโมง ก่อนการดื่มน้ำตาลกลูโคส 100 กรัมที่ละลายในน้ำ 250-300 มิลลิลิตร (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และคณะ, 2560, น. 195-196) โดยแบ่งเกณฑ์การวินิจฉัย ได้ดังต่อไปนี้

การวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ให้ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนดื่ม และหลังดื่มชั่วโมงที่ 1, 2 และ 3 เมื่อพบระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ 2 ค่าขึ้นไป

ส่วนเกณฑ์ของ International Diabetes Federation (IDF) เป็นเกณฑ์ที่ International Association Diabetes Pregnancy Study Group (IADPSG) แนะนำให้ใช้น้ำตาลกลูโคส 75 กรัมในการทดสอบความทนต่อกลูโคส (Oral Glucose Tolerance Test, OGTT)

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ให้ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนดื่ม และหลังดื่มชั่วโมงที่ 1 และ 2 เมื่อพบมีค่าน้ำตาลค่าใดค่าหนึ่งเท่ากับหรือมากกว่า 92, 180 และ 153 มก./ดล. ขณะอดอาหารและหลังดื่มน้ำตาล 1 และ 2 ชั่วโมงตามลำดับ

ตาราง 1 แสดงวิธีการและเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

วิธีการ	ปริมาณ กลูโคสที่ใช้	ระดับพลาสมากลูโคส (มก./ดล.) ที่เวลา (ชั่วโมง) หลังดื่ม				วินิจฉัย GDM เมื่อพบค่าผิดปกติ
		ก่อนดื่ม	1 ชั่วโมง	2 ชั่วโมง	3 ชั่วโมง	
NDDG	100 กรัม	≥105	≥190	≥165	≥145	≥2 ค่า
Carpenter & Couston	100 กรัม	≥95	≥180	≥155	≥140	≥2 ค่า
IDF (IADPSG)	75 กรัม	≥92	≥180	≥153	-	ค่าใดค่าหนึ่ง

หมายเหตุ: NDDG = National Diabetes Data Group, IDF = International Diabetes Federation, IADPSG = International Association of Diabetes Pregnancy Study Group

ที่มา: แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน, 2560

โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (Specific Types of Diabetes due to Other Causes) เป็นโรคเบาหวานที่มีสาเหตุชัดเจน ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน จากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ จากยา จากการติดเชื้อ จากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน หรือโรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่างๆ ผู้ป่วยจะมีลักษณะจำเพาะของโรคหรือกลุ่มอาการนั้นๆ หรือมีอาการและอาการแสดงของโรคที่ทำให้เกิดเบาหวาน (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และคณะ, 2560, น. 22-23) โดยแบ่งตามสาเหตุ ได้ดังต่อไปนี้

1. โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติบนสายพันธุกรรมเดี่ยวที่ควบคุมการทำงานของเบต้าเซลล์ คือ Maturity-Onset Diabetes in the Young (MODY) หลากหลายรูปแบบและความผิดปกติของ Mitochondrial DNA เช่น

- 1.1 MODY 3 มีความผิดปกติของ Chromosome 12 ที่ HNF-1 alpha
- 1.2 MODY 2 มีความผิดปกติของ Chromosome 7 ที่ Glucokinase
- 1.3 MODY 1 มีความผิดปกติของ Chromosome 20 ที่ HNF-4 alpha
- 1.4 Transient Neonatal Diabetes (Most Commonly ZAC/HYAMI Imprinting Defect บน Chromosome 6q24)
- 1.5 Permanent Neonatal Diabetes (Most Commonly KCNJ11 Gene Encoding Kir 6.2 Subunit ของ β -cell KATP Channel) โรคนี้สามารถรักษาได้ด้วย Sulfonylurea -- Neonatal Diabetes มักจะเกิดขึ้นภายในอายุ 6 เดือนแรก ซึ่งจะแตกต่างจากเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งมัก จะพบในอายุมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

2. โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติบนสายพันธุกรรมที่ควบคุมการทำงานของอินซูลิน เช่น Type A Insulin Resistance, Leprechaunism, Lipotrophic Diabetes, Rabson-Mendenhall Syndrome

3. โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคที่ตับอ่อน เช่น Hemochromatosis, Cystic Fibrosis ตับอ่อนอักเสบ ถูกตัดตับอ่อน และ Fibrocalculous Pancreatopathy เป็นต้น

4. โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของต่อมไร้ท่อ เช่น Acromegaly, Cushing Syndrome, Pheochromocytoma, Hyperthyroidism, Glucagonoma, Aldosteronoma

5. โรคเบาหวานที่เกิดจากยาหรือสารเคมีบางชนิด เช่น Pentamidine, Glucocorticoids, Phenytoin, Gamma-Interferon, Nicotinic Acid, Diazoxide, Vacor

6. โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคติดเชื้อ เช่น Congenital rubella, Cytomegalovirus

7. โรคเบาหวานที่เกิดจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันที่พบไม่บ่อย เช่น Anti-Insulin Receptor Antibodies, Stiff-Man Syndrome

8. โรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่างๆ เช่น Down Syndrome, Turner Syndrome, Klinefelter Syndrome, Prader-Willi Syndrome, Friedrich Ataxia, Huntington Chorea, Myotonic Dystrophy, Porphyria

การศึกษาในครั้งนี้ คัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus, T2DM) เพราะเป็นโรคเบาหวานชนิดที่พบบ่อยที่สุดในคนไทย และพบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด และจากสถิติพบมากขึ้นที่ในประเทศไทยที่กำลังพัฒนา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตแบบตะวันตก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสิ่งแวดล้อม อาหาร การไม่ออกกำลังกายมีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Virally et al., 2007 อ้างถึงใน อรพินท์ สีขาว, 2561, น. 3) โดยความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้พบมากเมื่อมีอายุสูงขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เพราะผู้ป่วยเบาหวานชนิดนี้ เมื่อมีระดับน้ำตาลคงที่ ควบคุมระดับน้ำตาลได้ด้วยยาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ก็สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข ส่วนโรคเบาหวานชนิดอื่น จะต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิดเพราะอาจเกิดอันตรายได้ (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, และคณะ, 2560, น. 22) และจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ.2557 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 8.9 ความชุกของผู้ที่มีความผิดปกติของน้ำตาลในเลือดตอนเช้าขณะอดอาหาร (Impaired Fasting Glucose; IFG) เท่ากับร้อยละ 15.6 โดยผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 43.2 ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อนและไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, และคณะ, 2560, น. 25)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต หมายถึง การปรับวิถีการดำรงชีวิตประจำวันเพื่อช่วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายที่เหมาะสม ร่วมกับมีพฤติกรรมสุขภาพดี คือ ลดเวลาอยู่เนิ่งกับที่นานๆ (Sedentary Time) นอนให้เพียงพอ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้ และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ควรทบทวนเป็นระยะเมื่อการควบคุมไม่เป็นไปตามเป้าหมาย หรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และคณะ, 2560, น. 55)

สรุป คือ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus, T2DM) เป็นโรคที่เกิดจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ร่วมกับความบกพร่องในการผลิตอินซูลิน พบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดและพบมากที่สุดในคนไทย โดยความเสี่ยงของการเกิดโรคที่พบบ่อย คือ มีอายุสูงขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น รูปร่างท้วมหรืออ้วน ขาดการออกกำลังกาย อาการไม่รุนแรงผู้ป่วยและค่อยเป็นค่อยไป มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคเบาหวาน เบาหวานชนิดที่ 2 นี้ จะมีระดับน้ำตาลคงที่หรือควบคุมระดับน้ำตาลได้ ด้วยการรับประทานยาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เพราะการปรับวิถีการดำรงชีวิตประจำวันสามารถช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น เช่น การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ มีการออกกำลังกายที่เหมาะสม ร่วมกับมีพฤติกรรมสุขภาพดี คือ ลดเวลาอยู่เนือง นอนให้เพียงพอ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา

3. อาการของโรคเบาหวาน

อาการและอาการแสดงที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีผู้อธิบายไว้ ดังนี้ โรคเบาหวานในระยะแรกส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการผิดปกติ ในบางรายอาจตรวจพบโรคเบาหวานเมื่อเป็นมานานโดยไม่รู้ตัวและเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นแล้ว ซึ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 มักมีอาการที่คล้ายกันมาก โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มักมีอาการแบบเฉียบพลัน อาการจะมีความรุนแรงมากหากขาดอินซูลิน อาจทำให้เกิดการคั่งของสารคีโตน (Ketones) ซึ่งเป็นพิษต่อระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยหมดสติถึงขั้นเสียชีวิตได้ แต่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะมีลักษณะอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป (พบแพทย์, 2560) ซึ่งในระยะเริ่มแรกจะพบอาการและอาการแสดงที่เป็นโรคเบาหวาน คือ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (เมดไทย, 2560) ดังต่อไปนี้

3.1 รายที่เป็นไม่มาก (ระดับน้ำตาลในเลือดไม่เกิน 200 มก./ดล.) ซึ่งพบได้เป็นส่วนใหญ่ ในกลุ่มเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยจะยังรู้สึกสบายดีและไม่มีอาการผิดปกติใดๆ และมักตรวจพบได้โดยบังเอิญจากการตรวจปัสสาวะหรือการตรวจเลือดในขณะที่ไปพบแพทย์ด้วยสาเหตุอื่นหรือจากการตรวจสุขภาพทั่วไป

3.2 รายที่เป็นมาก (ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 200 มก./ดล.) ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นถึงขั้นรุนแรง ผู้ป่วยจะมีอาการปัสสาวะบ่อยและออกครั้งละปริมาณมากๆ กระหายน้ำบ่อย ปากแห้ง หิวบ่อยหรือกินข้าวจู้ รู้สึกเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย และบางรายอาจสังเกตเห็นปัสสาวะมีคั่งขึ้น (เทพ นิเมทองคำ และคณะ, 2555, น. 32-33 อ้างถึงใน ทิพวรรณ นมเนย, 2560, น. 16; เมดไทย, 2560) ซึ่งอธิบายเหตุผลของอาการ ได้ดังนี้

3.2.1 ปัสสาวะบ่อยและออกครั้งละมากๆ (Polyuria) และปัสสาวะตอนกลางคืน เนื่องจาก เพราะฮอร์โมนอินซูลินที่ผลิตได้ไม่เพียงพอหรือไม่สามารถผลิตได้ จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และกระบวนการกรองน้ำตาลในเลือดสูงมากออกมาทางปัสสาวะ ไตไม่สามารถกรองน้ำตาลส่วนเกินกลับเข้าสู่เลือด จึงปล่อยออกมาพร้อมกับน้ำกลายเป็นปัสสาวะ ยังมีน้ำตาลสูงมากเท่าใดก็ยิ่งทำให้ปัสสาวะบ่อยและมีปริมาณมาก ทำให้ต้องตื่นมาเข้าห้องน้ำตอนกลางคืน

3.2.2 คอแห้ง กระหายน้ำบ่อย ดื่มน้ำมาก (Polydipsia) เนื่องจากร่างกายสูญเสียน้ำจากการปัสสาวะบ่อยครั้งและปริมาณมาก ทำให้ร่างกายขาดน้ำ และมีความจำเป็นต้องชดเชยน้ำที่สูญเสียไป จึงเกิดความกระหายน้ำและอยากดื่มน้ำมากกว่าปกติ

3.2.3 หิวบ่อยหรือรับประทานอาหารจุ (Polyphagia) เหนื่อยง่าย และอ่อนเพลีย เนื่องจากร่างกายขาดฮอร์โมนอินซูลิน น้ำตาลไม่สามารถเข้าสู่เซลล์เพื่อเผาผลาญเป็นพลังงานได้ จึงทำให้เซลล์ไม่ได้รับพลังงาน ร่างกายจึงพยายามหาแหล่งอาหารมากขึ้น ด้วยการส่งสัญญาณออกมาด้วยอาการหิว

3.3 รายที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 อาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วร่วมกับน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว ในผู้ป่วยเด็กบางรายอาจมีอาการปัสสาวะรดที่นอนในตอนกลางคืน ผู้ป่วยบางรายอาจมาโรงพยาบาลด้วยอาการหมดสติจากเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน (Ketoacidosis) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอายุน้อยและรูปร่างผอม

3.4 รายที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการแสดงชัดเจน มีเพียงส่วนน้อยที่จะมีอาการผิดปกติดังกล่าวข้างต้น น้ำหนักตัวอาจลดลงบ้างเล็กน้อย แต่บางรายอาจมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีภาวะน้ำหนักตัวเกินหรือโรคอ้วนอยู่แต่เดิม ในรายที่เป็นเรื้อรังมานานทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการปัสสาวะบ่อยมาก่อน อาจมีอาการคันตามตัว เป็นฝีหรือโรคติดเชื้อราที่ผิวหนังบ่อย หรือเป็นแผลเรื้อรังที่หายช้ากว่าปกติ (โดยเฉพาะแผลที่บริเวณเท้า) หรืออาจมาพบแพทย์ด้วยภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ซากหรือปวดแสบปวดร้อนตามปลายมือปลายเท้า เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เจ็บจุกหน้าอกจากโรคหัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต สายตามัวลงทุกที่หรือต้องเปลี่ยนแว่นสายตาทบ่อย ฯลฯ (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2555, น. 32-33 อ้างถึงใน ทิพวรรณ นมเนย, 2560, น. 16; เมดไทย, 2560) ซึ่งอธิบายเหตุผลของอาการได้ดังนี้

3.4.1 น้ำหนักลดลงผิดปกติ (Weight loss) ผอมลง เนื่องจากเนื่องจากมีภาวะขาดฮอร์โมนอินซูลิน ไม่สามารถนำน้ำตาลมาเผาผลาญเป็นพลังงานให้ร่างกายได้ ร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อยร่างกายจึงจำเป็นต้องนำเอาโปรตีนในกล้ามเนื้อและไขมันที่เก็บสะสมไว้

ในเนื้อเยื่อมาเผาผลาญแทน ทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลดลง ร่างกายผอม กล้ามเนื้อฝ่อลีบ ไม่มีไขมัน

3.4.2 สายตาพร่ามัว มองเห็นภาพไม่ชัดเจน เนื่องจากพยาธิสภาพของหลอดเลือด เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้เกิดการคั่งของน้ำตาลในเลนส์ตา เกิดการเสื่อมของเลนส์ตา หรือมีระดับน้ำตาลสูงเป็นเวลานานจนเกิดการทำลายของจอร์ับภาพจนจอบประสาทตาเกิดอาการผิดปกติ ซึ่งในบางรายอาจรุนแรงถึงขั้นตาบอด

นอกจากอาการดังกล่าว ในบางรายอาจพบอาการเพิ่มเติม (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2555, น. 32-33; ภาวณา กীরติวุตวงศ์, 2544, น. 34 อ้างถึงใน พงนิศา เตียยงจิง, 2556, น. 13) ดังต่อไปนี้

3.4.3 เป็นแผลจะหายช้า มีการติดเชื้อตามผิวหนังและเกิดฝีบ่อย ซึ่งเกิดจากการที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานทำให้ความสามารถของเม็ดเลือดขาวในการกำจัดเชื้อโรคลดลง นอกจากนี้ ยังทำให้น้ำตาลเข้าไปสะสมตามเนื้อเยื่อบางชนิดที่ไม่ต้องอาศัยอินซูลินในการนำน้ำตาลเข้าเซลล์ ทำให้เกิดการคั่งของน้ำตาลในอวัยวะนั้น จึงส่งผลให้แผลหายช้าเพราะน้ำตาลเป็นอาหารที่ดีของเชื้อโรคและเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

3.4.4 คันตามผิวหนัง เนื่องจากภาวะเส้นประสาทอัตโนมัติเสื่อม จึงทำให้ไม่มีเหงื่อออกตามผิวหนัง ส่งผลให้บริเวณผิวหนังเกิดอาการคันมีแผลและติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะการติดเชื้อราบริเวณช่องคลอดในผู้ป่วยหญิง

3.4.5 ชาตามปลายมือปลายเท้า เนื่องจากการที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน จึงทำให้เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม การรับรู้ความรู้สึกชาลง ซึ่งเมื่อเกิดบาดแผลขึ้นทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย เช่นกัน

จากข้อมูลดังกล่าวมา สรุปได้ว่า อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวานในระยะแรกจะไม่แสดงอาการผิดปกติ ดังนั้นควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดให้แน่ชัดว่าเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ บางรายอาจตรวจพบโรคเบาหวานเมื่อพบภาวะแทรกซ้อนขึ้นแล้ว อาการของโรคเบาหวานแต่ละชนิดอาจมีความคล้ายกัน ซึ่งอาการที่พบส่วนใหญ่ คือ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ หิวบ่อย รู้สึกเหนื่อยง่าย น้ำหนักลดและผอมลง สายตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด บาดแผลหายยาก คันตามผิวหนัง มีอาการชาโดยเฉพาะปลายมือปลายเท้า (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2555, น. 32-33; ภาวณา กীরติวุตวงศ์, 2544, น. 34 อ้างถึงใน พงนิศา เตียยงจิง, 2556, น. 13, ทิพวรรณ นมเนย, 2560, น. 16; เมตไทย, 2560) ผู้ที่มีอาการดังกล่าวควรไปพบแพทย์หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคเบาหวานต่อไป

4. สาเหตุของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานมีสาเหตุมาจาก การบกพร่องของฮอร์โมนอินซูลิน ผู้ที่เป็นเบาหวาน จะพบว่าตับอ่อนผลิตอินซูลินได้น้อยหรือผลิตไม่ได้เลย หรือผลิตได้ปกติ แต่ประสิทธิภาพของอินซูลินลดลง เช่น ที่พบในคนอ้วน ซึ่งเรียกว่า ภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) เมื่อขาดอินซูลินหรืออินซูลินทำหน้าที่ไม่ได้ น้ำตาลในเลือดจึงเข้าสู่เซลล์ต่างๆ ได้น้อยกว่าปกติ จึงทำให้เกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือด และน้ำตาลก็จะถูกขับออกมาทางปัสสาวะ นี่จึงเป็นสาเหตุว่าทำไมเราถึงเรียกโรคนี้ว่า เบาหวาน

ระดับน้ำตาลในเลือด ขึ้นอยู่กับความสมดุลระหว่างปัจจัยหลายประการ โดยปัจจัยที่ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด เช่น การออกกำลังกาย ยารักษาเบาหวาน ส่วนปัจจัยที่เพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด เช่น อาหารประเภทของหวานหรือน้ำตาล ภาวะความเครียด การตั้งครรภ์ การบาดเจ็บ การติดเชื้อ การใช้ยาบางชนิดอย่างยาสเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาเม็ดคุมกำเนิด (เมดไทย, 2560)

สาเหตุโรคเบาหวาน มาจาก 2 สาเหตุสำคัญ คือ กรรมพันธุ์ กับ ความอ้วน และสาเหตุอื่นที่อาจทำให้เป็นเบาหวาน ได้แก่ การใช้ยาบางชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิด ยาสเตียรอยด์, พิษสุราเรื้อรัง ตับอ่อนอักเสบ สาเหตุเหล่านี้ ทำให้ตับอ่อนไม่สร้างฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าปกติ (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559, น. 2)

สรุปสาเหตุของโรคเบาหวาน มีหลายประการ (เทพ นิมะทองคำ และคณะ, 2555, น. 35-36 อ้างถึงใน ทิพวรรณ นมเนย, 2560, น. 11-12; คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559, น. 2; เมดไทย, 2560) แบ่งสาเหตุ ดังนี้

1. กรรมพันธุ์ ถ้ามีพี่น้องพ่อแม่ (ญาติสายตรง) เป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสหรือความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานได้มากกว่าคนที่ไม่มีประวัติครอบครัว เพราะลักษณะทางพันธุกรรม ถ่ายทอดผ่านโครโมโซมในนิวเคลียสของเซลล์ เช่นเดียวกับการสืบทอดทางพันธุกรรมอื่น

2. ความอ้วน ซึ่งเรียกว่า ภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) เนื่องจากเนื้อเยื่อต่างๆ ในร่างกายมีการตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยลง อินซูลินจึงไม่สามารถพาน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อได้ดีเช่นเดิม หรือการบกพร่องของฮอร์โมนอินซูลิน พบว่าตับอ่อนผลิตอินซูลินได้น้อยหรือผลิตไม่ได้เลย หรือผลิตได้ปกติ แต่ประสิทธิภาพของอินซูลินลดลง เมื่อขาดอินซูลินหรืออินซูลินทำหน้าที่ไม่ได้ น้ำตาลในเลือดจึงเข้าสู่เซลล์ต่างๆ ได้น้อยกว่าปกติ จึงทำให้เกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือด หรือมีน้ำตาลเกินอยู่ในกระแสเลือด

3. การใช้ยาบางชนิด ยาบางชนิดมีผลต่อการเกิดโรคเบาหวานเช่นเดียวกัน ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิด ยาสเตียรอยด์ เนื่องจากทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้ จึงควรปรึกษาแพทย์ก่อนการใช้ยา โดยเฉพาะเมื่อต้องใช้ยาติดต่อกันนานๆ

4. ตับอ่อนได้รับความกระทบกระเทือน เช่น ตับอ่อนอักเสบจากโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือ ตับอ่อนบอบช้ำจากการประสบอุบัติเหตุ ซึ่งมีความจำเป็นต้องผ่าตัดเอาตับอ่อนบางส่วนออก ทำให้ตับอ่อนไม่สร้างฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าปกติ

นอกจากนี้ (บุญยัง ราชทรัพย์, 2556, น. 12-13; ทิพวรรณ นมเนย, 2560, น. 11-12 อ้างถึงใน เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2555, น. 35-36) กล่าวสาเหตุของโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น คือ

1. ภาวะการตั้งครรภ์ เนื่องจากขณะตั้งครรภ์รกได้สังเคราะห์ฮอร์โมนหลายชนิดที่ขึ้นมาซึ่งมีผลยับยั้งการทำงานของฮอร์โมนอินซูลิน ผู้ที่ตั้งครรภ์จึงเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ที่มียีนส์เบาหวานอยู่ในร่างกาย และมีภาวะเบาหวานแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ เป็นอันตรายอย่างมากต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

2. อายุ ในผู้สูงอายุตับอ่อนจะสังเคราะห์และหลั่งฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยลง ในขณะที่ได้รับน้ำตาลเท่าเดิม จึงมีน้ำตาลส่วนเกินอยู่ในกระแสเลือด

3. การติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น คางทูม หัดเยอรมัน มีรายงานว่าเด็กอายุ 10 ขวบ เป็นเบาหวานอย่างปัจจุบันทันด่วนและเสียชีวิตลงหลังจากมีอาการเหมือนไข้หวัดใหญ่มาก่อน จากการตรวจตับอ่อน พบว่า สามารถเพาะเชื้อไวรัสจากเนื้อเยื่อตับอ่อนได้ แล้วทดลองฉีดไวรัสตัวนี้เข้าไปในหนูพบว่าไวรัสชนิดนี้ทำให้หนูเป็นเบาหวานได้

นอกจากนี้ ส่วนใหญ่มักเกิดจากพฤติกรรมด้านสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น ขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารไม่สมดุล รับประทานหวาน มัน เค็ม เกินพอดี สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นต้น (ธีรารัตน์ บุญกณะ และคณะ, 2561, น. 19)

จากข้อมูลทีกล่าวมา สรุปได้ว่า สาเหตุของโรคเบาหวาน เกิดจากภาวะบกพร่องของฮอร์โมนอินซูลินซึ่งตับอ่อนผลิตได้น้อยหรือผลิตไม่ได้เลย หรือผลิตได้แต่ประสิทธิภาพลดลง ส่วนสาเหตุที่พบบ่อยคือ กรรมพันธุ์ หรือประวัติบุคคลในครอบครัว (ญาติสายตรง) ภาวะอ้วน อายุ และพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร เป็นต้น

5. การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานแบ่งออกเป็นหลายชนิด ดังนั้นแนวทางการวินิจฉัยโรค เกณฑ์ในการใช้วิเคราะห์แยกโรคจึงแตกต่างกันในแต่ละชนิด ในกรณีที่มีอาการเด่นชัด จะสามารถวินิจฉัยโรคได้จากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยได้ เช่น กินจุ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย มีแผลเรื้อรังไม่หาย เกิดภาวะกรดคั่ง เป็นต้น ส่วนกรณีที่อาการยังไม่ปรากฏชัดเจน การได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่แรก

จึงเป็นเรื่องดี เพื่อลดอัตราความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือด หรืออาการแทรกซ้อนที่ตา ไต หรือเท้า (อรพินท์ สีขาว, 2561, น. 42)

ผู้ป่วยเบาหวานบางคนแสดงอาการทั้งโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 ซึ่งทั้ง 2 ชนิด มีการดำเนินโรคและความก้าวหน้าของโรคแตกต่างกัน บางครั้งพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แสดงอาการรุดคั่ง หรือพบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ในผู้ที่มีอายุมากและมีความก้าวหน้าของโรคอย่างช้าๆ ความยุ่งยากในการวินิจฉัยแยกชนิดของโรคเบาหวานจึงเกิดขึ้นในกลุ่มต่างๆ ทั้งเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นวิธีการวินิจฉัยแยกโรคที่ดี ต้องมีความเที่ยงตรง ความจำเพาะสูง มีมาตรฐาน มีความสะดวกและราคาไม่แพง การตรวจระดับน้ำตาลเป็นวิธีการวินิจฉัยโรคที่ดีที่สุด มีวิธีการตรวจระดับน้ำตาลแบบต่างๆที่ได้รับการยอมรับและมีเกณฑ์ที่ใช้วินิจฉัยโรค (อรพินท์ สีขาว, 2561, น. 42)

แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน 2560 (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, และคณะ, 2560, น. 30-31) สมาคมโรคเบาหวาน แห่งประเทศไทย, 2557, น. 8-9 อ้างถึงใน ทิพวรรณ นมเนย, 2560, น. 13 และสมาพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association, 2011, p. S67 อ้างถึงใน พนิตา เชียงจิ่ง, 2556, น. 13) มีเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน แบ่งเป็น 4 วิธี ดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน คือ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยที่ไม่มีสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร การแปลผล คือ ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (มก./ดล.) ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

2. การตรวจระดับพลาสมากลูโคส (Fasting Plasma Glucose: FPG) หรือการตรวจหาระดับน้ำตาล ตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืน เป็นเวลา 8 - 12 ชั่วโมง สามารถดื่มน้ำได้ตามปกติ (อรพินท์ สีขาว, 2561, หน้า 43) การแปลผล คือ ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน เหมาะสำหรับคนทั่วไปที่มาตรวจสุขภาพ และผู้ที่ไม่มีอาการ

3. การตรวจความทนต่อกลูโคส (75 กรัม Oral Glucose Tolerance Test; OGTT) การทดสอบเริ่มจากการงดอาหารข้ามคืนเป็นเวลา 10 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 16 ชั่วโมง ดื่มน้ำได้เฉพาะน้ำเปล่า เจาะเลือดตรวจ FPG แล้วเริ่มรับประทานกลูโคส 75 กรัมผสมในน้ำ 250 มิลลิลิตรในเวลา 5 นาที เจาะเลือดตรวจหาระดับพลาสมากลูโคสหลังดื่มน้ำตาล 2 ชั่วโมง (อรพินท์ สีขาว, 2561, น. 43) การแปลผล คือ ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้การวินิจฉัยว่าเป็น

โรคเบาหวาน วิธีนี้มักใช้ในงานวิจัย เนื่องจากผลการตรวจมีความไว (sensitivity) แต่ความจำเพาะ (specificity) ไม่ดีนัก อาจคลาดเคลื่อนได้

4. การตรวจวัดระดับ Hemoglobin A_{1c} (HbA_{1c}) ถ้าค่าเท่ากับหรือมากกว่า 6.5 เปอร์เซ็นต์ ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน วิธีนี้นิยมใช้กันมากขึ้นในปัจจุบัน เพราะไม่จำเป็นต้องอดอาหาร แต่จะต้องตรวจวัดในห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานเท่านั้น (NGSP certified and standardized to DCCT assay) สำหรับผู้ที่ไม่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน ควรตรวจเลือดซ้ำโดยวิธีเดิมอีกครั้งหนึ่ง ต่างวันกันเพื่อยืนยันและป้องกันความผิดพลาดจากการตรวจห้องปฏิบัติการ รายละเอียดการแปลผลระดับ พลาสมากลูโคส และ HbA_{1c} สรุปในตาราง 2 ดังนี้

ตาราง 2 แสดงการแปลผลระดับพลาสมากลูโคสและ HbA_{1c} เพื่อการวินิจฉัยโรคเบาหวาน

รายละเอียด	ปกติ	ระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่ม		โรคเบาหวาน
		ความเสี่ยง	การเป็นโรคเบาหวาน	
		Impaired Fasting Glucose (IFG)	Impaired Glucose Tolerance (IGT)	
พลาสมากลูโคส	<100	100-125		≥126
ขณะอดอาหาร (FPG)	มก./ดล.	มก./ดล.	-	มก./ดล.
พลาสมากลูโคสที่ 2 ชั่วโมง	<140		140-199	≥200
หลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม	มก./ดล.	-	มก./ดล.	มก./ดล.
2 h-PG (OGTT)				
พลาสมากลูโคส ในผู้ที่มีอาการชัดเจน	-	-	-	≥200
ฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA _{1c})	<5.7 %	5.7-6.4 %		≥6.5%

ที่มา: ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, และคณะ, 2560, น. 30-31; สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557 อ้างถึงใน ทิพวรรณ นมเนย, 2560, น. 13, American Diabetes Association, 2014, p.15 อ้างถึงใน อรพินท์ สีขาว, 2561, น. 47

จากข้อมูลดังกล่าวมา สรุปได้ว่า เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน แบ่งเป็น 4 วิธี ได้แก่

1. อาการของโรคเบาหวานชัดเจน คือ หิวน้ำบ่อย บัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลง เมื่อตรวจระดับพลาสมากลูโคส (FPG) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน
2. การตรวจระดับพลาสมากลูโคส (FPG) หลังอดอาหาร 8 – 12 ชั่วโมง การแปลผล ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน
3. การตรวจความทนต่อกลูโคส (OGTT) การแปลผล ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน
4. การตรวจ HbA_{1c} การแปลผล ถ้ามีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 6.5 เปอร์เซ็นต์ ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดง แพทย์จะทำการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดแบบเจาะที่แขนหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 - 12 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose: FPG) ซึ่งมักตรวจในตอนเช้า ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารนี้มีค่าต่ำกว่า 100 มก./ดล. ก็ถือว่าปกติ แต่ถ้ามีค่าเท่ากับ 100-125 มก./ดล. จะถือว่าเป็นระดับน้ำตาลสูงผิดปกติ (Impaired Fasting Glucose: IFG) เรียกว่า กลุ่มเสี่ยงสูงต่อเบาหวาน (Categories of Increased Risk for Diabetes) ต้องตรวจยืนยันซ้ำด้วยการทดสอบความทนต่อน้ำตาล (Oral Glucose Tolerance Test: OGTT)

ทั้งนี้ การตรวจด้วยวิธี HbA_{1c} ในประเทศไทย ไม่นิยมให้ใช้สำหรับการวินิจฉัยโรคเบาหวานโดยทั่วไป เพราะค่า HbA_{1c} 6.0 – 6.4 เปอร์เซ็นต์ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน 25 – 50 เปอร์เซ็นต์ เนื่องจากยังไม่มี Standardization และ Quality Control ของการตรวจ HbA_{1c} ที่เหมาะสมเพียงพอ และค่าใช้จ่ายในการตรวจค่อนข้างแพงเมื่อเทียบกับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด แต่มีประโยชน์ในการติดตามการรักษาหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ใช้เพื่อทำนายและป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน และตรวจสอบความสามารถของผู้ป่วยในการควบคุมระดับน้ำตาล (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557, น. 9 อ้างถึงใน ทิพวรรณ นมเนย, 2560, น. 14, อรพินท์ สีขาว, 2561, น. 44)

นอกจากนี้สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association, 2014, p. 23) แนะนำให้ควบคุมระดับ HbA_{1c} ให้มีค่าน้อยกว่า 7 เปอร์เซ็นต์ แต่ทางยุโรปและสมาคมแพทย์ต่อมไร้ท่อแห่งอเมริกา แนะนำให้ควบคุมระดับ HbA_{1c} ให้มีค่าน้อยกว่า 6.5 เปอร์เซ็นต์ แต่การรักษาตั้งเป้าหมายไว้ที่น้อยกว่า 7 เปอร์เซ็นต์ จึงเกิดช่องว่างระหว่าง 6.1-6.5

เปอร์เซ็นต์ (Gillett, 2009 อ้างถึงใน อรพินท์ สีขาว, 2561, น. 44) เปรียบเทียบค่า HbA_{1c} กับ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาล ตามตาราง 3 ดังนี้

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบค่า ระดับ HbA_{1c} กับค่าระดับน้ำตาลในเลือด

HbA _{1c} (เปอร์เซ็นต์)	ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาล (Mean Blood Glucose) (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)
6	126
7	154
8	183
9	212
10	240
11	269
12	298

ที่มา: อรพินท์ สีขาว, 2561, น. 45 ปรับปรุงจาก American Diabetes Association: ADA, 2014, p.23

แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน 2560 (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และคณะ, 2560; อรพินท์ สีขาว, 2561, น. 46) การแปลผลตามเกณฑ์การ วินิจฉัยโรคเบาหวาน ดังตาราง 2 ข้างต้น เมื่อตรวจเลือดด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้ที่มี ภาวะความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน (Prediabetes) มีเกณฑ์พิจารณาดังต่อไปนี้

1. ระดับพลาสมากลูโคส (Fasting Plasma Glucose: FPG) หลังอดอาหาร 8 - 12 ชั่วโมง มีค่าอยู่ระหว่าง 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเป็น โรคเบาหวาน เรียกกลุ่มนี้ว่า มีความผิดปกติของของน้ำตาลหลังอดอาหาร (Impaired Fasting Glucose: IFG)

2. มีระดับน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมง หลังจากดื่มน้ำตาล 75 กรัม หรือการตรวจความ ทนต่อกลูโคส (Oral Glucose Tolerance Test: OGTT) มีค่าอยู่ระหว่าง 140 -199 มิลลิกรัมต่อ เดซิลิตร เรียกกลุ่มนี้ว่า มีความผิดปกติในการทดสอบความทนต่อกลูโคส (Impaired Glucose Tolerance; IGT)

3. ค่าน้ำตาลเฉลี่ย (HbA_{1c}) มีค่าอยู่ระหว่าง 5.7– 6.4 เปอร์เซ็นต์

ทั้งนี้ การตรวจ HbA_{1c} จะต้องทำในห้องปฏิบัติการที่ใช้ (National Glycohemoglobin Standardization Program; NGSP) , เกณฑ์การพิจารณานี้ถ้าไม่มีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมด้วย ควรได้รับการตรวจซ้ำอีกครั้งเพื่อยืนยัน ก่อนการวินิจฉัยโรค; หากตรวจพบผลเลือด ที่ผิดปกติ 2 ครั้งขึ้นไป ในวันที่ต่างกัน สามารถวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคเบาหวาน แต่ถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติทั้ง 2 ครั้ง ร่วมกับมีอาการของโรค ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน โดยที่การตรวจยืนยันควรตรวจด้วยวิธีเดียวกัน (อรพินท์ สีขาว, 2561, น. 46 อ้างถึงใน American Diabetes Association; ADA, 2014)

ผู้ที่มีภาวะความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน (Prediabetes) คือ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน มักจะเป็นมากในกลุ่มที่มีรูปร่างอ้วน ขาดการออกกำลังกาย และมีการพิสูจน์แล้วว่า การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายจะช่วยชะลอการเกิดโรคเบาหวานได้

6. การคัดกรองโรคเบาหวาน

การคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสำคัญมาก เนื่องจากสถิติการเป็นโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นในทุกรอบของการสำรวจ และพบว่า 1 ใน 3 ของคนไทยที่เป็นโรคเบาหวาน ยังไม่รู้ตัวว่าเป็น และร้อยละ 93 ของผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงไม่ตระหนักว่าตนเองเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน (วิชัย เอกพลากร, 2553) สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (2557) ให้เริ่มคัดกรองในผู้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป หรือคัดกรองในทุกอายุที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ม.² ซึ่งโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นมักเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเกือบร้อยละ 50 ไม่มีอาการและอาการแสดงที่ชัดเจนในระยะแรก เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายต้องดูแลระยะยาว ดังนั้นการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อรับการคัดกรอง และการป้องกันโรคเบาหวาน จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้การรักษาและยืดอายุการเกิดโรคแทรกซ้อนได้ (อรพินท์ สีขาว, 2561, น. 47)

ข้อบ่งชี้ในการคัดกรองโรคเบาหวาน สำหรับผู้ที่ไม่มีอาการของโรคเบาหวาน หรือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานข้อใดข้อหนึ่ง (อรพินท์ สีขาว, 2561, น. 50 – 51 อ้างถึงใน สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557, น. 6, ADA; 2014, p. 17) ประกอบด้วย ผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป

2. ผู้ที่อ้วน มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือ เท่ากับ 25 กก./ม.² หรือมีรอบเอวเกินมาตรฐาน (ในเพศชายควรมีน้อยกว่า 90 ซม.และในเพศหญิงควรมีน้อยกว่า 80 ซม.) และมีพ่อ แม่ พี่น้องเป็นโรคเบาหวาน

3. ความดันโลหิตสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท) หรือได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

4. ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (HDL มากกว่า 35 มก.ดล. ไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 250 มก./ดล. หรือรับประทานยาลดไขมันในเลือดอยู่

5. มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือคลอดบุตรมีน้ำหนักตัวแรกเกิดเกิน 4 กิโลกรัม

6. เคยได้รับการตรวจพบว่ามี Impaired Fasting Glucose; IFG หรือ Impaired Glucose Tolerance; IGT หรือ HbA_{1c} มากกว่าหรือเท่ากับ 5.7 เปอร์เซ็นต์

7. มีโรคหัวใจและหลอดเลือด

8. มีกลุ่มอาการถุงน้ำในรังไข่ (Polycystic Ovarian Syndrome)

สรุปผู้ที่มีความเสี่ยง คือ ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปและถ้ามีข้อบ่งชี้ในข้อใดข้อหนึ่งดังกล่าว ต้องได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน ถ้าผลการตรวจปกติ ควรตรวจซ้ำทุกปี และพบว่าอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (อรพินท์ สีขาว, 2561, น. 51)

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน

อาการของโรคเบาหวานในระยะแรก จะเริ่มจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงแต่ยังไม่มีอาการเด่นชัด จนในที่สุดผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยผลของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่น แผลเรื้อรัง แผลลุกลาม บัสสาวะบ่อย หิวน้ำ รับประทานจุแต่ผอมลง หรือพบว่าผู้ป่วยที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี มีภาวะเสี่ยง หรือพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยากกลุ่ม Sulfonylurea หรือ ซิดอินซูลิน อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียง ที่มีผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ซึ่งนับเป็นอาการแทรกซ้อนที่สำคัญของการรักษาโรคเบาหวาน ทำให้ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา และความต้องการการรักษารักษาอื่นของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (อรพินท์ สีขาว, 2560, น. 90)

นอกจากนี้ ผลจากการดูแล การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีพอ มีความเสี่ยงก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง (นงนุช โอบะ, 2555, น. 22-23 อ้างถึงใน ทิพวรรณ นมเนย, 2560, น. 19; อรพินท์ สีขาว, 2560, น. 90) ดังนี้

1. โรคแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่
 - 1.1 ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)
 - 1.2 ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเฉียบพลัน (Hyperglycemia)

2. โรคแทรกซ้อนแบบเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่

2.1 ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microvascular Disease)

2.1.1 ภาวะแทรกซ้อนทางตา (Retinopathy)

2.1.2 ภาวะแทรกซ้อนทางไต (Diabetic Nephropathy)

2.1.3 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Diabetic neuropathy)

2.2 ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดใหญ่

2.2.1 โรคหัวใจและหลอดเลือด (Coronary Vascular Disease) ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.2.2 โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease = Stroke)

จากหัวข้อภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ขอนำเสนอรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)

ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เกิดจากระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการรักษาโรคเบาหวาน โดยใช้ยาลดระดับน้ำตาลบางชนิดและการเข้มงวดต่อการควบคุมระดับน้ำตาล แบ่งภาวะนี้เป็น 2 ชนิด คือ ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำจากการอดอาหาร (Astring) และน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำหลังอาหาร (Postprandial) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ คือค่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือดมีค่าน้อยกว่า 70 มก./ดล. เพื่อป้องกันและให้การช่วยเหลือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ทัน เนื่องจากระดับน้ำตาลที่ 60 มก./ดล. จะเริ่มมีอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ และที่ระดับน้ำตาล 50 มก./ดล. จะมีผลต่อการทำงานของสมอง ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำจากการอดอาหารมักจะแสดงอาการแบบเรื้อรังและไม่เร่งด่วน (Chronic Subacute) และสามารถสังเกตได้จากอาการทางระบบประสาท แต่ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำหลังอาหารมักจะมีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติเข้ามาก่อน เช่น อาการเหงื่อออก ใจสั่น วิดกกังวล (วีระศักดิ์ ศรีนันทการ, 2553, น. 96 อ้างถึงใน อรพินท์ สีขาว, 2560, น. 90)

2. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเฉียบพลัน

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเฉียบพลัน ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและเป็นอันตรายถึงตายได้ คือ Diabetic Ketoacidosis (DKA) และ Hyperglycemic Hyperosmolar Syndrome (HHS)

ในสมัยก่อน Diabetic Ketoacidosis (DKA) จัดเป็นภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะของโรคเบาหวานชนิดที่ 1 แต่ปัจจุบันพบว่าอาจพบในโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ส่วน Hyperglycemic Hyperosmolar Syndrome (HHS) มักพบในโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะน้ำตาลสูงทั้งสองอาการ

เกิดจากขาดอินซูลิน ขาดสารน้ำและสมดุลกรด-ด่างในร่างกาย หรือมีความต้องการอินซูลินมากขึ้น ในขณะที่เจ็บป่วย หรือเกิดจากผู้ป่วยใช้อินซูลินที่ออกฤทธิ์สั้นด้วยเครื่องฉีดอินซูลิน ซึ่งอาจเกิดปัญหาจากตัวเครื่องทำให้ขาดอินซูลิน ทั้งสองอาการเกิดจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานและสามารถเกิดทั้งภาวะที่มีกรดคั่งร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ ภาวะน้ำตาลสูงทั้งสอง อธิบายได้ดังนี้ (อรพินท์ สีขาว, 2560, น. 97)

2.1 Diabetic Ketoacidosis (DKA)

ภาวะ Diabetic Ketoacidosis (DKA) คือ ภาวะที่ร่างกายมีกรดคั่ง โดยมีระดับน้ำตาลและคีโตนในเลือดสูง สืบเนื่องจากการขาด Insulin เป็นภาวะฉุกเฉิน จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรีบด่วน (ชมรมต่อมไร้ท่อในเด็ก, 2544, น. 2; อรพินท์ สีขาว, 2561, น. 98)

เป็นอาการที่เกิดได้ภายใน 24 ชั่วโมง บางครั้งพบว่าผู้ป่วยจะมาด้วยอาการ DKA ก่อนการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นอาการเด่น อาจมีอาการปวดท้องอย่างเฉียบพลันจากตับอ่อนอักเสบ พบระดับน้ำตาลในเลือดสูงจนทำให้เกิดอาการบัสสาวะบ่อย ขาดน้ำ หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดส่วนปลายขยายตัวทำให้ความดันโลหิตต่ำ หายใจแบบ Kussmaul Respiration (หายใจหอบลึก) และมีกลิ่นผลไม้ ซึ่งเป็นผลจากภาวะกรดคั่งและมีระดับอะซีโตน (Acetone) สูงขึ้น ระบบประสาทถูกกดจนอาจหมดสติ การติดเชื้อ เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชักนำไปสู่ภาวะ DKA ได้ง่าย (อรพินท์ สีขาว, 2560, น. 98)

2.1.1 การวินิจฉัยภาวะกรดคั่ง (Ketoacidosis)

ภาวะ DKA จะพบระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีกรดคั่ง และเกิดภาวะ Metabolic Acidosis มีค่าไบคาร์บอเนตต่ำ (Anion Gap กว้าง) มี pH อยู่ระหว่าง 6.8 - 7.3 ขึ้นอยู่กับความรุนแรง ขาดโปแตสเซียม หรือสูงขึ้นเล็กน้อยจากการเกิดกรดคั่ง พบอิเล็กโทรลัยต์ต่ำกว่าปกติเกือบทุกตัว ค่า BUN ครีอะตินีน สูงขึ้น แสดงว่าขาดน้ำ พบเม็ดเลือดขาว ไชมัน สูงขึ้นด้วย อาจพบตับอ่อนอักเสบได้ การวิเคราะห์ผลก๊าซในเลือด (Blood Gas) พบ pH ต่ำ PCO_2 ปกติ, HCO_3^- ต่ำ ถ้าพบภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง (แต่ต่ำกว่า HHS) แสดงว่ามีกรดคั่งจากโรคเบาหวาน (Diabetic Ketoacidosis) (อรพินท์ สีขาว, 2560, น. 99)

2.1.2 การรักษาภาวะ Diabetic Ketoacidosis

เนื่องจากการตายจากภาวะ DKA มีสูงจึงต้องให้การรักษาอย่างเร่งด่วน และทันที่ทั้งที่ การรักษาภาวะแทรกซ้อนอย่างเฉียบพลันประกอบด้วยการรักษาที่สำคัญ 4 แนวทาง คือ

- 1) การให้สารน้ำทดแทน
- 2) การแก้ไขสมดุลของอิเลคโทรไลต์ และภาวะกรด-ด่าง
- 3) การรักษาด้วยอินซูลิน
- 4) การเฝ้าระวังและแก้ไขปัจจัยส่งเสริมการเกิด DKA

ส่วนในภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่พบบ่อย ขอนำเสนอ ดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนทางสายตา (Diabetic retinopathy) เกิดจากการที่น้ำตาลเข้าไปใน endothelium ของหลอดเลือดเล็กๆ ในลูกตา ทำให้หลอดเลือดเหล่านี้มีการสร้างไกลโคโปรตีน ซึ่งจะถูกขนย้ายออกมาเป็น Basement membrane มากขึ้น ทำให้ Basement membrane หนา แต่เพราะ หลอดเลือดเหล่านี้จะฉีกขาดได้ง่าย เลือดและสารบางอย่างที่อยู่ในเลือดจะรั่วออกมา และมีส่วนทำให้ Macula บวม ซึ่งจะทำให้เกิด Blurred vision หลอดเลือดที่ฉีกขาดจะสร้างแขนงของหลอดเลือดใหม่ออกมามากมายจนบดบังแสงที่มาจากกระทบยัง Retina ทำให้การมองเห็นของผู้ป่วยแยลง

2. ภาวะแทรกซ้อนทางไต (Diabetic nephropathy) พยาธิสภาพของหลอดเลือดเล็กๆ ที่ Glomeruli จะทำให้ Nephron ยอมให้ albumin รั่วออกไปกับ filtrate ได้ Proximal tubule จึงต้องรับภาระในการดูดกลับสารมากขึ้น ซึ่งถ้าเป็นนานๆ ก็จะทำให้เกิด Renal failure ได้ ซึ่งผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตภายใน 2-3 ปี นับเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี

3. ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Diabetic neuropathy) หากหลอดเลือดเล็กๆ ที่มาเลี้ยงเส้นประสาทบริเวณปลายมือปลายเท้าเกิดพยาธิสภาพ ก็จะทำให้เส้นประสาทไม่สามารถนำความรู้สึกต่อไปได้ เมื่อผู้ป่วยมีแผล ผู้ป่วยก็จะไม่รู้ตัว และไม่ดูแลแผลดังกล่าว ประกอบกับผู้ป่วยมีน้ำตาลสูง ซึ่งเป็นอาหารให้กับเชื้อโรค จึงทำแผลเน่าแล้วนำไปสู่การ Amputation อยุ่ในระดับที่รุนแรงที่สุด

- 3.1 โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary vascular disease)
- 3.2 โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease)
- 3.3 โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral vascular disease)
- 3.4 แผลเรื้อรังจากเบาหวาน (Diabetic ulcer)

การรักษา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งไม่มีหนทางรักษา ยกเว้นในบางกรณี การรักษามุ่งรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงเกณฑ์ปกติให้มากที่สุด โดยไม่ก่อให้เกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งอาจบรรลุดูโดยอาหารการออกกำลังกายและการใช้ยาที่เหมาะสมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และแก้ไขปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ การรักษาจำเป็นจะต้องทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย แพทย์ ผู้ให้คำแนะนำเรื่องโรคเบาหวาน โภชนาการและยา การรักษาจะช่วยให้เกิดความสมดุลทั้งในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการใช้ยารักษา ควรเจาะระดับน้ำตาลในเลือดสม่ำเสมอ ให้ปรึกษาแพทย์ ว่าควรเจาะช่วงใด และบ่อยแค่ไหนถึงจะดีที่สุด

การรักษาโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ มีเป้าหมาย คือ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตลอดชีวิต คือ ประมาณ 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งเป็นระดับที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ใช้ค่าน้ำตาลแบบฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) ในการประเมินผู้ป่วยเบาหวาน ค่าฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) ที่เหมาะสมคือ ต่ำกว่าร้อยละ 7 ป้องกันหรือชะลอโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คือ ให้มีชีวิตรอยู่ได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพ

ควบคุมระดับความดันโลหิต โดยระดับความดันโลหิตที่เหมาะสม คือ น้อยกว่า 130/90 มิลลิเมตรปรอท และระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในระดับปกติอีกด้วย โดยดูจากระดับไขมัน ความหนาแน่นต่ำ ต้องน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ดังนั้นการรักษาโรคเบาหวานจะต้องอาศัยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการประเมินสุขภาพตนเอง ซึ่งทั้งนี้ต้องมีการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความร่วมมือในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้บรรลุเป้าหมายด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและการประเมินสุขภาพตนเอง โดยทั่วไปแพทย์จะให้ยา ที่เหมาะสมคือออกฤทธิ์ไม่แรงและหมดฤทธิ์เร็ว เริ่มจากขนาดยาต่ำๆ ก่อน มีวิธีการใช้ยาที่ง่ายและเกิดผลข้างเคียงน้อยที่สุด ผู้ป่วยที่ใช้ยาจะต้องควบคุมอาหารและออกกำลังกายร่วมด้วยเสมอ ผู้ป่วยต้องใช้อาาตลอดชีวิตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและอาการของโรคเบาหวานตามเป้าหมาย ที่กำหนด

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม

ได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรม ไว้หลากหลายแนวคิด (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2542) ให้ความหมายของคำว่า การปฏิบัติหรือพฤติกรรม คือ การกระทำ การดำเนินการตามระบบแบบแผน

ซูดา จิตพิทักษ์ (2525, น. 2) กล่าวว่า พฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลนั้นไม่รวมเฉพาะสิ่งที่แสดงปรากฏออกมาภายนอกเท่านั้น แต่ยังรวมถึงสิ่งที่อยู่ภายในใจของบุคคล ซึ่งคนภายนอกไม่สังเกตเห็นได้โดยตรง เช่น คุณค่า (Value) ที่ยึดเป็นหลักในการประเมินสิ่งต่างๆ ทัศนคติหรือเจตคติ (Attitude) ที่เขามีต่อสิ่งต่างๆ ความคิดเห็น (Opinion) ความเชื่อ (Belief) รสนิยม (Taste) และสภาพจิตใจที่ถือว่าเป็นบุคลิกภาพของบุคคลนั้น และเกิดการปฏิบัติหรือพฤติกรรม คือ

1. ความต้องการทางด้านร่างกายเป็นแรงผลักดันทำให้เกิดพฤติกรรมขึ้น
2. เมื่อมีสิ่งเร้าที่เหมาะสมมากกระตุ้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมา
3. บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอะไรย่อมขึ้นอยู่กับอารมณ์หรือความรู้สึกของบุคคลนั้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และสวิง สุวรรณ (2536, น. 97) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ เป็นลักษณะการแสดงออกที่เห็นได้ ภายนอก (Overt Behavior) และไม่อาจสังเกตได้ ซึ่งอยู่ภายใน (Covert Behavior) แต่สามารถ วัดได้ โดยใช้เครื่องมือพิเศษที่สามารถบอกได้ว่า มีหรือไม่มีพฤติกรรม เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ เป็นต้น

ชัยพร วิชชาวุธ (2531, น. 23) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำของมนุษย์ไว้ว่ากระทำนั้น ผู้กระทำจะกระทำโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว และไม่ว่าคนอื่นจะสังเกตการณ์กระทำนั้นได้หรือไม่ก็ตาม การพูด การเดิน การกระพริบตา การได้ยิน การเข้าใจ การรู้สึกโกรธ การคิด ต่างเป็นพฤติกรรมทั้งสิ้น

จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, และเฉลิมพล ต้นสกุล (2549, น. 6) พฤติกรรมสุขภาพ (Health) ได้ให้ความหมาย คือ พฤติกรรม (Behavioire) หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำของบุคคลที่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่นๆ โดยลักษณะของพฤติกรรม มี 2 ลักษณะ ดังนี้

1. พฤติกรรมภายนอก (Overt Behaviors) หมายถึง ลักษณะของการกระทำหรือกิจกรรมของบุคคลที่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น เช่น การยืน การเดิน หรือการแสดงออก เคลื่อนไหว

2. พฤติกรรมภายใน (Covert Behaviors) หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมของบุคคล ที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลนั้นโดยที่บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตเห็นได้ แต่สามารถที่จะรู้หรือ

ทราบได้ว่ามีพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นได้โดยอาศัยเครื่องมือต่างๆ มาช่วยในการสังเกตพฤติกรรม เช่น ความคิด ความฝัน เป็นต้น

ซึ่งในการศึกษาพฤติกรรมศาสตร์ส่วนใหญ่ได้จำแนกพฤติกรรม ออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

2.1 พฤติกรรมปกติ เป็นภาวะการณ์แสดงออกของกิจกรรม หรือการกระทำของบุคคลโดยทั่วไปในสังคมที่มีการยอมรับกันของสังคมนั้น โดยมีการสอดคล้องกับเกณฑ์การพิจารณา

2.1.1 เป็นพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากแบบแผนการพัฒนาดุติภาวะของบุคคล

2.1.2 เป็นพฤติกรรมกลมกลืนกับวัฒนธรรมของสังคมที่ตนเองเป็นสมาชิกอยู่

2.1.3 ต้องเป็นไปตามระเบียบที่สังคมกำหนดไว้

2.2 พฤติกรรมปกติ เป็นลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่เป็นไปตามกฎเกณฑ์ มีหลักเกณฑ์การพิจารณากว้างๆ ดังนี้

2.2.1 เป็นพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากแบบแผนการพัฒนาดุติภาวะของบุคคล

2.2.2 เป็นพฤติกรรมที่ขัดแย้งกับวัฒนธรรมของสังคมที่ตนเองเป็นสมาชิกอยู่

2.2.3 เป็นพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากบุคคลส่วนใหญ่โดยการแสดงออกมา

2. ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรม

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกอย่างของสิ่งมีชีวิต ดังนั้น พฤติกรรมของคนจึงหมายถึงปฏิกริยาต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ ทั้งสิ่งที่สมัครใจจะทำหรือละเว้นการกระทำ ทั้งนี้พฤติกรรมของบุคคลย่อมแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม ซึ่งมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบข้าง สถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต

3. ปัจจัยกำหนดพฤติกรรม

พฤติกรรมของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ซึ่งสาเหตุการเปลี่ยนแปลงอาจมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น เปลี่ยนแปลงเองจากการเรียนรู้ตามดุติภาวะหรือระยะพัฒนาการ เปลี่ยนแปลงเพราะถูกบังคับหรืออิทธิพลระหว่างบุคคล เปลี่ยนแปลงเพราะการลอกเลียนแบบ และ เปลี่ยนแปลงเนื่องจากบุคคลยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ดีต่อตนเอง มีความเหมาะสมตรงกับค่านิยม และแนวคิด ของตนเอง ซึ่งสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น

มีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังตัวอย่าง เช่น วุฒิภาวะหรือพัฒนาการ การเรียนรู้ ยาและสิ่งเสพติด พันธุกรรม เป็นต้น

4. ทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรม

เนื่องจากนักทฤษฎีทางพฤติกรรม เชื่อว่า วิธีการศึกษาพฤติกรรมโดยตรงเป็นวิธีที่เป็นวิทยาศาสตร์ เป็นปรนัย (Objective) เป็นนิรนัย (Deductive) มากกว่าวิธีการศึกษาทฤษฎีทางสุขภาพ ซึ่งเป็นอัตนัย (Subjective) และอุปนัย (Inductive) จึงทำให้ไม่สามารถตรวจสอบได้ ดังนั้น ทฤษฎีที่ใช้ศึกษาทางพฤติกรรมจึงไม่ใช่ทฤษฎีเดียวหรือมาจากแนวคิดอันเดียว ต้องอาศัยวิธีการศึกษาหลายอย่างรวมกัน ในที่นี้จึงขอยกตัวอย่างทฤษฎี ดังนี้

4.1 ทฤษฎีสุนิยม (Hedonism Theory) เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์เกิดจากความต้องการ 2 อย่าง คือ ความต้องการทางกาย เช่น ความหิว ความต้องการทางเพศ และความต้องการทางจิต อารมณ์ และจิตวิญญาณ ได้แก่ ความกลัว ความรัก ความต้องการประสบความสำเร็จ ความต้องการมีศักดิ์ศรี ซึ่งนักทฤษฎีกลุ่มนี้ที่ชื่อ Sigmund Freud กล่าวว่ามนุษย์เกิดมาพร้อมกับสัญชาตญาณในรูปของพลังงานที่ผลักดันให้เกิดพฤติกรรมพลังดังกล่าวประกอบด้วยจิตไร้สำนึก (Id) ที่เราไม่รู้สึกลงจะผลักดันจิตส่วนที่เรารู้ (Ego) ให้ทำสิ่งต่างๆ ที่ประสงค์ และมีจิตสำนึกที่ควบคุม คือ มโนธรรม (Super Ego) หรือความรู้สึกลึกซึ้งข้อบ่งชี้ดี อันเป็นผลจากการอบรมสั่งสอนของสังคม ซึ่งโครงสร้างที่รวมทั้ง 3 สิ่งนั้นมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน อาจกล่าวได้ว่า Id เป็นความพึงพอใจหรือความต้องการส่วนลึกของบุคคล ส่วน Ego เป็นสิ่งที่เกิดจากการพัฒนา Id แล้วจึงแสดงออกมาเป็นลักษณะของบุคคลที่แสดงออกตามความต้องการของสังคมอย่างมีเหตุผล และเพื่อความปลอดภัยของตนเองในการที่จะอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในสังคม ส่วน Super ego เป็นตัวประสานงานที่ควบคุมไม่ให้ Id แสดงความต้องการส่วนลึกออกมา และผลักดันให้ Ego ออกมาแทนที่ Super ego ได้แก่ ค่านิยมของสังคม และวัฒนธรรมประเพณี

4.2 ทฤษฎีมนุษยนิยม (Humanism Theory) มีความเชื่อต่างจากทฤษฎีสุนิยม คือ มนุษย์ไม่ใช่ทาสของแรงผลักดัน แต่มนุษย์เกิดมาพร้อมกับศักยภาพของความเป็นมนุษย์ เช่น ความอยากรู้ ความคิดสร้างสรรค์ ความต้องการพัฒนาตนเอง นักทฤษฎีในเรื่องนี้ได้แก่ Maslow อธิบายความต้องการ มนุษย์มี 5 ระดับ คือ

4.2.1 ความต้องการทางสรีระ (Physical Needs) หรือความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการอาหาร การนอนหลับพักผ่อน ความต้องการทางเพศ

4.2.2 ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) ได้แก่ ความต้องการความอบอุ่น มั่นคง ความต้องการหนีห่างจากอันตราย ความต้องการหนีจากความเจ็บปวด

4.2.3 ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (Love and Belonging needs) ได้แก่ ความต้องการเพื่อนบ้าน ความต้องการเพื่อนร่วมงาน ความต้องการมีคนที่รัก

4.2.4 ความต้องการได้รับการยกย่องนับถือ (Self –Esteem Needs) เป็นความต้องการให้คนอื่นชื่นชม ให้มีคนเคารพนับถือชื่นชมในความสำเร็จ

4.2.5 ความต้องการบรรลุความสำเร็จแห่งตน (Self - Actualization) คือ ความต้องการเป็นตัวของตัวเอง ต้องการที่จะทำอะไรได้ตามที่ตนปรารถนา เป็นความต้องการที่จะคิดหรือกระทำประโยชน์แก่ส่วนรวมอย่างแท้จริง

ประเด็นสำคัญของความต้องการ คือ ความต้องการขั้นสูงจะเกิดได้ก็ต่อเมื่อบุคคลได้รับความต้องการขั้นต่ำกว่าในทุกระดับ เพราะจะเป็นแรงขับให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนอง ความต้องการนั้น

4.3 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Exchange Theory) ทฤษฎีนี้เน้นที่กระบวนการของการแลกเปลี่ยนสัมพันธ์ หรือการกระทำระหว่างบุคคล โดยมีข้อสมมุติของบุคคลดังนี้

4.3.1 การกระทำทางสังคม เป็นวิธีการที่จะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

4.3.2 การกระทำทางสังคมทุกอย่าง ผู้กระทำต้องลงทุนเช่น ลงแรง ลงเวลา และ ลงทรัพยากร

4.3.3 การกระทำทางสังคมทุกอย่าง ผู้กระทำจะพยายามลดมูลค่าการลงทุนเท่าที่จะกระทำได้ ให้ต่ำกว่ากำไรมากที่สุด

4.3.4 การกระทำทางสังคม ที่มีมูลค่าลงทุนต่ำกว่ากำไรเท่าไรก็ตาม ที่จะยาวนานหรือคงทนทฤษฎีนี้กล่าวว่า การกระทำทางสังคมเริ่มเกิดขึ้นเมื่อผู้กระทำทั้งในลักษณะบุคคลและกลุ่มพยายามจะเอาประโยชน์บางอย่างจากคู่กระทำของตน ซึ่งก็อาจจะเป็นบุคคลหรือกลุ่มเช่นกัน

ดังนั้นการแลกเปลี่ยนบางอย่างซึ่งกันและกัน การดึงดูดซึ่งกันและกันในสถานการณ์เช่นนี้ ทำให้ฝ่ายหนึ่งหรือต่างฝ่ายต่างพอใจที่จะกระทำต่อกันหรือร่วมจุดหมายเดียวกันไม่ว่ากรณีใดก็ตามผลของปฏิสัมพันธ์ หรือผลของการกระทำต่อกัน ก็คือกระบวนการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน (Emerson, 1981 อ้างถึงใน พันธุ์ทิพย์ รามสูต, 2540)

5. พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

มนุษย์แสดงพฤติกรรมแตกต่างกันไป ขึ้นกับปัจจัยด้านสถานการณ์ สิ่งแวดล้อม และเงื่อนไขซึ่งสิ่งที่แสดงออก อากาศ บทบาท ลีลา ท่าที ความประพฤตินี้มีผลต่อสุขภาพทั้งทางที่ดีและไม่ดี ถือเป็นพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งนั้น สำหรับพฤติกรรมที่ควรทราบเพื่อประกอบการพิจารณาสร้างเสริมสุขภาพ มีดังนี้

5.1 พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) พฤติกรรมสุขภาพ คือ แนวคิดเกี่ยวกับ ทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) และพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) ซึ่งพฤติกรรม ภายนอก ได้แก่ การปฏิบัติที่สามารถสังเกตและมองเห็นได้ ส่วนพฤติกรรมภายใน ได้แก่ องค์ประกอบทางจิตวิทยา (Psychological Factors) ซึ่งมีความคิดความเชื่อ การรับรู้ แรงจูงใจ ค่านิยม ทัศนคติ และความคาดหวัง โดยในทางพฤติกรรมศาสตร์เชื่อว่า องค์ประกอบเหล่านี้มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งจากการทบทวนการให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีความหมายคล้ายคลึงกัน คือ เป็นการแสดงออกของบุคคลทั้งภายในและ ภายนอก ที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ ในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดย จะขอยกตัวอย่างพฤติกรรมสุขภาพควรรู้ ดังนี้

5.1.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) เป็น พฤติกรรมที่คนปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ในที่นี้คำว่าสุขภาพรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งตัวอย่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการ ออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ พฤติกรรมการผ่อนคลาย หรือ พฤติกรรมการพักผ่อน เป็นต้น

5.1.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self Care Behavior) เป็นกิจกรรมการดูแล ตนเอง ซึ่งบุคคล ครอบครัว ชุมชน ทำหน้าที่ดูแลตนเองนับตั้งแต่การป้องกันโรคไม่ให้เจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพให้ร่างกายแข็งแรง การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ ภายหลังการเจ็บป่วย

5.1.3 พฤติกรรมเสี่ยง (Risk Behavior) เป็นพฤติกรรมที่เมื่อบุคคลปฏิบัติ ไปแล้ว อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น เกิดโรคหรือการบาดเจ็บ ตัวอย่างพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ไขมัน พฤติกรรมการขับชี่ยานพาหนะโดยไม่เคารพกฎจราจร พฤติกรรมการเที่ยวหญิงบริการ หรือ พฤติกรรมการเสพยาเสพติด เป็นต้น

5.1.4 พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Behavior) หมายถึง การปฏิบัติ ของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคขึ้น ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ การสวมหมวกกันน็อกการคาดเข็มขัด นิรภัย ขณะขับชี่ยานพาหนะ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เป็นต้น

5.1.5 พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การที่บุคคล ปฏิบัติเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเมื่อรู้สึกว่าคุณเองเจ็บป่วย ได้แก่ การถามบุคคลอื่นหรือผู้ใกล้ชิด เกี่ยวกับอาการของตน การเพิกเฉยการแสวงหาการรักษา การหลบหนีจากสังคม เป็นต้น

5.1.6 พฤติกรรมบทบาทคนเจ็บ (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วย โดยอาจทราบจากความคิดเห็นของผู้อื่นหรือ เป็นความคิดเห็นของผู้ป่วยเอง จะเห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นได้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ ที่เกิดจากการเรียนรู้ การรับรู้ ทักษะคติ ค่านิยม การเลียนแบบ และการถูกบังคับตลอดจนสิ่งแวดล้อมอื่น การปฏิบัติซึ่งเป็นพฤติกรรมทั้งด้านบวก (Positive Behavior) และด้านลบ (Negative Behavior) ซึ่งพฤติกรรมทางด้านลบเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ ยิ่งใหญ่ต้องรีบดำเนินการแก้ไข

5.1.7 พฤติกรรมด้านลบที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ และการเจ็บป่วยที่พบเห็นโดยทั่วไปในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นพฤติกรรมด้านลบ ในที่นี้จะกล่าวถึงลักษณะพฤติกรรมทางด้านลบ ที่มีผลต่อสุขภาพ ที่สำคัญๆ ดังนี้ ได้แก่

1) พฤติกรรมทางลบที่มีผลต่อการเกิดโรคติดต่อ เช่น พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยก่อให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2) พฤติกรรมทางลบที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารผิดหลักโภชนาการ และมีสารปนเปื้อน พฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่ พฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย และพฤติกรรมการขับขี้ออกโดยไม่เคารพกฎจราจร เป็นต้น

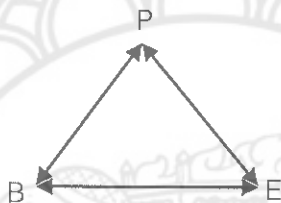
3) พฤติกรรมด้านลบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจสังคม และกระแสการพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรม ทำให้ประเทศไทยมีการนำเอาเทคโนโลยีมาใช้ในภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น สิ่งที่มาคือ มีการทำลายสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติเกิดมลพิษ มลภาวะทั้งในดิน น้ำ และอากาศ

4) พฤติกรรมด้านลบที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงจากการทำงาน เช่น พฤติกรรมเสี่ยง จากการทำงานภาคเกษตรกรรม พฤติกรรมเสี่ยงจากการทำงานภาคอุตสาหกรรม และพฤติกรรมเสี่ยงจากการทำงานภาคบริการ

สรุปแล้วจะเห็นว่า พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีทั้งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นก่อนและหลังการเกิดปัญหาสุขภาพแต่พฤติกรรมที่สำคัญและจำเป็นต้องทำความเข้าใจให้มาก คือ พฤติกรรมสุขภาพปฏิบัติขณะยังมีสุขภาพดี ในขณะที่เดียวกันพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่ถือเป็นพฤติกรรมทางด้านลบ ที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ จำเป็นต้องรีบดำเนินการปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสมซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาสุขภาพต้นเหตุและเป็นการจัดการกับปัญหาสุขภาพแนวใหม่

ทฤษฎีความสามารถตนเอง

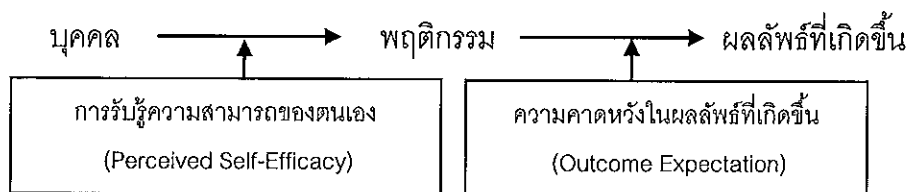
ทฤษฎีความสามารถตนเองเป็นทฤษฎีที่ Albert Bandura นักจิตวิทยาชาวแคนาดา ได้พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม (Social Learning Theory) สาเหตุของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura นั้น Bandura มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย และการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้น จะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal Determinism) กับปัจจัยทางด้าน พฤติกรรมและสภาพแวดล้อม ซึ่งอาจจะเขียนได้ดังภาพต่อไปนี้



ภาพ 3 การแสดงการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) สภาพแวดล้อม (E) และส่วนบุคคล (P) (ซึ่งได้แก่ ปัญญา ชีวภาพ และสิ่งภายในอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำ)

การที่ปัจจัยทั้ง 3 ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันนั้น ไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้น จะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันและอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้นไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ

ทฤษฎีความสามารถตนเอง ประกอบด้วย แนวคิดที่สำคัญคือ การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ซึ่งความแตกต่างระหว่าง การรับรู้ความสามารถตนเองกับความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outcome Expectation) ดังนี้



ภาพ 4 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวัง ผลที่จะเกิดขึ้น

จากภาพ 4 แสดงให้เห็นแนวคิดที่สำคัญ คือ

1. การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) ซึ่ง Bandura ได้ให้ความหมายว่าเป็นการตัดสินความสามารถตนเองว่า สามารถทำงานในระดับใด หรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจากความรู้สึกรับรู้ ความคิด การตั้งใจและพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome Expectation) หมายถึงความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่ปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ ที่คาดหวังไว้เป็นการคาดหวังในสิ่งที่เกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

จากภาพแบบความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความสามารถตนเองกับความคาดหวังผลลัพธ์นั้น บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการกระทำพฤติกรรมเนื่องจากมนุษย์เรียนรู้การกระทำใดนำไปสู่ผลลัพธ์ใด แต่ความสามารถของมนุษย์แต่ละคนที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ มีขีดจำกัดไม่เท่ากัน ดังนั้นการที่บุคคลจะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ ส่วนหนึ่งจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถตนเองและอีกส่วนหนึ่งขึ้นกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำนั้น ไม่สามารถแยกจากกันได้เด็ดขาด เพราะบุคคลมองผลของการกระทำที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งแสดงถึงความเหมาะสมเพียงพอของพฤติกรรมที่กระทำไป และเป็นสิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจอีกว่า จะกระทำพฤติกรรมนั้น หรือพฤติกรรมอื่นใดต่อไปอีกหรือไม่ ถ้าสามารถควบคุมตัวแปรต่างๆ ในการวิเคราะห์ผลทางสถิติ จะพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองจะเป็นตัวทำนายแนวโน้มการกระทำพฤติกรรมได้ดีกว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น

		สูง	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวัง
ผลที่จะเกิดขึ้น

จากภาพ 5 Bandura กล่าวว่าผู้ที่รับรู้ความสามารถตนเองสูงจะส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคล โดยที่บุคคลกล้าเผชิญต่อปัญหาต่างๆ แม้กระทำความล้มเหลว หรือสิ่งที่ยากและพยายามทำให้สำเร็จ โดยมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นสูง สำหรับบุคคลที่มีความรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ จะไม่มั่นใจต่อการกระทำของตนเพื่อให้เกิดผลสำเร็จได้ จะพยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญต่อปัญหา คิดว่าสิ่งที่เป็นปัญหาหรือสิ่งที่ตนจะต้องทำนั้นยาก ซึ่งจะมี ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นหรือปานกลาง จนอาจทำให้บุคคลไม่พยายามเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่คาดหวังไว้ โดยอธิบายรายละเอียด ดังนี้

2.1 การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) ซึ่ง Bandura ได้ให้ความหมายว่า เป็นการตัดสินใจความสามารถตนเองว่าสามารถทำงานในระดับใด หรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับ ความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การตั้งใจและพฤติกรรม ซึ่งบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูง จะช่วยให้เขาประสบความสำเร็จ และมีความเป็นอยู่ที่ดี เมื่อเผชิญปัญหาหรืองานที่ยากจะเป็นสิ่งที่ท้าทายให้เขาแก้ไขโดยใช้ความพยายาม ถึงแม้จะล้มเหลวเขาก็จะมองความผิดพลาดไปที่พยายามไม่เพียงพอ หรือขาดความรู้หรือทักษะในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ จะมองงานที่ยากกว่าเป็นภาวะคุกคาม จะหลีกเลี่ยงและล้มเลิกการกระทำนั้นๆ เมื่อมีความผิดพลาดจะมองว่าตนเองด้อยขาดความสามารถ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถตนเองนั้น Bandura เสนอว่ามีอยู่ด้วยกัน 4 ปัจจัย

2.2 การประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่ง Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้น ในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่าเขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะ ที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าจะตนเองมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามทำงาน การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกรรมพึงพอใจก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตเห็นความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆโดยที่ให้ผู้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับ

ตนเอง ก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่างๆ เหล่านั้นได้ การเสนอตัวแบบหลายๆ ตัว จะช่วยทำให้มีการเสนอตัวแบบที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้สังเกตจะพบว่า มีตัวแบบบางตัวมีลักษณะคล้ายกับตนตลอดจนทำให้ได้เรียนรู้การแสดงพฤติกรรมหลายๆ อย่าง ทำให้ผู้สังเกตมีความยืดหยุ่นมากขึ้นในการแสดงออกในหลายๆ สภาพการณ์

2.3 ตัวแบบนั้นแบ่งออกเป็น 2 ประเภท

2.3.1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ (Live Model) คือ ตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและปฏิสัมพันธ์โดยตรง

2.3.2 ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน หรือหนังสืออนิเมชัน เป็นต้น

แนวทางในการเลือกตัวแบบนั้นมีหลักการในการเลือกอย่างกว้างๆ

1. ตัวแบบ ควรจะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตทั้งในด้าน เพศ เชื้อชาติ และทัศนคติ ซึ่งการที่ตัวแบบมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตนั้น จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่า พฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกนั้นเหมาะสม และสามารถทำได้ เพราะบุคคลนั้นมีลักษณะคล้ายคลึงกับตน ซึ่งจะทำให้เขาเกิดความรู้สึกว่าเขาเองน่าจะทำได้เช่นกัน

2. ตัวแบบควรจะเป็นผู้ที่มิชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกต แต่ถ้ามีชื่อเสียงมากจนเกินไปจะทำให้เขาเกิดความรู้สึกว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ไม่น่าจะเป็นจริงสำหรับเขาได้

3. ระดับความสามารถของตัวแบบนั้น ควรจะมีระดับที่ใกล้เคียงกับผู้สังเกต เพราะถ้าใช้ตัวแบบที่มีความสามารถสูงมาก ก็จะทำให้ผู้สังเกตคิดว่าเขาไม่น่าจะทำตามได้ ทำให้เขาปฏิเสธ ที่จะทำตามตัวแบบนั้น ควรจะเลือกตัวแบบที่มีความสามารถสูงกว่าผู้สังเกตเพียงเล็กน้อย หรือเริ่มจากภาพการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกต แล้วค่อยๆ เพิ่มความสามารถขึ้นไป

4. ตัวแบบนั้นควรจะมีลักษณะที่เป็นกันเองและอบอุ่น

5. ตัวแบบเมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับการเสริมแรง จะทำให้ได้รับความสนใจจากผู้สังเกตมากขึ้น

2.4 การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าคุณคนนั้นมี ความสามารถที่จะประสบผลสำเร็จได้ วิธีดังกล่าวนี้ค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่าการใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะของความสำเร็จได้มากนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคล อย่างค่อยเป็นค่อยไป

และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกันก็ย่อมที่จะได้ผลดี ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

2.5 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome Expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่ปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ ที่คาดหวังไว้เป็น การคาดหวังในสิ่งที่เกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ ประกอบด้วยความคาดหวังทางบวก คือ สิ่งจูงใจให้ทำ และทางลบ คือ สิ่งที่ไม่จูงใจให้กระทำ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ยังแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

2.5.1 ด้านกายภาพ (Physical Effects) หมายถึง ความเชื่อว่าภายหลังปฏิบัติ หรือกระทำ สิ่งนั้นแล้วจะส่งผลต่อร่างกาย ทางบวกคือ ทำให้สุขภาพทางกาย ส่วนทางลบ คือ ทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางกาย

2.5.2 ด้านสังคม (Social Effects) หมายถึง ความเชื่อภายหลังปฏิบัติหรือ กระทำสิ่งนั้น จะส่งผลต่อสังคม ทางบวกเช่น การได้รับความสนใจจากสังคม การได้รับความสนใจ จากสังคม การได้รับสิ่งตอบแทนเป็นรางวัล เกียรติยศ ชื่อเสียง เป็นต้น ทางลบเช่น ถูกสังคม ต่อต้าน การถูกเพิกถอนอภิสิทธิ์ต่างๆ เป็นต้น

2.5.3 ด้านประเมินตนเอง (Self Evaluation) หมายถึงว่า ความเชื่อว่า ภายหลังการปฏิบัติหรือการกระทำสิ่งนั้นจะส่งผลต่อตนเอง ทางบวก เช่น ความพึงพอใจตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น ทางลบ เช่น การตำหนิตนเอง ความรู้สึกไม่พอใจตนเอง เป็นต้น

การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำนั้น ไม่สามารถแยกจากกันได้เด็ดขาด เพราะบุคคลมองผลของการกระทำที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งแสดงถึง ความเหมาะสมเพียงพอ ของพฤติกรรมที่ได้กระทำไป และยังเป็นสิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจอีกว่า จะกระทำพฤติกรรมนั้น หรือพฤติกรรมอื่นใดต่อไปอีกหรือไม่ ถ้าสามารถควบคุมตัวแปรต่างๆ ใน การวิเคราะห์ผลทางสถิติแล้ว จะพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองจะเป็นตัวทำนายแนวโน้มการ กระทำพฤติกรรมได้ดีกว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

รูปแบบการจัดการตนเอง

มีรูปแบบการจัดการตนเอง (Self-Management) ประกอบด้วยองค์ประกอบหลายประการ ศุภลักษณ์ เข็มทอง (2555) ได้แบ่งออกเป็น 7 ข้อ ดังนี้

1. The Self-Management Model of Care คือ รูปแบบการดูแลตนเองด้วยกระบวนการสร้างทักษะการคิดแก้ไขปัญหาและทักษะการคิดวางแผนจัดการปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความบกพร่องของร่างกาย-จิตใจ-สังคม ความแปรปรวนของอารมณ์ภายใต้สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมต่างๆ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ได้แก่ การมีส่วนร่วมทำกิจกรรมต่างๆ (Activity & Participation) ด้วยความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) การยอมตามหรือปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสม (Optimal compliance) การรับรู้ทักษะการจัดลำดับความสำคัญของอาการของโรคจนถึงสิ่งที่มีผลตามมาจากอาการของโรค (Symptom & Co-Morbidity) การเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องการดูแลตนเอง คนดูแล ผู้บำบัด คน/สังคมรอบข้าง และสิ่งแวดล้อม (Relationships) และการรับรู้ความก้าวหน้าของโปรแกรมการรักษาด้วยการประเมินตนเอง (Self-Assessment on Treatments)

2. รูปแบบข้างต้นเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการบริหารจัดการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ผู้ที่ต้องได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ที่ได้รับความเจ็บป่วยระยะแรกเริ่ม ระยะกลาง และระยะเรื้อรัง ทั้งนี้บุคลากรที่สนใจแนวคิดนี้ควรสร้างทัศนคติที่ดีของการทำความเข้าใจในระยะเวลาเปลี่ยนแปลงของผู้ที่ต้องการดูแลตนเอง (Stage of Change) การฝึกทักษะในการใช้จิตวิทยาการให้แรงจูงใจแก่ผู้ที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต (Motivational Interviewing) การฝึกทักษะการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Building Self-Efficacy) การฝึกทักษะการวิเคราะห์เหตุผลทางคลินิกโดยใช้การสะท้อนความรู้สึกจากผู้รับบริการเป็นสำคัญ (Client-Centered Reflection) การฝึกคิดและวางแผนการประเมินและการพัฒนาโปรแกรมการรักษาในรูปแบบเชิงวิจัยและพัฒนาจากโปรแกรมที่มีอยู่แล้ว การฝึกลำดับความสำคัญว่าจะตัดปัจจัยหรือเนื้อหาใดที่เกี่ยวข้องน้อยที่สุดกับความก้าวหน้าของผู้รับบริการ การฝึกคิดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นให้ผู้รับบริการคิดแก้ไขปัญหาและมีตัวเลือกในการตั้งเป้าหมายและวางแผนการจัดการปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของตนเอง (Prioritization & Action Planning on Enhancement of Quality of Life)

3. ผู้บำบัดไม่ควรใส่ความคิดของตนเองแต่ควรทำตัวเป็นองค์ประกอบต่างๆ ที่ช่วยให้ผู้รับบริการที่ดำเนินชีวิตอยู่กับอาการเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมีความสุข ผู้บำบัดทำตัวเสมือนเป็นผู้นำทาง ผู้ควบคุมสัญญาณสื่อสาร ผู้สร้างสนามบินและลานบิน ผู้ควบคุมเวลา เชื้อเพลิง ฯลฯ ทำให้นักบินฝึกฝนตนเองจนมีคุณภาพ สามารถบินเครื่องบินเล็กๆ ขึ้นลงท้องฟ้าได้อย่างปลอดภัย

4. ปัจจัยหรือองค์ประกอบที่ต้องพิจารณาก่อนการสร้างโปรแกรมการจัดการตนเอง ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์หรือสาขาอื่นๆ ที่ต้องเข้ามาร่วมโปรแกรม ความพร้อมของผู้รับบริการ ต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต (Readiness for Change) และความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) ซึ่งอาจสอบถามความรู้สึกด้วยสเกล 1-10 หากคนใดพร้อมจะอยู่ในคะแนน 7 ขึ้นไป หากต่ำกว่านี้ ต้องมีการพูดคุยและย้ำเป้าหมายและความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงอีกครั้ง (ใช้ระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน นับตั้งแต่ผู้รับบริการพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง) อาจใช้วิธีการใช้ประสบการณ์จริงของผู้รับบริการที่เคยประสบผลสำเร็จ (Performance Mastery) และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้รับบริการที่มีประสบการณ์หรือพื้นฐานชีวิตที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย หรือพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ใกล้เคียงกัน (Vicarious Experience) โดยแบ่ง ดังนี้

5. หลักการสำคัญของการฝึกพูดคุยสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเบื้องต้น ได้แก่ หนึ่งฟังอย่างจริงจังมากกว่าพูดสอนผู้รับบริการ แยกแยะพฤติกรรมที่มีปัญหาและค่อยๆ ดึงประเด็นของพฤติกรรมที่น่าจะปรับเปลี่ยนได้มากที่สุดก่อน ย้ำพูดประเด็นที่สะท้อนความรู้สึกของความตั้งใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สังเกตประเด็นที่ไม่แน่ใจจะปรับเปลี่ยนโดยกล่าวข้ามประเด็นไปหรือนำมาพูดคุยครั้งอื่น และใช้จิตวิทยาให้ผู้รับบริการเรียนรู้ที่จะประเมินตนเอง จากการใช้คำถามปลายเปิดและการสร้างกิจกรรม เสริมสัมพันธ์ภาพและความไว้วางใจในการ เข้าใจคุณภาพชีวิตระหว่างผู้นำบัดและผู้รับบริการ

6. ผู้สนใจผู้สนใจแนวคิดข้างต้นต้องทบทวนความรู้ (Review of Evidence Based Practice) วางแผนขั้นตอนการสร้างโปรแกรมที่ชัดเจน ได้แก่ ระวังกระบวนการที่สับสนกับรูปแบบทางการแพทย์อื่นๆ (เช่น Patient Education และ Traditional Medications) เข้าใจกระบวนการให้ความรู้เชิงจิตวิทยา (Psychoeducation) เข้าใจแนวคิดหรือโปรแกรมต้นแบบ เรียนรู้พฤติกรรมที่เสี่ยงหรือยากต่อการมีสุขภาพดี ระยะเวลาและความถี่ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ชัดเจน มีการสำรวจข้อมูล เชิงคุณภาพถึงความสำคัญและความพึงพอใจของการให้มีโปรแกรมในกลุ่มผู้รับบริการ มีการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิชาการ นักวิจัย และบุคลากรผู้สนใจแนวคิดนี้ มีการทดลองใช้และเปรียบเทียบ เพื่อปรับปรุงพัฒนาเนื้อหา และรูปแบบของโปรแกรม ทำการทดลองประสิทธิผลแบบสุ่มผู้รับบริการรายอื่นๆ และนำโปรแกรมไปใช้ในหน่วยงานอื่นๆ อย่างจริงจัง

7. ในช่วงจัดกลุ่มระดมความคิด พบว่า หลายกลุ่มยังคงมุ่งใส่ข้อมูลทางการแพทย์และความคิดจัดการอาการของผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ เช่น เบาหวาน ปวดหลังส่วนล่าง ข้อเข่าเสื่อม โรคอ้วนในผู้ป่วยจิตเภท อัมพาต ผู้ปกครองในเด็กพิเศษ เป็นต้น ท่านวิทยากรแนะนำให้คิดหา

กลวิธีและกระบวนการเพื่อดึงทักษะความสามารถของผู้รับบริการในการสะท้อนการแก้ไขปัญหา และแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตจริงและพัฒนาสัมพันธภาพ เพื่อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง หลายกลุ่ม มีเทคนิคการจัดการเรียนรู้ที่น่าสนใจแต่ต้อง คิดถึงโอกาสของการใช้เทคโนโลยีและเทคนิคทางจิตสังคมมาช่วย เช่น Telephone Coaching, Following up in each Session, Individual Assistance, Problem Solving Skills Training, Stress Management, Emotional Coping Skills Training, Brainstroming in Group, Time Management, Motivational & Self-Efficacy Building, Audit of Self-Management Skills, Self-Assessment Tools ทั้งนี้ทุกๆ ขั้นตอน ต้องค่อยๆ คิดค่อยๆ ทำอย่าง เป็นระบบและระมัดระวัง อย่าใส่ความคิดหรือข้อมูลมากเกินไป หรือเกินกว่าที่ผู้รับบริการจะเข้าใจ ถึงเป้าหมายที่แท้จริง ของหลักการ Self-Management

ทฤษฎีการดูแลตนเอง และพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self Care Theory) เป็นทฤษฎีที่รู้จักกันแพร่หลาย ในวิชาชีพการพยาบาล มีการนำแนวคิดนี้ไปใช้เป็นกรอบในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยการพยาบาล และการพัฒนาหลักสูตรในสถาบันการศึกษา ทฤษฎีนี้ถูกพัฒนาโดย Dorothea E. Orem ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 ซึ่งโอเร็มเริ่มการทำงานในวิชาชีพการพยาบาลตั้งแต่ปี ค.ศ. 1935 หลังจบการศึกษาจากโรงเรียนพยาบาลของโรงพยาบาลพรวิเด็น ในกรุงวอชิงตันดีซี สหรัฐอเมริกา โอเร็มสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ในปี ค.ศ. 1939 และระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาล ในปี ค.ศ. 1945 จากมหาวิทยาลัยคาทอลิก ประเทศสหรัฐอเมริกา และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอก จากมหาวิทยาลัยจอร์จทาวน์ ในปี ค.ศ. 1976 และจาก Incarnate World College ที่ซานแอนโตนิโอ รัฐเท็กซัส ในปี ค.ศ. 1980 และจาก Illinois Western University ที่บลูมมิงตัน รัฐอินดีแอนา ในปี ค.ศ. 1988 (George, 2002) จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1971 ได้มีการจัดพิมพ์เผยแพร่ แนวความคิดโดยมีชื่อว่า Nursing: Concept of Practice และมีการพัฒนาเผยแพร่ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ในปี ค.ศ. 1980, 1985, 1991 ตามลำดับกะเพรา ไบหม่อน ผักจินดา

กระบวนการทัศน์ เกี่ยวกับ คน สุขภาพ สิ่งแวดล้อมและการพยาบาลตามแนวคิดของโอเร็ม เชื่อว่า บุคคล เป็นผู้ที่มีความสามารถในการกระทำอย่างจงใจ (deliberate action) มีความสามารถในการเรียนรู้ วางแผนจัดระเบียบปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับตนเองได้ และบุคคลมีลักษณะเป็นองค์รวมทำหน้าที่ทั้งด้านชีวภาพ ด้านสังคม ด้านการแปลและให้ความหมายต่อสัญลักษณ์ต่างๆ และเป็นระบบเปิดทำให้บุคคลมีความเป็นพลวัตคือเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

สุขภาพ เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง ผู้ที่มีสุขภาพดี คือ คนที่มีโครงสร้างที่สมบูรณ์สามารถทำหน้าที่ของตนได้ ซึ่งการทำหน้าที่นั้นเป็นการผสมผสานกันของทางสรีระ จิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านสังคมโดยไม่สามารถแยกจากกันได้ และการที่จะมีสุขภาพดีนั้นบุคคลจะต้องมีการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องจนมีผลทำให้เกิดภาวะสุขภาพดี

ส่วนภาวะปกติสุข หรือความผาสุก (Well Being) โอเร็มให้ความหมายแยกจากสุขภาพว่าเป็นการรับรู้ถึงความเป็นอยู่ของตนในแต่ละขณะ เป็นการแสดงออกถึงความพึงพอใจ ความยินดี และมีความสุข สุขภาพกับความผาสุกมีความสัมพันธ์กัน

สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมหมายถึง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ และด้านสังคมวัฒนธรรม โอเร็มเชื่อว่าคนกับเรื่องสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน นอกจากนี้โอเร็มยังกล่าวถึงสิ่งแวดล้อมในแง่ของพัฒนาการ คือสิ่งแวดล้อมที่ดีจะช่วยจูงใจบุคคล ให้ตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม จะมีส่วนในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐาน ตามแนวคิดของโอเร็มเป็นสิ่งแวดล้อมหนึ่งที่กำหนดความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเอง

ซึ่งผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม มาร่วมเป็นหนึ่งในการกระบวนการจัดการตนเอง เพราะทฤษฎีของโอเร็มเป็นทฤษฎีทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง ขอนำเสนอรายละเอียด ดังนี้

หลักในทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นทฤษฎีที่มีความซับซ้อน ประกอบด้วยทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎี คือ (Orem, 1983)

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self – Care)
2. ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self – Care Deficit)
3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self - Care)

ทฤษฎีนี้จะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่างๆ ทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง โดยอธิบายมโนทัศน์สำคัญได้แก่ มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self - Care) มโนทัศน์เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self – Care Agency)

มโนทัศน์เกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - caredemand)

มโนทัศน์เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) ดังนี้

1. การดูแลตนเอง (Self - Care: SC) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก เมื่อการกระทำนั้น มีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุด ของแต่ละบุคคลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self- Care Requisites) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของกลุ่ม ชุมชน ครอบครัว (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ซึ่งบุคคลที่กระทำการดูแลตนเองนั้นเป็นผู้ที่ต้องใช้ความสามารถหรือพลังในการกระทำที่จงใจ (Deliberate) ประกอบด้วย 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ (Intention Phase) เป็นระยะที่มีการหาข้อมูลเพื่อพิจารณาและตัดสินใจเลือกกระทำ โดยหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องว่าคืออะไร เป็นอย่างไร จากนั้นนำข้อมูล ที่ได้มาวิเคราะห์ ทดสอบ และเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้องในขั้นตอนนี้ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญเพราะจะช่วยให้เกิดกระบวนการคิดเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่าการใช้ความรู้สึก นอกจากนี้ยังต้องอาศัยสติปัญญาในการที่จะตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะการกระทำและผลของการกระทำ (Productive Phase) เป็นระยะที่เมื่อตัดสินใจแล้วจะกำหนดเป้าหมายที่ต้องการและดำเนินการกระทำกิจกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด ในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลทางด้านสรีระที่จะกระทำกิจกรรม (Psychomotor Action) และมีการประเมินผลการกระทำเพื่อปรับปรุง

2. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - Care Agency: SCA) หมายถึง คุณสมบัติ ที่ซับซ้อนหรือพลังความสามารถของบุคคลที่ถือต่อการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างจงใจ แต่ถ้าเป็นความสามารถในการดูแลบุคคลอื่นที่อยู่ในความรับผิดชอบ เรียกว่า Dependent - Care Agency ความสามารถนี้ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้

2.1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Disposition) เป็นความสามารถของมนุษย์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรับรู้และเกิดการกระทำ ซึ่งแบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) ความสามารถที่จะกระทำ (Doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัย ที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ประกอบด้วย คุณสมบัติขั้นพื้นฐานดังต่อไปนี้

- 2.1.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ การอ่าน เขียน การใช้เหตุผลอธิบาย
- 2.1.2 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึกทั้งการสัมผัสมองเห็นได้กลิ่นรับรส
- 2.1.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง
- 2.1.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง
- 2.1.5 นิสัยประจำ
- 2.1.6 ความตั้งใจและสนใจสิ่งต่าง
- 2.1.7 ความเข้าใจในตนเองตามสภาพเป็นจริง
- 2.1.8 ความห่วงใยในตนเอง
- 2.1.9 การยอมรับในตนเองตามสภาพความเป็นจริง
- 2.1.10 การจัดลำดับความสำคัญของการกระทำรู้จักเวลาในการกระทำ
- 2.1.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง
- 2.2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten Power Component) เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจง สำหรับการกระทำอย่างจริงจังเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำประกอบด้วย
- 2.2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตน เป็นผู้รับผิดชอบ
- 2.2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้สามารถปฏิบัติกิจกรรม
- 2.2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเอง
- 2.2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผล
- 2.2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำในการดูแลตนเอง
- 2.2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามการตัดสินใจ
- 2.2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและสามารถนำความรู้ไปใช้ได้
- 2.2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้การจัดกระทำ
- 2.2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติกาดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่ง ในแบบแผนการดำเนินชีวิต

2.3 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for Self – Care Operations) ประกอบด้วย ข้อมูลความหมายและความจำเป็นของการกระทำ รู้ปัจจัยภายในภายนอกที่สำคัญ เพื่อประเมินสถานการณ์

2.3.1 ความสามารถในการคาดคะเน เป็นความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับการเตรียมการเพื่อการดูแลตนเอง

2.3.2 ความสามารถในการปรับเปลี่ยน เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนสามารถและควรกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเอง

2.3.3 ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆรวมถึงความสามารถในการคาดคะเน เป็นความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับการเตรียมการเพื่อการดูแลตนเอง

3. ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - Care Demand: TSCD) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม (Action Demand) การดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะตอบสนองต่อความจำเป็นในการดูแลตนเอง (Self-Care Requisites) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) เป็นเป้าหมายสูงสุด (Ultimate Goal) ของการดูแลตนเองที่จะถึงซึ่งภาวะสุขภาพ หรือความผาสุก

กิจกรรมที่จะต้องกระทำทั้งหมดนี้จะทราบได้จากการพิจารณาการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งการดูแลที่จำเป็น (Self - Care Requisites: SCR) หมายถึง กิจกรรมที่ต้องการให้บุคคลกระทำหรือกระทำเพื่อบุคคลอื่น ซึ่งมี 3 ด้าน ดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self – Care Requisites: USCR) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและความผาสุก ซึ่งความต้องการจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้งทางด้านคุณภาพหรือปริมาณตามอายุ เพศ ระยะเวลาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ กิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการนี้ (Action Demand) ประกอบด้วย

- 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ
- 1.2 คงไว้ซึ่งการขยับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3 คงไว้ซึ่งการรักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of Normalcy)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (Developmental Self – Care Requisites: DSCR) เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สถานการณ์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิต เป็นความต้องการที่อยู่ภายใต้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปแต่แยกตามพัฒนาการเพื่อนำให้เห็นความสำคัญและความเฉพาะเจาะจง ดังนี้

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญก้าวสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆตามระยะพัฒนาการ เช่น ทารกในครรภ์และในกระบวนการคลอด ทารกแรกเกิด วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา รวมถึง หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีความต้องการการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงตามโครงสร้างและหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทา ลดความเครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากภาวะวิกฤตเช่น ขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียเพื่อน คู่ชีวิต ทรัพย์สินสมบัติ หรือการเปลี่ยนแปลงย้ายที่อยู่ เปลี่ยนงาน เป็นต้น

3. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self – Care Requisite: HDSCR) เป็นความต้องการที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรมและความเบี่ยงเบนของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และผลกระทบของความผิดปกติตลอดจนวิธีการวินิจฉัยโรค และการรักษา ความต้องการนี้ ได้แก่

3.1 มีการแสวงหาและคงไว้ซึ่งการช่วยเหลือที่เหมาะสม

3.1.1 รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการ

3.1.2 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันพยาธิสภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 รับรู้และสนใจในการป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงการรักษาหรือจากโรค

3.3 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์หรือภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.4 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลจากการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการตนเองอย่างต่อเนื่องและรู้จักการตั้งเป้าหมาย ที่เป็นจริงในการประเมินความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก และยังมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการ

4. ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors: BCFs) เป็นคุณลักษณะบางประการหรือปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ปัจจัยพื้นฐานนี้ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในบทบาทของพยาบาล ได้แก่ 11 ปัจจัย ดังนี้ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ สังคมชนบทรรมนิยมประเพณี ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมสภาพอยู่อาศัย แหล่งประโยชน์ต่างๆ ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care Deficit)

เป็นแนวคิดหลักในทฤษฎีของโอเรียม เพราะจะแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้มีได้ 3 แบบ ดังนี้

1. ความต้องการที่สมดุล (Demand is Equal to Abilities: TSCD = SCA)
2. ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ (Demand is Less than Abilities: TSCD < SCA)
3. ความต้องการมากกว่าความสามารถ (Demand is Greater than Abilities: TSCD > SCA) ในความสัมพันธ์ ของ 2 รูปแบบ แบบแรกนั้นบุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ถือว่าไม่มีภาวะพร่อง (no deficit) ส่วนในความสัมพันธ์ที่ 3 เป็นความไม่สมดุลของความสามารถที่มีไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจึงมีผลทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเองเป็นได้ทั้งบกพร่องบางส่วนหรือทั้งหมด และความพร่องในการดูแลตนเองเป็นเสมือนเป้าหมายทางการพยาบาล

ระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ การกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลได้รับการดูแลให้ถูกนำมาใช้ ปกป้อง และดูแลตนเอง โดยใช้ความสามารถทางการพยาบาล ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถและความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ ซึ่งระบบการพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระบบ โดยอาศัยเกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ

4.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System) เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการ โดยสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองและช่วยประคับประคองและปกป้องจากอันตรายต่างๆ และผู้ที่มีความต้องการระบบการพยาบาลแบบนี้ คือ

4.1.1 ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่จะกระทำอย่างจริงจัง ไม่ว่าจะรูปแบบใดๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติ หรือ ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว

4.1.2 ผู้ที่รับรู้และอาจจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับดูแลตนเองได้ และไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใดๆ ได้แก่ ผู้ป่วยด้านออร์โธพีดิกส์ที่ใส่เฝือกหรือกระดูกหลังหัก

4.1.3 ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต

4.2 ระบบทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory Nursing System) เป็นระบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยร่วมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ผู้ป่วยจะพยายามปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเท่าที่สามารถทำได้ ส่วนบทบาทของพยาบาลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างสำหรับผู้ที่ยังไม่สามารถกระทำได้ เพื่อชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้มีการพัฒนาความสามารถในอนาคต การพยาบาลระบบนี้ผู้ป่วยต้องมีบทบาทในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง ผู้ที่มีความต้องการการพยาบาลแบบนี้ คือ

4.2.1 ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจากโรคหรือการรักษา แต่สามารถเคลื่อนไหวได้

4.2.2 ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเองตามความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็น

4.2.3 ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System)

เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการ ปฏิบัติการดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแล ตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบเป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ป่วยกระทำเพื่อ ตอบสนอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยมีวิธีการกระทำได้ใน 5 วิธีดังนี้

1. การกระทำให้หรือกระทำแทน (Acting for or Doing for)
2. การชี้แนะ (Guiding Another) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการ กระทำ
3. การสนับสนุน (Supporting) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายาม และป้องกัน ไม่ให้เกิดความล้มเหลว
4. การสอน (Teaching) เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ
5. การสร้างสิ่งแวดล้อม

การกระทำให้หรือกระทำทดแทน (Acting for or Doing for) เป็นวิธีการช่วยเหลือที่ พยาบาลสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ซึ่งถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวจะต้องบอกให้ผู้ป่วย ทราบและต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยด้วย พยาบาลจะต้องช่วยผู้ป่วยในการหาข้อมูลการ ตัดสินใจและวางแผนการกระทำ การกระทำให้หรือกระทำทดแทนอาจจะไม่เหมาะสมที่จะใช้ปรับ พฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วย เช่น การงดสูบบุหรี่หรือ การผ่อนคลายความเครียดแต่อาจ จะเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหนักหรืออยู่ในภาวะวิกฤต หรือผู้ป่วยที่สูญเสียความสามารถทางด้าน ร่างกายและความรู้สึกนึกคิด หรือวิธีการดูแลตนเองนั้นยุ่งยาก ซับซ้อนต้องใช้เทคโนโลยีและเทคนิค เฉพาะ วิธีการกระทำให้หรือกระทำทดแทนนี้ยังมีความจำเป็นในทารกหรือเด็กเล็ก แต่ควรใช้วิธีอื่น ทดแทนเมื่อเด็กหรือผู้ป่วยพร้อมที่จะดูแลตนเองได้

การชี้แนะ (Guiding another) การชี้แนะเป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ สามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำ และตรวจตรา พยาบาลและผู้รับบริการช่วยเหลือจะต้องติดต่อซึ่งกันและกัน พยาบาลมักจะใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับวิธีการสนับสนุนการ

สนับสนุน (Supporting) เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของตนเอง หรือเป็นอุปสรรคน้อยที่สุด การสนับสนุนอาจเป็นคำพูด หรือกิริยาท่าทางของพยาบาล เช่น วิธีการมอง การสัมผัสหรือการช่วยทางด้านร่างกาย พยาบาลต้องทำให้เหมาะสมกับสถานการณ์และกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล

การสอน (Teaching) วิธีนี้เหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการพัฒนาความรู้ หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การสอนผู้ป่วยจึงต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรี และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วย ได้มีส่วนร่วมในการรู้จักควบคุมตนเอง ในบางครั้งปัญหาจะเกิดขึ้นถ้าทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยแตกต่างไปจากพยาบาล แต่พยาบาลต้องระลึกไว้เสมอว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่จะต้องตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่างๆในการดูแล เมื่อกลับไปบ้านผู้ป่วยหรือญาติอาจจะเลือกกระทำตามความรู้ความเข้าใจและการให้ความหมายต่อปัญหาและความเจ็บป่วยของเขา และพยาบาลจะต้องประเมินสิ่งเหล่านี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสอนและให้คำปรึกษาหลักในการสอนผู้ป่วย มีดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

1. สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้บุคคลโดยเฉพาะผู้ใหญ่มักจะเรียนรู้การดูแลตนเองบางอย่างมากแล้ว พยาบาลอาจต้องการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากโรค และหรือการรักษาที่ได้รับ เพื่อให้สามารถกลับไปดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน พยาบาลต้องไต่ถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยหรือรู้สึกว่าพยาบาลสนใจในทุกข์สุขของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและ นับถือในตัวพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น

2. เนื้อหาที่จะสอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม ประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ในการวางแผนการสอนเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น

3. ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้ ถ้าผู้ป่วยอ่อนเพลีย ได้ยากล่อมประสาท มีไข้สูง เสียความสมดุลของอิเล็กโทรลัยต์ มีภาวะเครียดมากเกินไป ย่อมมีผลต่อการเรียนรู้จึงต้องจัดประสานกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาพักและพร้อมที่จะเรียนรู้ แต่หากจำเป็นต้องสอนผู้ป่วยเวลานี้ จะต้องสอนโดยใช้คำพูดที่ชัดเจน กระชับ ได้ใจความไม่ใช้เวลามากเกินไป

4. การเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ในกระบวนการเรียนการสอน ซึ่งสามารถทำได้โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล หรือระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยด้วยกันเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกหัดการกระทำต่างๆ ในการดูแลตนเอง และมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติ พยาบาลไม่เพียงแต่จะสอนหลักการให้ผู้ป่วย แต่ควรจะต้องบอกเหตุผลของการกระทำ และวิธีการป้องกันความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยอีกด้วย

5. การประเมินโดยการไต่ถามผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยในการเรียนรู้ และพฤติกรรมพยาบาลจะต้องประเมินถึงความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายของการเรียนรู้ ชมเชยและให้กำลังใจในการปฏิบัติ พยายามหลีกเลี่ยงการตำหนิตัวคนเดียว เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเสียกำลังใจ

6. เนื้อหาและวิธีการสอนจะต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งพยาบาลจะต้องคำนึงถึงความแตกต่างและความเป็นปัจเจกบุคคล (Individual Person) ต้องคอยสังเกตและประเมินความเข้าใจและการยอมรับของผู้ป่วยด้วย

7. การมีสิ่งรบกวนโดยเฉพาะในหอผู้ป่วยหรือคลินิกตรวจผู้ป่วยจะเป็นอุปสรรคในการเรียนรู้พยาบาลจึงต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียน เช่น อาจกั้นม่านให้เป็นสัดส่วน

8. ความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้น สัมพันธภาพดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจะมีส่วนช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ป่วย และแม้ว่าการใช้สื่อการสอน เช่น เทป วิดีทัศน์ จะช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วย แต่การใช้สื่อการสอนมากเกินไปก็เป็นอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยได้

9. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รู้สึกถึงคุณค่าตัวเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจกระทำกร ด้วยตนเอง พยาบาลและผู้ป่วยมีการติดต่อวางแผนการดูแลร่วมกันการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางเป้าหมาย สิ่งแวดล้อมในที่นี้รวมถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติและการให้คุณค่าต่อการดูแลตนเอง การใช้ความสามารถในทางสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนมโนทัศน์และการพัฒนาทางด้านร่างกาย พยาบาลจะต้องจัดให้ผู้ป่วยมีโอกาสมี

ปฏิสัมพันธ์และติดต่อกลับตนเองและกลับบุคคลอื่น เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อที่จะให้คำแนะนำและสนับสนุน และวิธีการช่วยเหลืออื่นๆ (จันทรเพ็ญ นิยมพงษ์, 2550)

แนวคิดในเรื่องพลังความสามารถของโอเรียม นับได้ว่าเป็นแนวคิดใหม่ ซึ่งมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วยจะเห็นได้ชัดและแนวคิดนี้ อาจมีความเหมาะสมสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุขในการวิเคราะห์สาเหตุของความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อจะได้ช่วยแก้ไขได้ ภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติและดูแลตนเองได้ตามหลักการต่อไปนี้

ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations)

เป็นความสามารถที่จำเป็น และจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1. การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการ ในการปรับการดูแลตนเอง

2. การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับ สิ่งที่สามารถควร และจะกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

3. การลงมือปฏิบัติ (Productive Operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นจะเห็นว่าความสามารถทั้ง 3 ประการนี้ เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่างๆ ของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมาย

สรุปบุคคลจะสามารถปฏิบัติและดูแลตนเองได้ จะต้องมีการคาดการณ์สถานการณ์ของตนเอง แล้วปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองโดยการตัดสินใจกระทำและลงมือปฏิบัติ โดยมีหลักการประเมินความสามารถของตนเอง โดยการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

สรุป การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากเป็นแนวทางให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม ตามที่ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) สรุปการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเป็นการประเมินเพื่อให้ทราบถึงศักยภาพของบุคคลที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองนั้นประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ ได้แก่ ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ระดับ มีความสัมพันธ์ต่อกัน

คือ ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานเป็นรากฐานให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อ การดูแลตนเองหากขาดความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานย่อมส่งผลให้ขาดความสามารถใน การกระทำกิจกรรมอย่างจริงจังจะมีเป้าหมาย และไม่มีความสามารถจะลงมือปฏิบัติการเพื่อการ ดูแลตนเองได้

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

1. แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1.1 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model)

Pender (2006) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากทฤษฎีการเรียนรู้ ทางสังคม ซึ่งเน้นความสำคัญของสติปัญญาในการที่จะช่วยควบคุมพฤติกรรม แนวคิดนี้เชื่อว่า บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็น แบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้านด้วยกัน คือ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive Perceptual Factors) ของบุคคล ปัจจัยส่งเสริม (Modifying Factors) และสิ่งชักนำในการปฏิบัติ (Cues to Action) ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ (Cognitive Perceptual Factors) ปัจจัยนี้ นับเป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของบุคคล และที่สำคัญปัจจัยด้านนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ ประกอบด้วย

ความสำคัญของสุขภาพ (The importance of health) , การรับรู้การควบคุม สุขภาพ (Perceived Control of Health) , การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self Efficacy) , คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of Health) , การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) , การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Barriers of Health Promoting Behaviors)

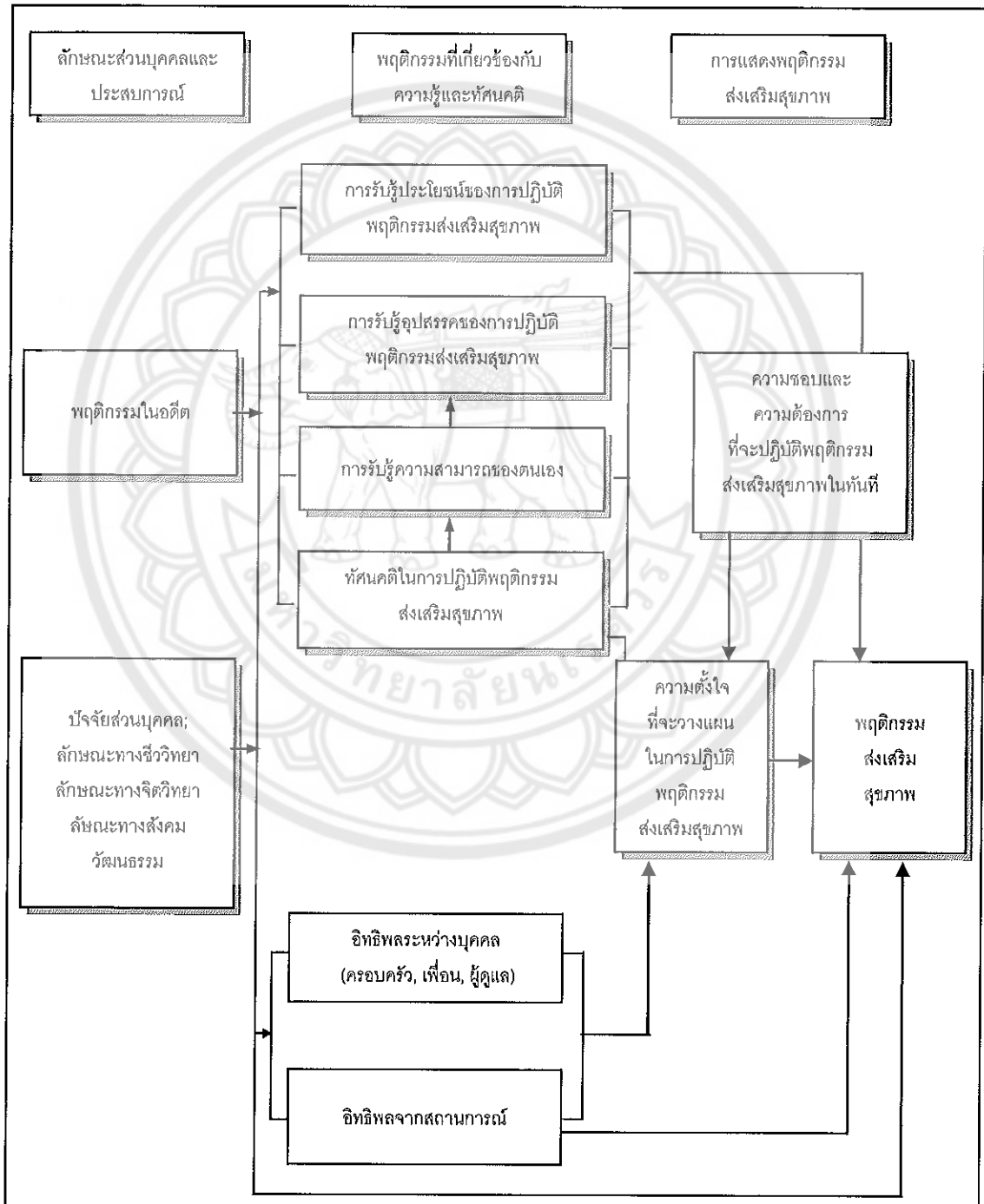
2. ปัจจัยส่งเสริม (Modifying Factors) จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพทางอ้อม โดยผ่านปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ ประกอบด้วย

ปัจจัยทางประชากร (Demographic Factors) , ลักษณะทางชีววิทยา (Biological Characteristics) , อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) , ปัจจัย สถานการณ์ (Situational Factors) และปัจจัยพฤติกรรม (Behavior Factors)

3. สิ่งชักนำในการปฏิบัติ (Cues to Action) มี 2 ลักษณะ คือ สิ่งชักนำ ภายใน เช่น การรับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง สิ่งชักนำภายนอก เช่น การพูดคุยสนทนากับบุคคลอื่น ล้วนมีส่วนผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริม

จากปัจจัยทั้ง 3 ด้าน คือปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ปัจจัยส่งเสริม และสิ่งชักนำในการปฏิบัติ Pender (1969) ได้มีการปรับปรุงแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพขึ้นใหม่ ดังในแผนภาพ 6

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพปรับปรุงใหม่



ภาพ 6 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพปรับปรุงใหม่

องค์ประกอบของพฤติกรรม

ครอนบาค (Cronbach Citing Serien, 1990, p. 14 อ้างถึงใน พัฒนา ทะนุชิต, 2548) อธิบายว่า พฤติกรรมของคนเรามีองค์ประกอบ อยู่ 7 ประการ คือ

1. ความมุ่งหมาย (Goal) เป็นความต้องการหรือวัตถุประสงค์ที่ทำให้เกิดกิจกรรม คนเราต้องทำกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการที่เกิดขึ้น กิจกรรมบางอย่างก็ให้ความพอใจ หรือสนองความต้องการได้ทันที แต่ความต้องการหรือวัตถุประสงค์บางอย่างก็ต้องใช้เวลา จึงจะสามารถบรรลุผลสมควรความต้องการ

2. ความพร้อม (Readiness) หมายถึง ระดับวุฒิภาวะ หรือความสามารถ ที่จำเป็นในการทำกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการ คนเราไม่สามารถสนองความต้องการได้หมด ทุกอย่าง ความต้องการบางอย่างอยู่นอกเหนือความสามารถของเขา

3. สถานการณ์ (Situation) เป็นเหตุการณ์ที่เปิดโอกาสให้เลือกทำกิจกรรม เพื่อสนองความต้องการ

4. การแปลความหมาย (Interpretation) ก่อนที่คนเราจะทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ลงไปเขาต้องพิจารณาสถานการณ์เสียก่อนแล้วตัดสินใจเลือกวิธีการที่คาดว่าจะได้ความพอใจมากที่สุด

5. การตอบสนอง (Response) เป็นการทำกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการ โดยวิธีการที่ได้เลือกแล้วในขั้นแปลความหมาย

6. ผลที่ได้รับหรือผลที่ตามมา (Consequence) เมื่อทำกิจกรรมแล้วย่อมได้รับการกระทำนั้น ผลที่ได้รับอาจจะตามีคาดคิดไว้ (Confirm) หรืออาจตรงกันข้ามกับความหมาย (Contradict) ก็ได้

7. ปฏิกริยาต่อความหวัง (Reaction to Thwarting) หากคนเราไม่สามารถสนองความต้องการได้ก็กล่าวได้ว่า เขาประสบกับความผิดหวัง ในกรณีเช่นนี้เขาอาจจะย้อนกลับไปแปลความหมายของสถานะเสียใหม่และเลือกวิธีการตอบสนองใหม่ก็ได้

2. แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาโดย Rosenstock เพื่อที่จะใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล (Rosenstock, 1966 as cited in Kemm, & Close, 1995) และใช้ในการดูแลตนเอง ดังกล่าวต่อไปนี้

องค์ประกอบของแบบจำลอง

แบบจำลองนี้ ประกอบด้วยมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม รายละเอียดเป็นดังนี้

1. การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ประกอบด้วย ตัวแปรย่อย 3 ตัว ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ภาวะคุกคาม

2. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่กระทบต่อความโน้มเอียง ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมโดยมีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ประกอบด้วย ปัจจัยย่อย 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านโครงสร้างและปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Likelihood of Action) ประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อย ที่มีผลต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ (Perceive Benefits) และการรับรู้อุปสรรค (Perceive Barriers)

อาจกล่าวได้ว่าการรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญ ในการกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ในขณะที่ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ เช่น การกระตุ้นเตือนการให้ข้อมูลที่ชัดเจน การสร้างความตระหนักจะเป็นสิ่งเน้นย้ำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ในการที่จะให้การพยาบาลผู้รับบริการ จำเป็นต้องมีความเข้าใจถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก ที่มีอิทธิพลต่อการคิด การกระทำของบุคคลในอีกรูปแบบหนึ่ง (Potter, & Perry, 1989) ความเข้าใจดังกล่าว จะช่วยให้สามารถวางแผนการส่งเสริมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้

1. ปัจจัยภายใน ได้แก่ ระยะเวลาการของบุคคล พื้นฐานด้านสติปัญญา การรับรู้การทำหน้าที่ของร่างกาย ปัจจัยด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ระยะเวลาการของบุคคล

ความคิดเห็นและแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาในแต่ละช่วงของชีวิตมนุษย์ เนื่องจากบุคคลมีพัฒนาการมากขึ้นตามวัย หากจะใช้แนวคิดในเรื่องของความเชื่อและการปฏิบัติทางด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานในการวางแผนการให้การ

พยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ จำเป็นจะต้องศึกษาและทำความเข้าใจถึงระดับการเจริญเติบโต และพัฒนาการของผู้รับบริการแต่ละคน

1.2 พื้นฐานด้านสติปัญญา

ความเชื่อทางด้านสุขภาพของบุคคลจะถูกกล่อมเกลียดด้วยสติปัญญา และการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการด้านสุขภาพอื่นๆ ก็เกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับระดับสติปัญญา และการเรียนรู้ของบุคคล

1.3 การรับรู้การทำหน้าที่ของร่างกาย

การที่บุคคลรับรู้การทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ หรืออีกคนหนึ่งรับรู้ว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพเนื่องจากป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายชนิด จะทำให้บุคคลทั้งสองปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน คือ ผู้ที่รับรู้ว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพหรือมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย จะพยายามดูแลรักษาสุขภาพและทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอมากกว่า

1.4 ปัจจัยด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ

ปัจจัยด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ มีอิทธิพลต่อความเชื่อและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือ ผู้รับบริการที่มีประสบการณ์การตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นในอดีตอย่างไรก็มักจะมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อความเครียดในปัจจุบันเช่นนั้น ดังตัวอย่างบุคคลที่มีความวิตกกังวลว่าความเจ็บป่วยกำลังคุกคามชีวิต หากเป็นผู้สงบเยือกเย็น ก็จะมีการตอบสนองทางอารมณ์เพียงเล็กน้อย ยอมรับและให้ความสนใจในอาการแสดงและเสาะหาการดูแลที่เหมาะสม ตรงกันข้ามกับบุคคลที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ก็จะปฏิเสธอาการแสดงที่ปรากฏและไม่ยอมรับการรักษา สำหรับความเชื่อทางศาสนาหรือจิตวิญญาณ จะสะท้อนให้เห็นได้จากการปฏิบัติของบุคคล เช่น ถ้าความเชื่อทางศาสนาให้ละเว้นจากการรักษาทางการแพทย์ ทุกชนิดในการเจ็บป่วยบางอย่างบุคคลก็อาจจะหลีกเลี่ยงในการไปรับการดูแลรักษาจากสถานบริการสุขภาพแผนปัจจุบัน

2. ปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อและการปฏิบัติด้านสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติของครอบครัว ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม และพื้นฐานทางวัฒนธรรม

2.1 การปฏิบัติของครอบครัว

แนวทางการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรักษาสุขภาพของสมาชิกครอบครัว จะได้รับอิทธิพลจากการปฏิบัติของบุคคลในครอบครัวเดียวกัน เช่น กรณีเด็กหรือวัยรุ่นที่มีพื้นฐานทางครอบครัวที่มีการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร

ชีวิต และพืชผักสมุนไพร มีการดูแลเอาใจใส่เรื่องสุขภาพ เสาะแสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ มาปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เมื่อโตขึ้นก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ เช่นนั้น

2.2 ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม มีผลต่อการตัดสินใจของบุคคลที่จะปฏิบัติหรือ หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น สตรีวัยเจริญพันธุ์เห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี แต่มีปัญหาด้านการเงิน ก็อาจไม่ไปตรวจสุขภาพได้ตามที่คาดหวัง

2.3 พื้นฐานทางวัฒนธรรม

วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อความเชื่อ การให้คุณค่า และการปฏิบัติที่เป็นธรรมเนียมสืบทอดกันมา ซึ่งจะมีผลต่อการเข้าหาระบบการดูแลสุขภาพ และการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพดี ในบางกลุ่มชนอาจจะไม่ยอมรับ และไม่ใช้ระบบการให้การดูแลสุขภาพ แต่จะปฏิบัติตามวิธีที่สืบทอดกันมา เช่น พยาบาลแนะนำให้กลุ่มสตรีวัยหมดระดูดื่มมัลติวิตามินเพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน แต่ผู้รับบริการเลือกที่จะรับประทานผักพื้นบ้านที่มีคุณค่าทางโภชนาการแทน เพราะนอกจากจะหาได้ง่ายในท้องถิ่น ยังประหยัดค่าใช้จ่ายและทำให้รู้สึกมีคุณค่าทางด้านจิตใจอีกด้วย

สรุป ในการที่จะให้การดูแลผู้รับบริการ จำเป็นต้องมีความเข้าใจถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการคิด การกระทำของบุคคลในอีกรูปแบบหนึ่ง รวมถึงความเข้าใจจะช่วยให้สามารถวางแผนการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดการจัดการตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self – management concept) เป็นแนวคิดที่กว้างมีการใช้อย่างแพร่หลาย การจัดการตนเองมีความสำคัญสำหรับการมีชีวิตร่วมกับการเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างผาสุก เพราะผู้ป่วยมีโอกาสที่จะปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค การจัดการกับโรคเรื้อรังส่วนใหญ่คือ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องทำเช่น การได้รับยา การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหรือการกระทำการป้องกันโรค (Newman, Steed, & Mulligan, 2004 อ้างถึงใน อรัญญา ชิดชอบ, 2551)

เครียร์ (Creer, 2000) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองเพื่อควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยสามารถติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเอง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมโรค โดยการส่งเสริมความรู้และทักษะในการ

จัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ซึ่งขั้นตอนนี้ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและการประเมินผล การตัดสินใจ การปฏิบัติและการประเมินผลการปฏิบัติ

แนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์ (Creer, 2000) ได้พัฒนาขั้นตอนการจัดการตนเอง ดังนี้

1. การตั้งเป้าหมาย (Goal Selection) คือ การกำหนดพฤติกรรมในอนาคตหรือสิ่งที่คาดหวังจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพควรร่วมกันตั้งเป้าหมายโดยการปรึกษาหารือ และกำหนดเป้าหมายร่วมกันจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งเป้าหมายที่ตั้งควรมีความเฉพาะเจาะจงสามารถวัดได้ จากนั้นเขียนเป็นแผนการปฏิบัติ เช่น การตั้งเป้าหมายในการควบคุมอาหาร จะไม่รับประทานอาหารรสเค็ม โดยจะไม่เติมน้ำปลาในอาหารที่ปรุงสำเร็จ จะไม่รับประทานอาหารหมักดอง เป็นต้น การตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกายโดยจะออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 4 ครั้ง นานครั้งละอย่างน้อย 30 นาที เป็นต้น การที่ผู้ป่วยจะสามารถตั้งเป้าหมายได้ ผู้ป่วยต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและทักษะในการจัดการกับโรคที่ตนเองเจ็บป่วย ข้อดีของการตั้งเป้าหมายคือ เป็นการกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นการเพิ่มข้อมูลแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

2. การรวบรวมข้อมูล (Information) เป็นการเฝ้าระวังตนเอง (Self-Monitoring) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 2 อย่าง คือ การสังเกตอาการตนเอง (Self-Observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (Self-Recording) การเฝ้าระวังตนเองเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้บรรลุตามเป้าหมาย และการจัดการตนเองได้สำเร็จ ซึ่งมีแนวทางในการเฝ้าระวังตนเอง 3 ประการ (Creer, 2000 as cited in Wattana, 2006) คือ

2.1 ควรเฝ้าระวังเฉพาะอาการที่กำหนดไว้เป็นพฤติกรรมเป้าหมาย เพราะหากทำการเฝ้าระวังอาการต่างๆ มากเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยล้าได้

2.2 ควรกำหนดวัตถุประสงค์ที่สามารถวัดได้ เช่น การออกกำลังกายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2.3 ควรสังเกตและบันทึกข้อมูลซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยควรสังเกตและบันทึกข้อมูลในช่วงเวลาที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพกำหนดไว้ เช่น การวัดความดันโลหิตวันละ 2 ครั้ง เป็นต้น

3. การประมวลผลและประเมินข้อมูล (Information Processing and Evaluation) คือ การนำข้อมูลที่รวบรวมมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจเป็นค่ามาตรฐานสากล หรือค่าเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ความดันโลหิตของผู้ป่วยไม่ควรสูงเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท เป็นต้น ซึ่งมีแนวโน้มในการวิเคราะห์และประเมินข้อมูล ดังต่อไปนี้ คือ

3.1 ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง การประมวลผลและประเมินข้อมูลที่ผู้ป่วยสังเกตและบันทึกสิ่งที่ไม่ยาก หากเป็นการรวบรวมที่สามารถวัดได้ เช่น การเฝ้าระวังเรื่องความดันโลหิต หากให้ผู้ป่วยทำการเฝ้าระวังและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เป็น เช่น อาการปวดศีรษะหรืออาการปวดเรื้อรัง จะเป็นสิ่งที่ยากสำหรับผู้ป่วยทั้งนี้ผู้ป่วยต้องสามารถรับรู้ถึงอาการ ที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติหรือจากระดับที่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยอาการปกติหรือระดับที่เหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกันไป ข้อมูลนี้เป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่มีเพียงผู้ป่วยเท่านั้นที่รับรู้ได้ มีการกำหนดเป้าหมายและฝึกทักษะในการเฝ้าระวังเฉพาะอาการที่เป็นเป้าหมาย

การมีแบบบันทึกหรือประเมินอาการที่เปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนและมีมาตรฐานแน่นอนเพื่อเป็นแนวทางในการประเมินตนเองและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ตัวอย่างเช่น แบบบันทึกค่าความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบบันทึกค่าอัตราการไหลของอากาศสำหรับผู้ป่วยโรคหอบหืด เป็นต้น

3.2 ผู้ป่วยสามารถประเมินและตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่รวบรวม สามารถตัดสินใจได้ง่ายตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เช่น การเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตที่วัดได้กับค่ามาตรฐาน หากสูงมากกว่าค่ามาตรฐาน แสดงว่ามีความดันโลหิตสูงแต่ในรายที่เป็นการเปรียบเทียบอาการ อาจทำได้ยาก ผู้ป่วยอาจมีความคลุมเครือ จึงต้องสอนให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับอาการที่สำคัญของโรคและวิธีการสังเกตตนเอง เช่น สอนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับอาการที่แสดงว่าอาจมีความดันโลหิตสูง เช่น ปวดศีรษะ มึนศีรษะ หน้ามืดตาลาย เป็นต้น ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตร่วมด้วยเพื่อยืนยันว่าเป็นอาการของความดันโลหิตสูงจริง

3.3 ผู้ป่วยต้องเรียนรู้การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอาการนำและสามารถแก้ไขอาการดังกล่าวด้วยตนเอง การวิเคราะห์อาการนำ พฤติกรรมที่ทำให้เกิดและผลที่เกิดตามมาจากการกระทำนั้น เป็นการเตรียมข้อมูลที่จำเป็นสำหรับตัดสินใจเลือกแนวทางที่ดีที่สุด โดยวิธีการเดิน 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที เป็นต้น ทั้งนี้การประมวลผลและประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วยของตนเอง ควรคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อม เช่น ความสะดวกในการปฏิบัติ การเรียนรู้วิธีการและพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ความเชื่อและค่านิยม มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

4. การตัดสินใจ (Decision Making) เป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเองหลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูล ประมวลผลและประเมินข้อมูลของตนเอง เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลเหล่านี้เป็นพื้นฐาน การตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นแก่นของความสำเร็จในการจัดการตนเอง

5. การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังผู้ป่วยจะประสบความสำเร็จได้ต้องมีอิสระในการปฏิบัติเป็นขั้นตอน ตามแนวทางที่วางแผนไว้สำหรับตนเองและยังขึ้นอยู่กับตัวแปรแวดล้อม เช่น ความสะดวกหรือสิ่งที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติทักษะการจัดการด้วยตนเอง

6. การประเมินตนเอง (Self-Reaction) หมายถึง การประเมินผลการปฏิบัติของตนเองจากการประเมินนี้บุคคลสามารถคาดการณ์ถึงการปฏิบัติจริงหรือฝึกทักษะเพิ่มเติม ผู้ที่มีโรคเรื้อรังควรทราบถึงข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติและการประเมินตนเอง เพื่อให้สามารถคงทักษะการจัดการตนเองอยู่ต่อไป

ผลการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแนวคิดการจัดการตนเองเป็นที่สนใจนำไปใช้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเป็นรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องของอาการเจ็บป่วยเรื้อรังในการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนและคงไว้กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย รูปแบบการจัดการตนเองมี 3 รูปแบบ คือ รูปแบบการจัดการตนเองโดยตรง รูปแบบการประสานงานและรูปแบบการจัดการตนเอง แบบสนับสนุนประสิทธิภาพของการจัดการตนเอง ขึ้นอยู่กับการดูแลร่างกายและจัดการกับภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง การประยุกต์กิจกรรมในแต่ละวัน การจัดการตนเองสามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น จากกระบวนการจัดการตนเองโดยตรง เป็นการประสานงานกับทีมสุขภาพหรือ เป็นระบบสนับสนุนเพิ่มเติม ด้วยความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) การยอมตามหรือการปฏิบัติคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสม (Lorig, & Holman, 2003) ได้มีผู้นำแนวคิดการจัดการตนเองของแครีเยอร์ (Creer, 2000) ไปศึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น การศึกษาของมยูลี สำราญญาตี ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งและการรักษา การบรรเทาความปวดแบบใช้ยา การบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยาและฝึกฝนทักษะการจัดการตนเอง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของความเจ็บปวดต่ำกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และพบว่า กลุ่มทดลองมีการควบคุมความเจ็บปวด สูงกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

จากการทบทวนงานวิจัยที่ใช้แนวคิดการจัดการตนเองควบคุมโรคเบาหวาน ของคีนส์นีย์ กองสกุล (2553) พบว่า ภายหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามการที่บุคคลจะสามารถจัดการตนเอง เพื่อปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารและการลดน้ำหนักได้อย่างเห็นผล จำเป็นต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ซึ่งเครียร์ (Creer, 2000) ให้ความเห็นว่าการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพ เป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลมีการจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเองได้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งร่วมมือกับบุคลากรทีมสุขภาพในการควบคุมโรคและการเจ็บป่วยให้มีประสิทธิภาพ (Creer, 2000) หากบุคคลมีความเชื่อมั่นหรือรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งได้ในระดับสูง จะมีแนวโน้มที่เอาใจใส่และพยายามกระทำพฤติกรรมนั้น ให้ประสบความสำเร็จดีกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหรือเชื่อมั่นในความสามารถของตนในระดับต่ำ (Jekel, Katz, Elmore, & Wild, 2007)

ผลการศึกษาพบว่า การประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองและทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการควบคุมโรค การใช้แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสามารถเพิ่ม คุณภาพชีวิตในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญ (Wattana et al., 2007) ดังนั้น การสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อการลดระดับน้ำตาลจำเป็นต้องทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและลงมือปฏิบัติให้ไปถึงเป้าหมาย พร้อมทั้งติดตามประเมินผลและแก้ไขปรับเปลี่ยนการปฏิบัติเพื่อให้สามารถลดระดับน้ำตาลของตนเองได้ตามที่มุ่งหวัง ตามลำดับขั้นตอน 6 ขั้นตอน ของเคียร์ (Creer, 2000) ตามโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น โดยได้กล่าวพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานไว้ด้วย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

สำหรับความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่เป็นผลดีต่อการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมทั้งคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ โดยงานวิจัยนี้มุ่งหวังให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองต่อการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นรายด้าน โดยอาศัยแนวคิดจากการศึกษางาน ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ด้านการบริโภค

ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานอาหารที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับโรค การรับประทานอาหารหลักสำคัญ คือ รับประทานอาหารให้เป็นมื้อๆ โดยทั่วไปควรรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ในปริมาณที่สม่ำเสมอ ไม่รับประทานอาหารจุบจิบ ผู้ป่วยเบาหวาน ควรควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และเลือกชนิดอาหารให้เข้ากับวิถีชีวิตของตน มีการวางแผนร่วมกับครอบครัวในการปรุงแต่งอาหารให้เข้ากับโรค โดยพลังงานที่ได้รับ ขึ้นอยู่กับกิจกรรมของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542; กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ดังนี้

1. อาหารที่ห้ามรับประทาน
 - 1.1 น้ำตาลทุกชนิด รวมทั้งน้ำผึ้งด้วย ขนมหวาน และขนมเชื่อมต่างๆ เช่น ทองหยิบ ฝอยทอง ขนมชั้น สังขยา ฯลฯ
 - 1.2 ผลไม้กวน เช่น มะม่วงกวน ทูเรียนกวน สับปะรดกวน ฯลฯ
 - 1.3 น้ำหวานต่างๆ นมรสหวาน รวมทั้งน้ำอัดลม และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เช่น ชา กาแฟ รวมทั้งเหล้า เบียร์ด้วย
 - 1.4 ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน องุ่น ลำไย มะม่วงสุก ขนุน ละมุด น้อยหน่า ลิ้นจี่ อ้อย ผลไม้แช่อิ่ม หรือน้ำตาลทั้งหลาย
 - 1.5 ของขบเคี้ยวทอดกรอบ และอาหารชุบแป้งทอดต่างๆ เช่น ปาท่องโก๋ ก๋วยเตี๋ยวทอด ข้าวเม่าทอด
2. อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดปริมาณ ผักทุกชนิด (ยกเว้นผักประเภทที่มีแป้งมาก ได้แก่ พักทอง ถั่วลิสงเตา แครอท สะเดา)
3. อาหารที่รับประทานได้ แต่ต้องจำกัดปริมาณ อาหารพวกแป้ง ข้าว ฝึอก มัน ถั่วเมล็ดแห้งต่างๆ ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน บะหมี่ ขนมปัง มักกะโรนี เป็นต้น
4. อาหารที่ควรลดการรับประทาน ได้แก่
 - 4.1 อาหารไขมัน เช่น ขาหมู ข้าวมันไก่ หมูสามชั้น หรืออาหารทอด
 - 4.2 อาหารสำเร็จรูป หรืออาหารพิเศษ สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เช่น น้ำตาลจากผลไม้
 - 4.3 ผักประเภทหัว (ที่มีน้ำตาลหรือแป้งมาก) เช่น หัวผักกาด พักทอง หัวหอม กระเจี๊ยบ ผักตระกูลถั่ว หัวปลี เป็นต้น
 - 4.4 ผลไม้บางอย่าง เช่น ส้ม เงาะ สับปะรด มะละกอ ฝรั่ง กัลย เป็นต้น ควรรับประทานพอประมาณ
 - 4.5 ควรเลือกใช้น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด แทนไขมันจากพืชบางอย่าง เช่น กะทิ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม

ข้อควรปฏิบัติในการควบคุมอาหาร

1. เลือกรับประทานอาหารโดยคำนึงถึงพลังงานที่ได้ตามประเภทของอาหารคือ
 - 1.1 พลังงานจากคาร์โบไฮเดรต (แป้ง) ประมาณ 55- 60 %
 - 1.2 พลังงานจากโปรตีน (เนื้อสัตว์) ประมาณ 15 – 20 %
 - 1.3 พลังงานจากไขมัน ประมาณ 25 %
2. ผู้ที่มีน้ำหนักเกิน ต้องลดปริมาณลง อาจจะไม่เหลือเพียงครึ่งหนึ่งของที่เคยรับประทาน ห้ามรับประทานน้ำตาลและของหวานทุกชนิด รวมทั้งอาหารมันๆและของทอดด้วย
3. เลือกรับประทานอาหารที่มีใยมาก เช่น ข้าวซ้อมมือ อาหารประเภทผักต่างๆ หรือ เม็ดแมงลัก ซึ่งจะช่วยระบายอ่อนๆ ด้วย
4. อย่ารับประทานจุจิกและไม่ตรงเวลา ถ้าพลาดมื้ออาหารไปอาจเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไปได้
5. รับประทานในปริมาณที่สม่ำเสมอและคงที่ ไม่ควรรับประทานมากเกินไปหรือน้อยเกินไปในบางมื้อ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดควบคุมได้ยาก
6. ผู้ที่เป็นความดันเลือดสูงหรือโรคไตร่วมด้วย ไม่ควรรับประทานอาหารรสเค็มหรือควร จะลดปริมาณการรับประทานอาหารรสเค็ม แม้ว่าปัจจุบันจะยังไม่มีวิธีการใดสามารถรักษา โรคเบาหวานให้หายขาดได้แต่มีวิธีการที่ควบคุมมิให้อาการรุนแรงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ โดยมีแนวทางการรักษาพยาบาล ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และ/หรือการ รับประทานอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องเนื่อง ตลอดจนการรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ ผู้ป่วยเบาหวานจึงต้องมีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้องเหมาะสมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข

ด้านการออกกำลังกาย

ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการรักษา อาจเกิดการสูญเสียทางสายตา มีโรคแทรกซ้อน ระบบหัวใจ ไต ระบบไหลเวียนโลหิต หรือ กระทั่งถึงแก่ความตาย และสาเหตุสำคัญก็คือ การที่ ร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลิน ในการดึงเอาน้ำตาลในเลือดไปใช้ในเนื้อเยื่อต่างๆ ทั่วร่างกาย การ ออกกำลังกาย มีส่วนช่วยเสริมในการบำบัดรักษาโรคเบาหวาน คือเป็นหนึ่งในสามส่วนของ (สมจิต หนูเจริญกุล, และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542)

การรักษา ได้แก่ การควบคุมอาหาร การรักษาด้วยยา และการออกกำลังกาย การออก กายอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องฉีดอินซูลิน ได้รับการวิจัยจนเป็นที่ยอมรับแล้วว่า สามารถช่วยเพิ่มการทำงานของอินซูลินที่มีอยู่ในร่างกายได้ ทำให้สามารถนำน้ำตาลในกระแสเลือด เข้าไปใช้ในเซลล์เนื้อเยื่อต่างๆได้ตามปกติ ผู้ป่วยเบาหวาน

มักมีระดับไขมันในเลือดสูงด้วย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจ แต่การออกกำลังกายจะส่งผลโดยตรงต่อการลดระดับโคเลสเตอรอล และต่อการลดน้ำหนักตัวด้วย ดังนั้น การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานจึงเกิดประโยชน์หลายทาง รวมทั้งการลดปัญหาแทรกซ้อนจากโรคหัวใจนี้ ผลการศึกษาวารสารทางการแพทย์ของต่างประเทศพบว่าผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะเป็นโรคเบาหวานจากการตรวจเลือด เมื่อออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานลงได้เกือบครึ่งหนึ่ง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกาย จึงกล่าวได้ว่าการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม ช่วยป้องกันโรคเบาหวานได้ เหตุผลสนับสนุนง่าย ๆ ก็คือ การออกกำลังกายช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในเรื่องไขมัน ดังนั้นการออกกำลังกายเพื่อลดหรือป้องกันน้ำหนักตัวมากเกินไป จึงช่วยป้องกันโรคเบาหวานได้ผู้ป่วยเบาหวานแบ่งตามการรักษาได้ 2 กลุ่ม (สมจิต หนูเจริญกุล, และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) คือ กลุ่มที่จำเป็นต้องฉีดอินซูลินกับกลุ่มที่ไม่จำเป็นต้องฉีดอินซูลิน การออกกำลังกายสามารถทำได้ ในผู้ป่วยเบาหวานทั้งสองกลุ่ม ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่จำเป็นต้องฉีดอินซูลินได้รับการสนับสนุนให้ออกกำลังกายมากที่สุด ทั้งนี้เพราะมีผลแทรกซ้อนจากการออกกำลังกายน้อยกว่า และได้ผลดีจากการออกกำลังกายมากกว่า เพราะสามารถกระตุ้นการทำงานของอินซูลินที่ยังมีอยู่พอสมควรในร่างกายส่วนผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่จำเป็นต้องฉีดอินซูลิน การออกกำลังกายให้ประโยชน์ในการเพิ่มความพร้อมของระบบหัวใจ และการไหลเวียนโลหิต ช่วยลดน้ำหนักตัว และช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อนทางหัวใจได้ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มแผนการออกกำลังกายอย่างจริงจัง เพราะอาจต้องปรับลดขนาดยาอินซูลินที่ฉีดก่อนการออกกำลังกาย และควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ในการออกกำลังกายและข้อควรระวัง อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดแล้ว นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดบาดแผลที่บริเวณเท้า ดังนั้น การออกกำลังกายจึงควรเลือกประเภทที่ไม่มีผลต่อการบาดเจ็บที่เท้า เช่น การว่ายน้ำ และการปั่นจักรยานจากการวิจัยพบว่า เมื่อคนเราออกกำลังกายเป็นจังหวะอย่างต่อเนื่องนานเกินกว่า 30 นาที ร่างกายจึงจะกระตุ้นให้มีการนำเอาน้ำตาลในเลือด ไปใช้งานในเซลล์เนื้อเยื่อต่างๆ

ดังนั้น การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน จึงควรออกกำลังกายเกินกว่า 30 นาที โดยควรมีช่วงของการอุ่นเครื่อง 10 นาที และช่วงของการเบาเครื่อง 10 นาที ด้วยช่วงของการออกกำลังกายเกินกว่า 30 นาที (สมจิต หนูเจริญกุล, และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) จะช่วยให้ร่างกายนำน้ำตาลในเลือดเข้าสู่เซลล์เนื้อเยื่อช่วงของการอุ่นเครื่อง คือ การออกกำลังกายเป็นจังหวะช้าๆ ช่วยป้องกันการบาดเจ็บของเอ็นและไขข้อได้ช่วงของการเบาเครื่อง คือ การพักผ่อนกำลังในการออกกำลังกายลง ช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อนทางหัวใจ ทั้งนี้เพราะหากหยุดออกกำลังกาย

ทันที เลือดที่กระจายอยู่ตามแขนขาเนื่องจากการขยายตัวของหลอดเลือดจากการออกกำลังกาย จะไหลเทกลับเข้าสู่หัวใจ อย่างรวดเร็วทำให้หัวใจรับภาระการทำงานสูบฉีดเลือดมากเกินไป ซึ่งอาจเกิดอันตรายได้ สังเกตได้จากการที่หัวใจเต้นแรงมาก เมื่อหยุดการออกกำลังกายในทันทีทันใด การออกกำลังกายอย่างมีจังหวะและสม่ำเสมอ นั้น ถือเอาการใช้กำลังน้อย แต่ใช้ระยะเวลาอันนานเป็นหลัก คือให้ออกแรงเพียงครึ่งหนึ่งของความสามารถสูงสุด เช่น หากออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยานอยู่กับที่ หรือ ออกกำลังกายด้วยความเร็วเพียงร้อยละ 50 ของความเร็วสูงสุดที่ปั่น

ข้อควรปฏิบัติ และข้อควรระวังในการออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดผลร่วมกับการปรับขนาดยาอินซูลิน และอาหาร อย่างน้อย 3 ครั้งต่ออาทิตย์ ครั้งละ 45 นาทีขึ้นไป ควรออกกำลังกายในเวลาเดียวกันของแต่ละวัน ระวังระวัง เป็นพิเศษกับเท้าของตนเอง โดยพยายามหลีกเลี่ยงกีฬา หรือการออกกำลังกายที่ก่อให้เกิดความเครียดของเท้า หรือทำให้เกิดการบาดเจ็บที่เท้าได้ง่ายๆ เช่น การวิ่ง และการกระโดด เป็นต้น ตรวจสอบแผลขูดขีด ตุ่มพอง และการอักเสบติดเชื้อตามแขนขาอย่างสม่ำเสมอ รองเท้าสำหรับนักกีฬาเป็นสิ่งสำคัญ ควรมีไว้ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ ควรพกอาหารหรือเครื่องดื่มไว้เสมอ เช่น น้ำตาลก้อน เพื่อเตรียมไว้แก้ไขปัญหาน้ำตาลในเลือดต่ำ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่จำเป็นต้องฉีดอินซูลินจะต้องคำนึงถึงระยะเวลาในการออกกำลังกาย ปริมาณอินซูลินที่ฉีด และตำแหน่งของการฉีดด้วย อย่าฉีดอินซูลินลงกล้ามเนื้อหลังที่ใช้ออกกำลังกาย ทั้งนี้เพราะจะทำให้เกิดจุดซึมอินซูลินอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้น้ำตาลในเลือดต่ำซึ่งอาจช็อคได้ (สุรเกียรติ อชานานุกาพ, 2551)

การออกกำลังกายมีผลในการรักษาโรคเบาหวานและเป็นหนึ่งในสามส่วนของการบำบัดรักษาโรคเบาหวาน (การควบคุมอาหาร การใช้ยา และการออกกำลังกาย) โดยช่วยกระตุ้นให้ การทำงานของอินซูลินดีขึ้น และได้ผลดีกับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่จำเป็นต้องฉีดอินซูลิน ช่วยลดปัญหาแทรกซ้อนโรคหัวใจนอกจากนี้ การออกกำลังกาย ยังได้ผลชัดเจนในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน เน้นที่ การออกกำลังกายอย่างมีจังหวะและสม่ำเสมอเกินกว่า 30 นาทีด้วยแรงหรือความเร็วร้อยละ 50-70 คือเพียงครึ่งหนึ่งของที่ทำได้สูงสุด ควรมีช่วงอุ่นเครื่องและช่วงเบาเครื่องที่ยาวนานกว่าปกติด้วย ข้อควรระวังที่สำคัญ คือ การบาดเจ็บที่เท้า และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่อาจเกิดขึ้นได้ (สุรเกียรติ อชานานุกาพ, 2551)

ด้านอารมณ์

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา

ต่อเนืองตลอดชีวิต รวมทั้งต้องดูแลตนเองเป็นพิเศษ รับประทานยาสม่ำเสมอ รับประทานอาหารเฉพาะโรค การพักผ่อนและออกกำลังกายต้องมาตรวจสุขภาพตามนัดอย่างสม่ำเสมอ สิ่งเหล่านี้ที่มีผลกระทบต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ ดังนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และสวิง สุวรรณ, 2535) ภาวะเครียดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงระดับของฮอร์โมน เช่น Glucagon, Cortisol และ Catecholamines ซึ่งมีผลทำให้ระดับน้ำตาลสูงขึ้นได้ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เป็นต้น การศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน ต่อการเป็นโรคพบว่า ผู้ป่วยคำนึงถึงผลกระทบจากโรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และการควบคุมอาหารเป็นอันดับแรก รองลงมา คือ การวิตกกังวลเกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อน (หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์, 2540)

ในการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาเรื่องอารมณ์ ด้วยการจัดกิจกรรมด้านอารมณ์มีความจำเป็นต้องจัดกิจกรรมที่มีรายละเอียดซับซ้อน และมีผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช ด้วยระยะเวลาในการทดลองมีอย่างจำกัด จึงไม่สามารถจัดกระทำได้หลายๆ ด้าน อีกทั้งผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเข้ากลุ่ม ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ จึงไม่ส่งผลกระทบให้กลุ่มตัวอย่างวิตกกังวล หรือมีภาวะเครียดเท่ากับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

ด้านการใช้ยา

การใช้ยารักษาโรคเบาหวานมีความจำเป็นที่การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายไม่ได้ผล โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด เพื่อป้องกันการเกิดอาการอันเกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงและป้องกันมิให้เกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวานและสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติที่สุดยาที่ใช้ลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ปัจจุบันมี 2 ประเภท (เทพ หิมะทองคำ, 2555) คือยาที่รับประทาน (Oral Hypoglycemic Agents) และยาฉีด (Insulin Preparation) ยารับประทาน (Oral Hypoglycemic Agents) แพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยชนิดและขนาดยาที่ผู้ป่วยเบาหวาน จะได้รับการเพิ่มขนาดของยาต้องสัมพันธ์กับภาวะของโรคในผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการเก็บรักษา ยา การรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติและการแก้ไขเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน และการเก็บรักษาควรเก็บในขวดหรือซองที่ปิดสนิทเก็บไว้ในที่เย็น ไม่ควรทิ้งยาดกแดดเพราะอาจจะทำให้ยาเสื่อมคุณภาพ ถ้าเป็นยาบรรจุแผงให้แกะใช้เป็นวันๆ ไม่ควรแกะใส่ขวดไว้ ห้ามเก็บยาในตู้เย็นเพราะอาจจะทำให้ยาอับชื้นและเสื่อมคุณภาพ การรับประทานยาให้รับประทานยาก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง เพื่อให้ยาดูดซึมก่อนออกฤทธิ์ เพราะยาบางตัว การดูดซึมอาจลดลงมากหากรับประทานยาพร้อมหรือหลังอาหาร ไม่ควรปรับขนาดหรือเปลี่ยนยาเอง หากมีปัญหาควรปรึกษาแพทย์ หลีกเลี่ยงยารักษาโรคโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่งเพราะอาจทำให้เสริมฤทธิ์หรือ

ออกฤทธิ์ต้านกันได้ โดยเฉพาะยาแอสไพริน ยาคุมกำเนิด ยาขับปัสสาวะ โดยยาเหล่านี้จะต่อต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ทำให้ยาไม่ได้ผล และไม่ควรรับประทานยา ร่วมกับการดื่มสุราสังเกตอาการผิดปกติ การใช้ยาเกินขนาดทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ หมดสติและเสียชีวิตได้ง่าย หลังรับประทานยาถ้ามีอาการใจสั่น มึนงง หน้ามืด แขนงหน้าออก เหงื่อออก ควรรับประทานอาหารทันที

งานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้นำทฤษฎีความสามารถตนเอง มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา ดังนี้

นิตย เสรยศสกุล, และศุภาวดี ลิ้มปพานนท์ (2540) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 ราย หลังการศึกษา พบว่า หลังจากกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีความรู้และปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยการสอนเรื่องโรคและการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ ติดตามสนับสนุน และให้ความรู้ต่อเรื่องที่บ้านและประเมินซ้ำอีกครั้ง หลังจากนั้น 4 สัปดาห์

ธิดา กิจจาชาญชัยกุล (2542) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ การผ่อนคลายความเครียด และการรับประทานรักษาโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ชูศรี เมฆหมอก, จันทร์ฉาย ตระกูลดี, และสายฝน ม่วงคุ้ม (2543, น. 78-87) การศึกษาผลของการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน หลังการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายมีพฤติกรรม การดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยการศึกษาแบบกึ่งทดลองจากผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 ราย แต่วิจัยนี้ ยังไม่ได้ศึกษาถึงผลของการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน (2544) ศึกษาถึงผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้เรียนรู้จากตัวแบบบุคคลเป็นระยะเวลา 2 วันก่อนผ่าตัด ผลกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการผ่าตัด ทั้งในระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ สรุปได้ว่าการช่วยให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นโดยใช้ตัวแบบบุคคล ช่วยให้บุคคลมีความมั่นใจในพฤติกรรมใหม่ได้สำเร็จ

จำพูนศรี พรหมมีเนตร (2544) ได้ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะสุขภาพ และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในผู้ใส่ขาเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ใส่ขาเทียมจำนวน 150 ราย ใช้เครื่องมือการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามและสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะสุขภาพ และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ใส่ขาเทียม ผลวิจัยพบว่า ผู้ที่ใส่ขาเทียมส่วนใหญ่มีความรับรู้ความสามารถของตนเองการรับรู้ภาวะสุขภาพและวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

เดือนใจ เสือดี, และสุวรรณี ศรประสิทธิ์ (2545, น.11 - 28) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในเขตอำเภอเมืองนครสวรรค์หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 72 ราย โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยขณะให้บริการเยี่ยมบ้าน หลังการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาเรียงลำดับ จากมากไปน้อย ดังนี้ ไม่รู้เกี่ยวกับวิธีการแก้ไขภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดผิดปกติ (ร้อยละ 93.7) ไม่รู้ถึงภาวะแทรกซ้อนและ การป้องกันโรค (ร้อยละ 93.1) ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (ร้อยละ 90.3) ไม่รู้สาเหตุของโรค (ร้อยละ 68.0) ไม่รู้วิธีการควบคุมโรคเบาหวาน อาหารและการออกกำลังกาย (ร้อยละ 34.4) และไม่มีถึงอาการแสดงออกของโรค (ร้อยละ 16.7) และพบว่ามี การปฏิบัติตนไม่ถูกต้องเรียงจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ดูแลด้านจิตใจไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 82.0) ดูแลเท้าตนเองถูกต้อง (ร้อยละ 62.5) ออกกำลังกายไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 59.7) รับประทานอาหารเพื่อควบคุมเบาหวานไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 50.0) รับประทานยาหรือฉีดยาเบาหวานไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 47.1) จากงานวิจัยนี้สามารถนำปัญหาความบกพร่องด้านความรู้และปฏิบัติ ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยไปใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้และตรวจสอบพฤติกรรมต่อไป

สร้อยจันทร์ พานทอง (2545) ได้ศึกษาผลของการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ได้รับการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีค่าความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดงลดลงกว่าผู้ที่ได้รับคำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุธี แซ่ท้อ (2546) ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย และสมรรถภาพปอดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเสีียงรายประชาชนุเคราะห์ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 20 โดยกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการแนะนำตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย 5 ครั้งประกอบด้วย กิจกรรมการฝึกการบริหารการหายใจร่วมกับการบริหารร่างกาย การชมวีดิทัศน์การออกกำลังกาย การชมเขยและการให้กำลังใจ การเตรียมความพร้อมทางร่างกายและอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายและค่าเฉลี่ยของ fev1 สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และมีสมรรถภาพปอดดีขึ้นจากเดิม

ศศิธร ชิดยานี (2547, น. 57-66) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของโรงพยาบาลอุดรดิศตต์และโรงพยาบาลพระยาพิชัยดาบหักจำนวน 24 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มควบคุม จำนวน 11 ราย ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง จำนวน 13 ราย ซึ่งได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายเป็นเวลา 5 สัปดาห์ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 8 ประเภท ได้แก่ เนื้อสัตว์ ขาว ไขมัน ผัก ผลไม้ นมและผลิตภัณฑ์น้ำและเครื่องดื่ม และเครื่องดื่มที่ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยให้ความเห็นว่า การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้ซึ่งผลจากการวิจัยนี้ สามารถนำมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานได้

ปราณี ลัดดาจันทร์โชติ (2548) ได้ประยุกต์ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนร่วมกับกระบวนการกลุ่ม จัดโปรแกรมการอบรมการรับรู้ความสามารถตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.002 โดยการอบรมใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง 4 วิธี คือ การให้ข้อมูลและความรู้พร้อมเอกสารประกอบ การฝึกทักษะเรื่องการเลือกอาหารและการออกกำลังกาย การใช้ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง การให้คำปรึกษา แนะนำ ชี้นำแนวทางดูแลตนเองและสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจ

นงนุช โอบะ (2549) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะควบคุมโรคเบาหวานของบุคคลโรคเบาหวานในครอบครัวโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎี การบรรลุเป้าหมาย เป็นแนวคิดหลักร่วมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานหลังการทดลองทันทีที่สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ค่าเฉลี่ยความรู้หลังการทดลอง 6 สัปดาห์ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยเจตคติต่อโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองหลังทดลองทันทีและหลังทดลอง 6 สัปดาห์สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.001 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและด้านการดูแลสุขภาพตนเองหลังทดลอง 6 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองสูงกว่าหลังการทดลองทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และภาวะควบคุมโรคประเมนจากระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 และ 0.01 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกัน ตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายและการทำพันธะสัญญาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารได้ การวิจัยนี้ยังพบตัวแปรอื่น ได้แก่ ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน สถานะในครอบครัว และอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคเบาหวาน

วราภรณ์ หนู่มศิริ (2549) ศึกษาเชิงพรรณนา วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมากและกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ในด้านต่าง ๆ 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาและติดตามการรักษา การดูแลสุขภาพอนามัยและการดูแลเท้า การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและ มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล สันป่าตอง สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงในกลุ่ม ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมาก (FBS 80-120 mg/dl) จำนวน 87 ราย และในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมาก มีระดับคะแนนการปฏิบัติดูแลตนเองโดยรวมทั้ง 5 ด้าน ดีกว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าการปฏิบัติดูแลตนเองเกี่ยวกับ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาและติดตามการรักษา การดูแลสุขภาพอนามัยและการดูแลเท้า การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่าง ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมาก มีคะแนนการปฏิบัติได้ดีกว่า

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกๆ ด้าน แต่การดูแลสุขภาพอนามัยและการดูแลเท้าทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนการปฏิบัติดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน

เกจรีย์ พันธุ์เขียน (2549) ศึกษาพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานใน ศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพพร้อมกันโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3) ศึกษาบริบททางสังคมและการใช้ชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 98 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกจากแนวคำถามปลายเปิด ผลการศึกษพบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในเรื่องเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ เมื่อศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองทั้ง 5 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงรองลงมา คือ พฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านการบริโภค ด้านอารมณ์ และด้านการออกกำลังกายตามลำดับ เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอาชีพ ต่อพฤติกรรมด้านการใช้ยาและพฤติกรรมด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.36$ และ $p = 0.016$ ตามลำดับ) ปัจจัยด้านความรู้ในเรื่องเบาหวาน และพฤติกรรมด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$)

สุพรรณิ โดสมฤทธิ (2550) ได้ทำการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวาน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา เป็นแนวคิดหลักร่วมกับพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานโดยการจัดกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้งๆ ละ 3 ชั่วโมง รวม 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การส่งเสริมการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กับผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี การพูดให้ความรู้ รวมทั้ง การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ก่อนเข้ากิจกรรมผลการวิจัย พบว่าระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี หลังการทดลองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม

การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมกรบริโภคอาหารต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร มีประสิทธิภาพสามารถลดระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

นภาพร บุญยีน (2550) ได้ทำการวิจัย เรื่อง ผลของกระบวนการสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมกรดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993) ร่วมกับพฤติกรรมกรดูแลตนเองเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมกรดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 30 ราย ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลทุ่งทราย อำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2549-กุมภาพันธ์ 2550 โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การค้นพบสภาพการจริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยกลยุทธ์ในการส่งเสริมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพอันดี การยอมรับความเป็นบุคคล ใช้เทคนิคการใช้คำถาม การอภิปรายกลุ่ม การประเมินตนเอง และการใช้ข้อมูลย้อนกลับ มีการติดตามเยี่ยมบ้านภายหลังทำกิจกรรม ขั้นตอนที่ 3 และ 4 โดยเยี่ยมบ้านแต่ละราย 1 ครั้ง/ 1 สัปดาห์ และโทรศัพท์ติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลอง และเจาะเลือดหาระดับฮีโมโกลบินเอวันซีก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนที่วัดก่อนและหลังการทดลองด้วยค่าสถิติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมกรดูแลตนเองหลังการทดลองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี หลังการทดลองมีค่าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แสดงให้เห็นว่า การศึกษาการสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมความสามารถให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพแต่เพื่อยืนยันความยั่งยืนของการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ควรมีการติดตามผลในระยะยาวต่อไป

สุพิมพ์ อุ้นพรม (2550) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบจำลอง การส่งเสริมสุขภาพของเพ็นเตอร์เป็นหลัก ร่วมกับการให้ความรู้การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ โดยเครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การสอนโดยการบรรยาย การสาธิต การอภิปรายกลุ่ม และการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียด และโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 และพบว่า ความดันโลหิตไดแอสโตลิก และระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.01 ด้วย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีเพียงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเท่านั้น หลังการทดลองสูงกว่าการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 นอกจากนี้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้านทุกด้าน และโดยรวมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสร้างเสริมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่ได้

ปิยมาลัย อาชาสันติสุข (2550) ศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ในผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนให้ความรู้ทั้งในสถานพยาบาลและที่บ้านของผู้ป่วย เป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลปกติ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญ แต่ต่ำกว่าระดับฮีโมโกลบินเอวันซีหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

วันวิสาข์ ไlohะสาร (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกัน โรคของผู้ป่วยหอบหืด โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมมา เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง โดยศึกษาผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยโรคหืดที่โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืดใช้กระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วมเป็นแนวคิดหลักกาให้ความรู้ โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการจัดการโปรแกรม 1 เดือน โดยผู้วิจัยพบผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 2 ครั้ง ครั้งแรกทำการให้ความรู้และทักษะการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืด และครั้งที่ 2 ซึ่งเป็น 1 สัปดาห์ต่อมาผู้วิจัยได้ส่งจดหมายกระตุ้นเตือนเพื่อเน้นย้ำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการตนเอง พร้อมกับให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคโดยรวมเพิ่มขึ้นก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และทักษะการจัดการตนเองโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะการจัดการตนเองไม่แตกต่างจากการทดลอง สรุปได้ว่าการให้ความรู้ในรูปแบบการมีส่วนร่วม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืดเกิดการเรียนรู้ อย่างมีประสิทธิภาพและมีทักษะการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง

สุวรรณค์ รุจิขยากร (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหืด การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดี่ยววัดก่อนและหลัง โดยศึกษาในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหืด (15-59 ปี) ที่เข้ามารับการรักษานที่ห้องตรวจคลินิกโรคหืดแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองจำนวน15คน พบว่าการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองโดยใช้โปรแกรมการสอนทำให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เนตรณพิศ ชาวล้าน (2550) ศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อความรู้พฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดและครอบครัว เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลัง โดยจากศึกษาพบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดโดยใช้โปรแกรมการสอนและการติดตามดูแลเยี่ยมบ้าน มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคหอบหืดดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จันทร์จิรา เกียรติสกุล, สุปรีดา มั่นคง, อรสา พันธุ์ภักดี, และธนรัตน์ ชุนงาม (2551, น. 23-39) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และมีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 และกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ติดตามผลการศึกษา 4 - 6 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามความรู้ในการป้องกันการคั่งของน้ำ และเกลือโซเดียม แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคั่งของน้ำและโซเดียม และแบบสอบถามระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมเพื่อป้องกันการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมหลังเข้าโปรแกรมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมเพื่อป้องกันการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) แต่ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวภายในกลุ่มระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ จังหวัดพิษณุโลก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 รายกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลแบบปกติ เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค เท่ากับ 0.87 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่โปรแกรมการพยาบาลด้วยระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลด้วยระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จิตราพันธ์ กุลทพันธ์ (2551) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่เป็นเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่เป็นเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้รักษาด้วยการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือน ธันวาคม 2550 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2551

โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 88 ราย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยรวมอยู่ระดับสูง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แต่ความสัมพันธ์ที่พบในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับต่ำ

ศันสนีย์ กองสกุล (2552) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในการควบคุมโรคเบาหวานและน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีทักษะ การจัดการตนเองอย่างเหมาะสม จะช่วยควบคุมโรคเบาหวานและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนลงได้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเบาหวาน ชนิดที่สองที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 60 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรค ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติการทดสอบแบบที่ (Independent t test) และสถิติการทดสอบแบบที่คู่ (Paired t test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะ การจัดการตนเอง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคภายหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และ 8 สูงกว่าก่อนการทดลอง และมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าลดลงกว่าก่อนการทดลองภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) 2) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมโรค มีการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภายหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีการลดลงของระดับน้ำตาล ในเลือดก่อนอาหารเช้าภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แสดงถึง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด ควรนำโปรแกรมนี้สู่การปฏิบัติแก่ผู้ที่เป็นเบาหวาน ระดับโรงพยาบาลชุมชนต่อไป และควรมีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยการใช้อิมโกลบิน เอวันซี เป็นตัวชี้วัด ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในระยะเวลานานขึ้น

แสงเดือน หาญครุฑ (2553) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตนต่อระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยใช้แนวคิด เกี่ยวกับโรคหอบหืด และแนวคิดเกี่ยวกับความสามารถของตน การศึกษาผลของการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตนต่อระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหอบหืด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ที่รับการรักษาที่คลินิกโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมไทรลาส จำนวน 60 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตนประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การชักจูงคำพูด 4) การเตรียมความพร้อมสภาวะทางกายและอารมณ์ กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติ ผลวิจัย พบว่า 1) ผู้ป่วยหอบหืดในกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตนมีคะแนนการควบคุมโรคก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) 2) ผู้ป่วยโรคหอบหืด ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนการควบคุมโรคก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) 3) ผู้ป่วยหอบหืดในกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตนมีคะแนนระดับการควบคุมโรค หลังการทดลองทันที สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) 4) ผู้ป่วยหอบหืดในกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตน มีคะแนนระดับการควบคุมโรค หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตนมีประสิทธิภาพสามารถเพิ่มระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหอบหืดได้

กาญจนา นิมตรง (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวดของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีความจำเป็นต่อการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและอาการปวดของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง คัดเลือกจากผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาจากสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านไทรตรีงษ์อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 26 ราย โดยให้ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนประกอบด้วย การสอน การสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งในสถานบริการและที่บ้านของผู้ป่วยการสนับสนุนและการชี้แนะ

เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังและแบบประเมินอาการปวดหลังของฮอสเวลท์รี มีค่าความเที่ยงคำนวณจากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ 0.89 และ 0.71 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยการทดสอบความแปรปรวนโดยสถิติเอฟใน ANOVA แบบการทดลองแบบวัดซ้ำผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และพบว่าอาการปวดของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

บุญยัง ราชทรัพย์ (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะเสี่ยงต่ออัตราการกรองของไตของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษา 1) ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะเสี่ยงต่ออัตราการกรองของไตของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชายที่มาใช้บริการ ที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 15 แห่ง ในเขตอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร ไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 267 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาระหว่าง 0.80 - 1.00 ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสัมประสิทธิ์สหพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product - Moment correlation coefficient) ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยเบาหวาน มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีระดับ ฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) อยู่ในระดับความเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนปานกลาง และค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (eGFR) พบว่า มีอัตราการกรองของไตลดลงปานกลาง 3) ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ในทิศทางลบกับค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.417$) และมีความสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (eGFR) ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($r = 0.250$) ผู้วิจัยสรุปว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลในเลือดและอัตราการกรองของไต ดังนั้น

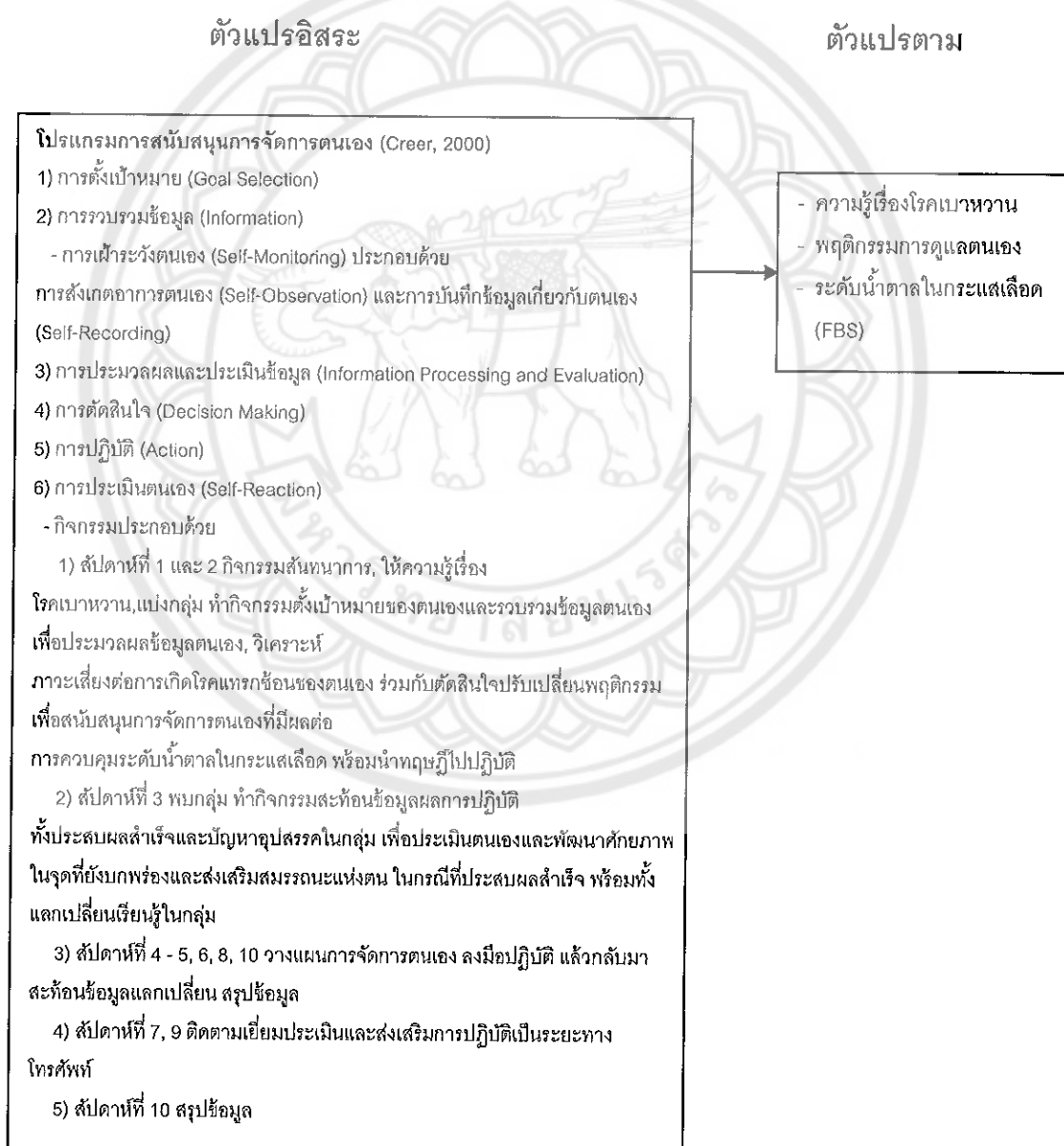
พยาบาลเวชปฏิบัติและผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตามคำกล่าวของแบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดได้นั้น จะต้องมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) เกิดขึ้นก่อน โดยเชื่อมั่นความสามารถของตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นที่เฉพาะเจาะจงให้ประสบผลความสำเร็จตามเป้าหมาย องค์ประกอบสำคัญ ที่บุคคลจะตัดสินใจความสามารถของตนในการประกอบกิจกรรม มี 2 ประการ คือ 1) ความรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งใด สิ่งหนึ่ง หรือประกอบกิจกรรมซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนเองคาดหวัง ซึ่งบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการกระทำนั้นสูง 2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรม ถ้าจะกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้น จะเกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองที่คาดหวังไว้ หากมีความคาดหวังในผลลัพธ์สูงและมีความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะปฏิบัติกระทำพฤติกรรมนั้นสูง จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายสูงกว่าบุคคลที่มีความคาดหวังในผลลัพธ์ต่ำและมีความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะปฏิบัติ กระทำพฤติกรรมนั้นต่ำ ทั้งนี้การรับรู้ความสามารถแต่ละบุคคลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับกิจกรรม ความยากง่ายของกิจกรรม ความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรม และประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ (อรรพรรณ ประภาศิลป์, 2554) ซึ่ง (Bandura, 1997) ได้เสนอปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถตนเอง ไว้ 4 แหล่ง ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ (Mastery Experiences) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal)

เคนเฟอร์ (Kanfer, 1988) ได้นำรูปแบบการกำกับตนเองมาประยุกต์และพัฒนาโปรแกรมใช้กับบุคคลที่จะส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองต่อปัญหาสุขภาพของตนเอง ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลต้องการจะทำให้สำเร็จ การติดตามตนเอง (Self Monitoring) เป็นขั้นตอนการสังเกตติดตามและบันทึกพฤติกรรมของตนเอง การประเมินตนเอง (Self Evaluation) เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมและการเสริมแรงตนเอง (Self Reinforcement) โดยให้รางวัลแก่ตนเอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมโดยประยุกต์มาจากทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management) มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันจะช่วยให้เกิดการป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและส่งผลดีต่อสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวาน ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่และกิจกรรมประจำวันของตนเองได้อย่างมีคุณภาพต่อไป เพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาและการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย

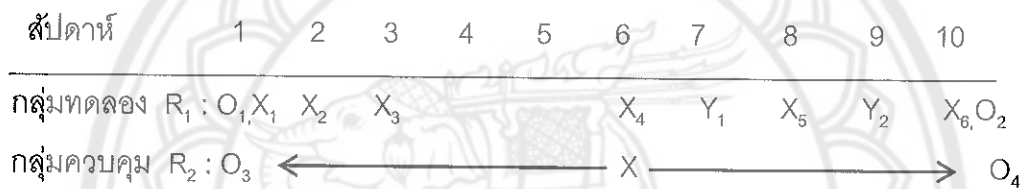


ภาพ 7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ชนิดศึกษา 2 กลุ่ม โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pre – Post Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 มีการออกแบบการวิจัยดังนี้



โดยกำหนดให้ความหมายของสัญลักษณ์ ดังนี้

O₁, O₃ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการให้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวานและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

O₂, O₄ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ที่ 10 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยแบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวานและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

X หมายถึง การดูแลตามปกติของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ตามระบบการให้บริการใน รพ.สต.

X₁₋₆ หมายถึง กิจกรรมที่ 1-6 สัปดาห์ที่ 1-3,6,8,10 ตามโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 (การประเมินตนเอง การให้ความรู้ด้านสุขภาพ โดยกลุ่ม การรับรู้ตนเองต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตั้งเป้าหมาย ฝึกทักษะ รวบรวมข้อมูล ประเมินตนเอง ตัดสินใจจัดการตนเอง กระทำพฤติกรรมการดูแลตนเอง ติดตามทางโทรศัพท์เพื่อรับฟังปัญหาและอุปสรรคพร้อมให้กำลังใจ สะท้อนข้อมูล ทั้งประสบผลสำเร็จและไม่ประสบผลสำเร็จ แลกเปลี่ยนกับบุคคลในกลุ่มทดลอง กระทำพฤติกรรมการดูแล

ตนเองที่เหมาะสมและแก้ไขปัญหาอุปสรรค ติดตามทางโทรศัพท์เพื่อเยี่ยมให้กำลังใจ สะท้อนข้อมูลภายในกลุ่ม ประเมินผลการจัดการตนเอง) ระยะเวลาในการดำเนินงาน 10 สัปดาห์

$Y_1 - Y_2$ หมายถึง กิจกรรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ สัปดาห์ที่ 7, 9 เพื่อรับฟังปัญหาและอุปสรรคพร้อมให้กำลังใจ ให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลกองโกรลาต จำนวน 3,209 คน (ศูนย์ข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย; Sukhothai Data Center, 2558)

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในคั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากคัดเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอกองโกรลาต จังหวัดสุโขทัย ทั้งหมด 12 รพ.สต. เพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านใหม่สุขเกษม 2) กลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของรพ.สต.ไกรนอก โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานและมีประวัติการรับบริการคลินิกเบาหวานของสถานบริการทั้งสองแห่ง ในช่วงเดือน มกราคม 2554 – กันยายน 2557

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละเท่าๆ กัน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้ารับการศึกษา (Inclusion Criteria)

1. เป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 1 ปี รักษาด้วยวิธีรับประทานยา และรับบริการตรวจรักษาต่อเนื่องตามนัด อย่างน้อย 1 ปี

1.1 เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สามารถติดตามระดับน้ำตาลในเลือดย้อนหลังได้

1.2 มารับบริการตรวจรักษาตามนัดของคลินิกโรคเบาหวาน รพ.สต.บ้านใหม่สุขเกษม และรพ.สต.ไกรนอก ในช่วงเดือน มกราคม 2554 - กันยายน 2557

1.3 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับตา เท้า ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไต และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจ

1.4 ผู้ป่วยสมัครใจ ยินดีเข้าร่วมวิจัยและให้ความร่วมมือในการวิจัย

1.5 เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดขณะอดอาหารเช้า (FBS) มากกว่า 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (มก./ดล.) จำนวนมากกว่า 3 ครั้งต่อปี และหรือมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม หรือระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) มากกว่า 7% เพียง 1 ครั้ง โดยการตรวจสอบข้อมูลจากการบันทึกระเบียบประวัติการรักษา ซึ่งมีผลการตรวจรักษาและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ย้อนหลัง 1 ปี

1.6 มีการรับรู้ สติสัมปชัญญะดี มีความสามารถในการสื่อความหมายหรือเข้าใจภาษาไทยได้ชัดเจน และให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง

1.7 สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองได้ครบตามกำหนด

1.8 มีอาการและหรือผลการรับการรักษาพยาบาลคงที่ ไม่มีการปรับขนาดยาเพิ่มภายใน 3 เดือน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามกำหนด

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) หรือเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการศึกษา (Discontinuation Criteria) ดังนี้

1. เสียชีวิตหรือย้ายสถานที่อยู่อาศัยไปนอกเขตที่ทำการศึกษา
2. เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะโรคแทรกซ้อนรุนแรง ที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ เช่น โรคจิตเวช โรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือโรคหัวใจวาย โรคไตวายที่ได้รับการรักษาโดยการล้างไตทางหน้าท้องหรือฟอกเลือด หรือผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ตาหรือเท้า

3. เป็นผู้ที่เพิ่งเข้ารับการรักษาแบบนอนพักในโรงพยาบาลภายใน 3 เดือนก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หรือเพิ่งได้รับการผ่าตัดระหว่างดำเนินการวิจัย

4. ได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมตามโปรแกรมได้

5. ปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว

จากเกณฑ์คัดเข้าดังกล่าว พบว่า กลุ่มทดลอง (รพ.สต.บ้านใหม่สุขเกษม) มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดจำนวน 100 คน เข้าเกณฑ์การคัดเข้ารับการศึกษา มีประวัติได้รับการตรวจฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) และหรือมีระดับ HbA_{1c} ที่สูงกว่าร้อยละ 7 จำนวน 33 ราย (จากจำนวนผู้ได้รับการตรวจ HbA_{1c}ทั้งสิ้น 86 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.37)

ส่วนกลุ่มควบคุม (รพ.สต. ไทรนอก) มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดจำนวน 98 คน เข้าเกณฑ์การคัดเข้ารับการศึกษาและมีประวัติได้รับการตรวจฮีโมโกลบินเอวันที (HbA_{1c}) และหรือมีระดับ HbA_{1c} ที่สูงกว่าร้อยละ 7 จำนวน 32 ราย (จากจำนวนผู้ได้รับการตรวจ HbA_{1c} ทั้งสิ้น 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.65)

จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เข้ากลุ่ม กลุ่มละเท่าๆ กัน คัดเลือกกลุ่มตามเกณฑ์การคัดเข้า แบ่งเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการ ดังนี้

การคัดเลือกประชากร จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเข้ากลุ่มตัวอย่าง จากทะเบียนผู้ป่วย ทะเบียนนัดผู้ป่วย จากเวชระเบียน ประวัติประจำตัวผู้ป่วย (OPD) จากแฟ้มประวัติรายบุคคล ซึ่งมาจากผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาตามนัดของคลินิกโรคเบาหวาน รพ.สต. บ้านใหม่สุขเกษม จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เข้ากลุ่ม กลุ่มละเท่าๆ กัน ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และนัดหมายกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับน้ำตาลหลังงดอดอาหารเช้า (FBS) ในกระแสเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ตามโปรแกรมที่กำหนด ณ รพ.สต. บ้านใหม่สุขเกษม อำเภอองไทรลราช จังหวัดสุโขทัย ส่วนกลุ่มควบคุมนัดหมายให้บริการรักษาพยาบาลและได้รับการดูแลตามปกติ ทุก 1 เดือน (4 สัปดาห์) ณ รพ.สต. ไทรนอก อำเภอองไทรลราช จังหวัดสุโขทัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ของการวิจัยแบบสองกลุ่มที่วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Jekel, Katz, Elmore, & Wild, 2007 อ้างถึงใน อรรถวรรณ ประภาศิลป์, 2554, น. 81)

สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

$$N = \frac{(Z_{\alpha})^2 \times 2 (S)^2}{d^2}$$

N คือ ขนาดตัวอย่าง

Z_{α} คือ = 1.96 (ความเชื่อมั่นที่ต้องการสำหรับการทดลอง ระดับนัยสำคัญ .05)

S คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

d คือ ขนาดอิทธิพล

ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ใช้ค่าเฉลี่ยของตัวแปรจากการศึกษาที่คล้ายกับการศึกษาครั้งนี้ คือ ศศิธร อุตสาหกิจ (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและดัชนีมวลกายในสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยใช้ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ในการแทนค่าสูตร

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณจากค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) คำนวณโดยใช้ Power analysis ซึ่งอ้างจากผลการศึกษาที่ผ่านมา เรื่อง ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยหาคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนน ความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อสิ้นสุดการศึกษา ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 80.8 และ 63.66 ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) คำนวณได้จากสูตร ต่อไปนี้

$$\begin{aligned} d &= \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{SD_C} \\ &= \frac{80.8 - 63.66}{22.22} \\ &= 0.77 \end{aligned}$$

d = ขนาดอิทธิพล

\bar{X}_E = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

\bar{X}_C = ค่าเฉลี่ยกลุ่มควบคุม

SD_C = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ เมื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้ว มาหาขนาดของตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งได้จากการประมาณค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม คำนวณหาค่าจำเป็นในการทดสอบ (Power Analysis) ตามแบบของ (Cohen, 1992, p. 158 อ้างถึงใน แสงเดือน หาญครุฑ, 2553, น. 52) ได้กำหนดค่าอิทธิพล (Effect Size) เพื่อควบคุม Type II Error แบบมีจำนวนมากและเท่ากัน (Large n, equal n) เท่ากับ 0.8 และค่าแอลฟา เท่ากับ 0.05 ใช้ค่าเฉลี่ยของตัวแปรจากการศึกษาที่คล้ายกับการศึกษารั้งนี้ คือ ศศิธร อุตสาหกิจ (2550) คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน แต่เนื่องจากผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัย ดังนั้น การศึกษารั้งนี้ จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อลดปัญหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างลดลงจากการออกจากโปรแกรมกลางคืน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ในศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้เลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 15 ของขนาดตัวอย่าง คือ กลุ่มละ 4 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นกลุ่มละ 30 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 60 คน

2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) มีวิธีการ ดังนี้

2.1 เลือกพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม แบ่งเป็น พื้นที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการสุ่มอย่างง่าย ใช้วิธีจับสลาก ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 แห่ง มีพื้นที่ไม่ติดกัน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการถ่ายทอดความรู้ และลดการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจจะทำให้ผลไม่ได้เกิดจากการทดลองอย่างแท้จริง จึงจำเป็นต้องคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อยู่คนละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.2 เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 2 แห่ง ให้ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดเกณฑ์คัดเข้า รับการศึกษ (Inclusion Criteria) ที่ใช้ในการคัดเข้าและคัดออกกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนได้ กลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 60 คน สำหรับกลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ตามโปรแกรมที่กำหนด ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล - บ้านใหม่สุขเกษม อำเภอองไทรลาค จังหวัดสุโขทัย เป็นเวลา 10 สัปดาห์

ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ทุก 1 เดือน (4 สัปดาห์) ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทรนอก อำเภอองไทรลาค จังหวัดสุโขทัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ประวัติการรับบริการการรักษา ตามนัด สถานภาพ รายได้ อาชีพ ข้อมูลความพอเพียงของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ลักษณะครอบครัว สถานะในครอบครัว ผู้ใกล้ชิดในครอบครัว บุคคลที่ทำหน้าที่ปรุงอาหารในครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมออกกำลังกาย

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

แบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความรู้ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะเป็นแบบวัดความรู้แบบเลือกตอบถูกผิด มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่หรือไม่ใช่ รวมทั้งหมด 30 ข้อ เนื้อหาแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 9 ข้อ, ด้านอาหาร จำนวน 9 ข้อ, ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ และแบบวัดความรู้ด้านการใช้ยา จำนวน 5 ข้อ กำหนดการให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก	ให้	1	คะแนน
ตอบผิด	ให้	0	คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง

แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะเป็นแบบสอบถามพฤติกรรม แบบเลือกตอบ และมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ได้แก่

การปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำทุกวัน
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นบางครั้ง (ปฏิบัติ 1 - 3 วัน/ สัปดาห์)
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมทั้งหมด 30 ข้อ เนื้อหาแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร จำนวน 10 ข้อ, ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ และ ด้านการใช้ยา จำนวน 10 ข้อ โดยแบบสอบถามมีข้อความที่มีความหมายทั้ง ด้านบวกและด้านลบ แบ่งเป็นข้อความด้านบวก จำนวน 17 ข้อ และข้อความด้านลบ จำนวน 13 ข้อ รายละเอียดแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

แบบสอบถามพฤติกรรมด้านอาหาร ข้อความด้านบวก 6 ข้อ ข้อความด้านลบ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4 6 8 และ 9

แบบสอบถามพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ข้อความด้านบวก 7 ข้อ ข้อความด้านลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 17 18 และ 20

แบบสอบถามพฤติกรรมด้านการใช้ยา ข้อความด้านบวก 4 ข้อ ข้อความด้านลบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 23 24 25 26 27 และ 30

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ลักษณะของคำตอบ	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
การปฏิบัติเป็นประจำ	3	1
การปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2	2
ไม่เคยปฏิบัติ	1	3

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการ ทดลอง (สำหรับผู้วิจัยเก็บข้อมูลเอง) เป็นแบบบันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร เข้า จากปลายนิ้วทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยเก็บข้อมูลจากทะเบียนคุมการให้บริการผู้ป่วย เบาหวานของสถานบริการ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ก่อน การวิจัย (สัปดาห์ที่ 1) และ ครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดการวิจัย (สัปดาห์ ที่ 10)

*หมายเหตุ: การวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยและผู้วิจัยไม่ได้เป็นผู้เจาะเลือดเอง

การบันทึกผลระดับน้ำตาลในเลือด จะเก็บรวบรวมจากทะเบียนให้บริการของสถาน บริการทุกเดือน หลังจากกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมมารับบริการแต่ละเดือนตามนัด โดยไม่มี ผลกระทบใดๆ ในข้อมูลแฟ้มประวัติหรือแฟ้มส่วนตัวเรื่องอื่น นอกจากข้อมูลค่าระดับน้ำตาลที่ได้ บันทึกไว้ในทะเบียนของสถานบริการ

ผลของระดับน้ำตาล นำมาเพื่อประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเท่านั้น และผู้ป่วย จะได้รับบริการตามปกติที่อาสาสมัครมาตรวจระดับน้ำตาลตามที่แพทย์นัดเป็นประจำ และ ได้รับการดูแลรักษาตามสิทธิผู้ป่วยรวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บเป็นความลับจะไม่มีการระบุชื่ออาสาสมัครในแบบเก็บข้อมูล โดยจะถูกระบุด้วยหมายเลขอาสาสมัครเท่านั้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและโดยประยุกต์ทฤษฎีการจัดการตนเองของเคลียร์ (Creer, 2000) ร่วมกับทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self – Efficacy) ตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1998) ประกอบด้วย

2.1 แผนการสนับสนุนและให้ความรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การรับประทานอาหาร และการใช้ยาเพื่อรักษาโรคเบาหวาน กิจกรรมการเดินออกกำลังกาย และการประเมินพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนเองในด้านการรับรู้สุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านยา และด้านอาหาร

2.2 คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านสำหรับช่วยลดน้ำตาล ในกระแสเลือดผู้ป่วยเบาหวาน ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยแบบบันทึกการรับประทานอาหาร การบันทึกน้ำหนักตัว รอบเอว รายสัปดาห์ พร้อมทั้งแบบบันทึกระดับน้ำตาล ในกระแสเลือด ด้วยตนเอง โดยวิธีการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วหลังงดอาหารมากกว่า 6 ชั่วโมง โดยอสม. อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

1. นำเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือดำเนินการวิจัย ผ่านความเห็นชอบด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหา สำนวนภาษาที่ใช้และความชัดเจนในเนื้อหา

2. นำความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC) โดยข้อคำถามที่เหมาะสมต้องมีค่า IOC มากกว่า 0.5 ความครอบคลุมวัตถุประสงค์ และความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ การตรวจความตรงเชิงโครงสร้าง ได้คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหา ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of Concurrence) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ให้ +1 คะแนน หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่าข้อคำถามนั้นมีความชัดเจน
ในโครงสร้างครอบคลุมกับวัตถุประสงค์และสอดคล้องกับนิยามศัพท์

ให้ 0 คะแนน หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความชัดเจน
ในโครงสร้างครอบคลุมกับวัตถุประสงค์และสอดคล้องกับนิยามศัพท์

ให้ -1 คะแนน หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญไม่เห็นด้วยว่าข้อคำถามนั้นมีความชัดเจน
ในโครงสร้างครอบคลุมกับวัตถุประสงค์และสอดคล้องกับนิยามศัพท์

การคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index
of Congruence: IOC) จากสูตรดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

$\sum R$ = ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ในช่วง 0.67 - 1

คะแนน

3. นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาปรับข้อความและภาษา
ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วตามข้อเสนอแนะ ไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง
กันกับกลุ่มทดลองในอำเภอคลองไทรลาด ได้แก่ รพ.สต.กกแรต จำนวน 30 ตัวอย่าง เพื่อวิเคราะห์
หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค
(Cronbach's Alpha Coefficient และ KR-20 และนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของ
เครื่องมือ

ผลการตรวจสอบเครื่องมือ ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ
ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 0.90 ค่า KR-20
เท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ COA No.192/2016 IRB No.018/59 ดำเนินการภายหลังการได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร กลุ่มตัวอย่างทุกคน จะได้รับการอธิบายอย่างละเอียด ถึงขั้นตอนการทำวิจัย การปฏิบัติตนและประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ยินดีรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ต้องเซ็นใบยินยอมก่อนเข้าร่วมและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบกระเทือนต่อการรักษาตามปกติ การรวบรวมข้อมูลและการเสนอข้อมูลจะกระทำโดย เคารพศักดิ์ศรี และความเป็นมนุษย์ของทั้งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและผู้วิจัย ผลการวิจัยไม่เสนอชื่อของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จะให้เพียงรหัส แสดงผลในภาพรวมเท่านั้น หลังจากสิ้นสุดการวิจัย และเมื่อผลการทดลองของกลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพดี ผู้วิจัยจะนำโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ไปใช้กับกลุ่มควบคุมด้วย เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุมัติเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านใหม่-สุขเกษม และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไกรนอก อำเภอโขงเจียม จังหวัดสุโขทัย
2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานและเข้ารับบริการตรวจรักษาพยาบาลตามนัดต่อเนื่องในคลินิกโรคเบาหวาน ณ รพ.สต.บ้านใหม่สุขเกษม และคัดเลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด เข้ากลุ่มตัวอย่าง จากทะเบียนผู้ป่วย ทะเบียนนัดผู้ป่วย จากเวชระเบียน ประวัติประจำตัวผู้ป่วย (OPD) จากแฟ้มประวัติรายบุคคล ซึ่งมาจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจรักษาตามนัดของคลินิกโรคเบาหวาน รพ.สต.บ้านใหม่สุขเกษม และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณลักษณะตรงตามเกณฑ์ คัดเข้าและคัดออก เข้ากลุ่ม เป็นกลุ่มทดลองทั้งสิ้น 30 คน
3. สำรวจรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานและเข้ารับบริการตรวจรักษาพยาบาลตามนัดต่อเนื่องในคลินิกโรคเบาหวาน ณ รพ.สต.ไกรนอก ที่และคัดเลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด เข้ากลุ่มตัวอย่าง จากทะเบียนผู้ป่วย ทะเบียนนัดผู้ป่วย จากเวชระเบียน ประวัติประจำตัวผู้ป่วย (OPD) จากแฟ้มประวัติรายบุคคล ซึ่งมาจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจ

รักษาตามนัดของคลินิกโรคเบาหวาน ณ รพ.สต. ไกรนอก และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณลักษณะตรงตามเกณฑ์ คัดเข้าและคัดออก เข้ากลุ่มเป็นกลุ่มควบคุมทั้งสิ้น 30 คน

4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และนัดหมายกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดหลังอดอาหาร (FBS) ที่กำหนด ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่สุขเกษม อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

5. แนะนำตนเอง ขอความร่วมมือเข้าร่วมโครงการและ เซนต์ไบยินยอม เพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

6. นัดหมายกลุ่มควบคุมให้มารับการรักษาพยาบาลตามปกติ ทุก 1 เดือน (4 สัปดาห์) ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไกรนอก อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

7. เก็บข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและการซักประวัติ

8. ผู้วิจัยดำเนินการกับผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไปพร้อมๆ กัน โดยดำเนินการและเก็บข้อมูลในแต่ละกลุ่มตัวอย่างดังนี้

กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นการให้ความรู้เรื่อง "รู้ทัน เราป้องกันได้" โดยการ จัดกิจกรรมกลุ่มละลายพฤติกรรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมทั้งเสริมเนื้อหาวิชาการที่กลุ่มทดลองในประเด็นที่ยังไม่เข้าใจและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับผู้อื่น ใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาที กิจกรรมประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ทักทายชื่อ และนำตัวเอง พูดคุยทั่วไป พร้อมทั้งให้กลุ่มทดลองแนะนำตัวเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพ

2. ร่วมทำกิจกรรมละลายพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน โดยวิธีการทำกิจกรรมสั้นๆ เพื่อเป็นการเสริมสร้างมิตรภาพระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม

3. ผู้วิจัยวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง โดยให้ตอบแบบสอบถาม

4. ให้ความรู้ เรื่อง "รู้ทัน เราป้องกันได้" เนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับความหมาย ชนิดและสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน อาการแสดงของโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองจะได้รับคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสริมเฉพาะในส่วนที่กลุ่มทดลองยังไม่เข้าใจ เพื่อให้กลุ่มทดลองได้มีความรู้และสามารถนำไป

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองในทางที่ดี ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

5. แบ่งกลุ่มให้กลุ่มทดลองฝึกทักษะตั้งเป้าหมายของตนเอง, รวบรวมข้อมูลตนเองเพื่อประมวลผลข้อมูลตนเอง และวิเคราะห์ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนของตนเอง ร่วมกันตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มทดลองตั้งจุดมุ่งหมายให้สามารถบรรลุเป้าหมายของตนเองได้ และเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองซึ่งส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด พร้อมนำทฤษฎีไปปฏิบัติ

6. เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถามปัญหาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การตั้งเป้าหมายของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน พร้อมทั้งพูดคุยแลกเปลี่ยนในกลุ่มร่วมกันอธิบายเพิ่มเติมให้เข้าใจ, กล่าวสรุปกิจกรรม และบอกเวลานัดพบครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 การดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นการให้ความรู้เรื่อง "รู้ทันเราป้องกันได้" เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โดยแบ่งกลุ่มเพื่อทำการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้เทคนิคละลายพฤติกรรม นำเพลงมาเป็นวิธีการสนทนา การก่อนเข้าสู่กิจกรรมการให้ความรู้โดยใช้สื่อการสอนตามแผน พร้อมทั้งเปิดวิถีทัศน์บุคคลตัวอย่าง และสาธิตการทำอาหารและเครื่องดื่ม ใช้ระยะเวลา ประมาณ 60 นาที กิจกรรมประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ซักถาม พูดคุยทั่วไป และชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรมครั้งที่ 2 ให้กลุ่มทดลองทราบ เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพและแจ้งวัตถุประสงค์การทำกิจกรรมครั้งนี้

2. ร่วมทำกิจกรรมละลายพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน โดยนั่งล้อมกันเป็นวงกลม ทำกิจกรรมสนทนา การ เพื่อเป็นการเสริมสร้างมิตรภาพระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม

3. ให้ความรู้เรื่อง "รู้ทัน เราป้องกันได้" ตามแผนการสอน เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

4. กระตุ้นให้กลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเบาหวานซึ่งกันและกัน รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองในช่วงเวลาที่ผ่านมา และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

5. ให้กลุ่มทดลองชมวีดิทัศน์ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานและวิธีการลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีความยาว ไม่เกิน 15 นาที เป็นวีดิทัศน์ที่ตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง และการเอาชนะอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาล ชักจูงให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมด้าน

การควบคุมอาหาร ออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน เพื่อสร้างต้นแบบ/ตัวอย่างของการปฏิบัติ พฤติกรรมการในการช่วยคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด รวมถึงเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก บุคคลตัวอย่าง และกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อนำทฤษฎีไปปฏิบัติ

6. สาธิตการทำอาหารและเครื่องดื่มง่ายๆ ตัวอย่างอาหารที่ประกอบด้วยพืชผักพื้นบ้าน เช่น แกงเลียง เพื่อสนับสนุนการรับประทานผักหรืออาหารเส้นใย พร้อมทั้งเพิ่มประสบการณ์ของ ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ และส่งเสริมการนำไปปฏิบัติ

7. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานผักและปรุงอาหารรับประทานเอง กล่าวยกย่องชมเชยผู้ช่วยเบาหวานที่รับประทานผักเป็นประจำ และแนะนำให้กลุ่มทดลองนำไปทำ รับประทานที่บ้าน เพื่อส่งเสริมการรับประทานผักเพิ่มขึ้น

8. แบ่งกลุ่มให้กลุ่มทดลองตั้งเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานผัก และออกกำลังกายเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม และบันทึกลงในใบงานที่ 1 (แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวัน) ทุกสัปดาห์ และส่งทุกครั้งที่มีกิจกรรมร่วมกันครั้ง ถัดไปจนครบกิจกรรม เพื่อช่วยกระตุ้นการจัดการตนเอง และสร้างแรงกระตุ้นนำไปปฏิบัติให้บรรลุ จุดมุ่งหมาย

9. ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น พูดคุยแลกเปลี่ยนในกลุ่มร่วมกันพร้อม ทั้งช่วยกันแก้ไข ปรับเปลี่ยนเป้าหมายและพฤติกรรม ให้บรรลุเป้าหมาย

10. กล่าวสรุปกิจกรรม และบอกเวลานัดพบครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 พบกลุ่ม ทำกิจกรรมสะท้อนข้อมูลผลการปฏิบัติ ทั้งประสบผลสำเร็จและ ปัญหาอุปสรรคในกลุ่ม เพื่อประเมินตนเองและพัฒนาศักยภาพในจุดที่ยังบกพร่องและส่งเสริม สมรรถนะแห่งตนให้ประสบผลสำเร็จพร้อมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม ใช้ระยะเวลา ประมาณ 60 นาที กิจกรรมประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ซักถาม พูดคุยทั่วไป อากาและอาการแสดงทั่วไป อาการผิดปกติ และชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรมครั้งที่ 3 ให้กลุ่มทดลองทราบ เพื่อสร้างสัมพันธภาพและชี้แจง วัตถุประสงค์การทำกิจกรรมครั้งนี้

2. ร่วมทำกิจกรรมละลายพฤติกรรมของผู้ช่วยเบาหวาน โดยนั่งล้อมกันเป็นวงกลม ทำกิจกรรมสนทนาการ เพื่อเป็นการเสริมสร้างมิตรภาพระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม

3. สอบถามความรู้ที่ได้รับจากการอ่านคู่มือ ปัญหาและอุปสรรคการนำทฤษฎีไปปฏิบัติ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง เพื่อประเมินปัญหาต่างๆ รวมถึงให้กลุ่มทดลองได้ประเมิน ตนเองและร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลทั้งประสบผลสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในกลุ่ม

4. ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้กับกลุ่มทดลอง โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มจากผู้ที่ประสบความสำเร็จ พร้อมทั้งร่วมกันแก้ปัญหา โดยผู้วิจัยช่วยชี้แนะหาวิธีการแก้ปัญหาพร้อมกัน

5. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และให้กลุ่มทดลองร่วมฝึกออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยสื่อบุคคลต้นแบบ เพื่อชักจูงให้มีการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดอีกวิธีหนึ่ง รวมถึงเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบุคคลตัวอย่าง เพื่อนำทฤษฎีไปปฏิบัติ

6. สนับสนุนการออกกำลังกาย โดยกล่าวคำ ชมเชยและพูดคุยให้กำลังใจ และซักถามพูดคุย และให้กลุ่มทดลองเห็นคุณค่าในการออกกำลังกาย เพื่อดูแลตนเอง

7. กล่าวสรุปกิจกรรม และบอกเวลานัดพบครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 4-5 วางแผนการจัดการตนเอง ลงมือปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 6, 8 กลับมาสะท้อนข้อมูลแลกเปลี่ยนกับกลุ่ม พบกลุ่ม ทำกิจกรรมสะท้อนข้อมูลผลการปฏิบัติ ทั้งประสบความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในกลุ่ม เพื่อประเมินตนเองและพัฒนาศักยภาพในจุดที่ยังบกพร่องและส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้ประสบความสำเร็จพร้อมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 7,9 ติดตามเยี่ยมประเมินและส่งเสริมการฝึกเป็นระยะ ทางโทรศัพท์ โดยการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์เพื่อรับฟังปัญหาและอุปสรรค (ใช้เวลา 5-15 นาที) โดยการใช้เทคนิคการใช้คำปรึกษาตามปัญหาของแต่ละบุคคลเป็นข้อมูลด้านจิตใจและสังคม และให้การสนับสนุนในเรื่องของกำลังใจ สนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมและเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยปรับวิถีชีวิตสุขภาพ ให้เหมาะสมกับการจัดการพฤติกรรมของตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาล

สัปดาห์ที่ 10 สรุปข้อมูล กลับมาสะท้อนข้อมูลแลกเปลี่ยนกับกลุ่ม พบกลุ่ม ทำกิจกรรมสะท้อนข้อมูลผลการปฏิบัติ ทั้งประสบความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในกลุ่ม เพื่อประเมินตนเองและพัฒนาศักยภาพในจุดที่ยังบกพร่องและส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้ประสบความสำเร็จพร้อมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ซักถาม พูดคุยทั่วไป และชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรมครั้งสุดท้าย ให้กลุ่มทดลองทราบ และชี้แจงวัตถุประสงค์การทำกิจกรรมครั้งนี้

2. ร่วมทำกิจกรรมละลายพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน โดยนั่งล้อมกันเป็นวงกลม ทำกิจกรรมสั้นทนาการ เพื่อเป็นการเสริมสร้างมิตรภาพระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม และพูดคุยความในใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกันมาครบ 10 สัปดาห์

3. สอบถามความรู้ที่ได้รับจากเข้าร่วมกิจกรรม ปัญหาและอุปสรรคการนำทฤษฎีไปปฏิบัติ รวมถึงให้กลุ่มทดลองได้ประเมินตนเองและร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลทั้งประสบผลสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในกลุ่ม โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม จากผู้ที่ประสบผลสำเร็จ

4. ผู้วิจัยวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 10 สัปดาห์ โดยให้ตอบแบบสอบถาม

5. กล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จนครบทั้ง 10 สัปดาห์

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุม พบกันที่หอประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไกรนอก อำเภอองไกรลาค จังหวัดสุโขทัย เพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แล้วเริ่มรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมดูแลตนเอง แจกคู่มือการดูแลตนเอง และนัดครั้งต่อไป

2. พบครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 10) ติดตามประเมินซ้ำ ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุม พบกันที่หอประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไกรนอก อำเภอองไกรลาค จังหวัดสุโขทัย ประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมดูแลตนเอง ภายหลังจากทดลอง เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ป้องกันปัญหาทางจริยธรรมและผู้ป่วยได้รับการดูแลที่คล้ายกันทั้งสองกลุ่ม ผู้วิจัยจะให้การพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามคู่มือเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยจะนำข้อมูลมาจัดกระทำในโปรแกรมสำเร็จรูป และทำการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ก่อนได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ภายในกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) 10 สัปดาห์ โดยใช้สถิติทดสอบ ทีละคู่ Paired t-test

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) หลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest - Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ซึ่งผู้วิจัย ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเคลียร์ (Creer, 2000) สนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม 3 ด้าน คือ ด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) โปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วยกิจกรรม 6 ขั้นตอน คือ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลข้อมูลและการประเมินผล 4) การตัดสินใจ 5) การปฏิบัติ และ 6) การประเมินผลการปฏิบัติ กิจกรรม ประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกทักษะที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการประเมินสุขภาพตนเอง ร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม โดยการชักจูงด้วยคำพูดและใช้ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการประเมินสุขภาพตนเอง เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความมั่นใจในการจัดการตนเอง ให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ประกอบด้วยกิจกรรมการจัดการตนเองโดยประยุกต์จากแนวคิดการจัดการตนเองของเคลียร์ (Creer, 2000) ดังต่อไปนี้ 1) การตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ 2) การรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง เฝ้าระวังตนเองและบันทึกข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยตนเอง 3) การประมวลและประเมินผลข้อมูล การนำข้อมูลที่รวบรวมที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางในการแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด 4) การตัดสินใจ ในการลงมือปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อการลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด 5) การปฏิบัติ เป็นการลงมือปฏิบัติโดยใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด และ 6) การประเมินตนเองหรือการสะท้อนผลการปฏิบัติ เป็นการประเมินผลการปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด โดยการ

เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อกระตุ้นเตือนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งให้คู่มือการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ซึ่งทำการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความรู้ทั่วไป ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลเสนอเรียงลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ก่อนได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ภายในในกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) หลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 3 แสดงลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	5	16.7	8	26.7
หญิง	25	83.3	22	73.3
อายุ				
30 - 60 ปี	14	46.7	14	46.7
61 ปี ขึ้นไป	16	53.3	16	53.3
	$\bar{X} = 63$ SD = 11.4 min = 38 max = 83		$\bar{X} = 59$ SD = 10.5 min = 40 max = 83	
สถานภาพ				
โสด	2	6.7	0	0.0
คู่	20	66.7	23	76.7
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	8	26.7	7	23.3
การมาตรวจตามนัด				
สม่ำเสมอ	27	90.0	25	83.3
ไม่สม่ำเสมอ	3	10.0	5	16.7
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	1	3.3	3	10.0
ประถมศึกษา	21	70.0	23	76.7
มัธยมศึกษา	8	26.7	4	13.3

ตาราง 3 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	28	93.4	23	76.7
5,001 บาทขึ้นไป	2	6.6	7	23.3
	$\bar{X} = 2,563$ SD = 2,768		$\bar{X} = 3,856$ SD = 2,907	
	min = 600 max = 2,907		min = 300 max = 13,500	
อาชีพ				
ไม่ประกอบอาชีพ	11	36.7	11	36.7
เกษตรกรรม	5	16.7	10	33.3
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	8	26.7	3	10.0
รับจ้าง	2	6.6	3	10.0
แม่บ้าน/งานบ้าน	4	13.3	3	10.0
สิทธิการรักษา				
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	26	86.8	28	93.4
ประกันชีวิต/ประกันสังคม	1	3.3	1	3.3
เบิกได้/ข้าราชการ	2	6.6	0	0.0
ผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุข	1	3.3	1	3.3
ลักษณะครอบครัว				
อยู่คนเดียว	1	3.3	2	6.6
อยู่กับสามีหรือภรรยาและบุตร	25	83.3	27	90.1
อยู่กับพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย/เขย สะใภ้	4	13.3	1	3.3
ผู้ใกล้ชิดในครอบครัว				
สามีหรือภรรยา	10	33.3	13	43.3
ลูก/ ลูกเขยหรือลูกสะใภ้	18	60.0	15	50.0
หลาน และบุคคลอื่นๆ	2	6.7	2	6.7

ตาราง 3 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คนปรุงอาหาร				
ตนเอง	22	73.3	23	76.7
บุคคลอื่นในครอบครัว	8	26.7	7	23.3
ประวัติการสูบบุหรี่				
สูบ	2	6.7	1	3.3
ไม่สูบ	28	93.3	27	90.0
เคยสูบ/หยุดสูบแล้ว	0	0.0	2	6.7
การดื่มแอลกอฮอล์				
ดื่ม	2	6.7	3	10.0
ไม่ดื่ม	28	93.3	27	90.0
การออกกำลังกาย				
ออกกำลังกายเป็นประจำ	22	62.9	21	60.0
ไม่เคยออกกำลังกาย	13	37.1	14	40.0

จากตาราง 3 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 ส่วนใหญ่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.3 ($\bar{x} = 63$ SD = 11.4 min = 38 max = 83) พบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 90.0 สถานภาพส่วนใหญ่มีคู่ ร้อยละ 66.7 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 รองลงมา คือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 26.7 มีรายได้ส่วนใหญ่ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 93.4 ($\bar{x} = 2,563$ SD = 2,768 min = 600 max = 2,907) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.7 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 86.8 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่อยู่กับสามีหรือภรรยาและบุตร ร้อยละ 83.3 และผู้ใกล้ชิดในครอบครัวส่วนใหญ่ คือ ลูก/ ลูกเขยหรือลูกสะใภ้ ร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่เป็นคนปรุงอาหารเอง ร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่, ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และมีการออกกำลังกายเป็นประจำ ร้อยละ 93.3, 93.3 และ 62.9 ตามลำดับ

ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.3 (\bar{x} = 59 SD = 10.5 min = 40 max = 83) ส่วนใหญ่พบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ ร้อยละ 83.3 สถานภาพส่วนใหญ่มีคู่ ร้อยละ 76.7 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 76.7 รองลงมาคือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 13.3 มีรายได้ส่วนใหญ่ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 76.7 (\bar{x} = 3,856 SD = 2,907 min = 300 max = 13,500) ไม่ได้ประกอบอาชีพและประกอบอาชีพเกษตรกรรมใกล้เคียงกัน ร้อยละ 36.7 และ 33.3 ตามลำดับ สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 93.4 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่อยู่กับสามีหรือภรรยาและบุตร ร้อยละ 90.1 ผู้ใกล้ชิดในครอบครัว คือ ลูก/ ลูกเขยหรือ ลูกสะใภ้, สามี/ภรรยาและบุตร ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 50.0, 43.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นคนปรุงอาหารเอง ร้อยละ 76.7 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ เท่ากัน ร้อยละ 90.0 มีการออกกำลังกายเป็นประจำ ร้อยละ 60

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ก่อนได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

ตาราง 4 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ก่อนได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

ตัวแปร	\bar{x}	SD	t	df	P-value
ความรู้					
กลุ่มทดลอง	24.13	3.09			
กลุ่มควบคุม	22.73	2.38	1.966	58	0.054
พฤติกรรมการดูแลตนเอง					
กลุ่มทดลอง	69.83	1.60			
กลุ่มควบคุม	68.13	8.18	1.117	31.21	0.273

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	\bar{x}	SD	t	df	P-value
ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด					
กลุ่มทดลอง	172.40	47.67	0.270	58	0.788
กลุ่มควบคุม	169.43	36.72			

จากตาราง 4 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ก่อนได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ก่อนได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 24.13 (SD = 3.09) และ 22.73 (SD = 2.38) เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุน การจัดการตนเอง ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับ 0.05 ($p > 0.05$)

ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 69.83 (SD = 1.60) และ 68.13 (SD = 8.18) เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับ 0.05 ($p > 0.05$)

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ก่อนได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 172.40 (SD = 47.67) และ 169.43 (SD = 36.72) เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับ 0.05 ($p > 0.05$)

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ภายในกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

ตาราง 5 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ภายในกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	P-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
กลุ่มทดลอง							
ความรู้	24.13	3.09	26.13	1.71	-4.033	29	0.001*
พฤติกรรม	69.83	1.60	78.80	3.57	-12.510	29	0.001*
การดูแลตนเอง							
ระดับน้ำตาล	172.40	47.67	131.30	30.96	6.985	29	0.001*
ในกระแสเลือด							
กลุ่มควบคุม							
ความรู้	22.73	2.37	25.07	2.11	-7.760	29	0.001*
พฤติกรรม	68.13	8.18	69.83	7.94	-6.567	29	0.001*
การดูแลตนเอง							
ระดับน้ำตาล	169.43	36.72	162.27	32.47	1.631	29	0.114
ในกระแสเลือด							

*p-value < 0.05

จากตาราง 5 แสดงให้เห็นว่า ก่อนและหลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ภายในกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแล

ตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ภายในกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 24.13 (SD = 3.09) และ 26.13 (SD = 1.71) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 69.83 (SD = 1.60) และ 78.80 (SD = 3.57) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 172.40 (SD = 47.67) และ 131.30 (SD = 30.96) เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ภายในกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$)

คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ภายในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 22.73 (SD = 2.37) และ 25.07 (SD = 2.11) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 68.13 (SD = 8.18) และ 69.83 (SD = 7.94) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 169.43 (SD = 36.72) และ 162.27 (SD = 32.47) เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ภายในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ของกลุ่มควบคุม หลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับ 0.05 ($p > 0.05$)

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) หลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

ตาราง 6 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) หลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

ตัวแปร	\bar{x}	SD	t	df	P-value
ความรู้					
กลุ่มทดลอง	26.13	1.72	2.144	58	0.036*
กลุ่มควบคุม	25.07	2.12			
พฤติกรรมการดูแลตนเอง					
กลุ่มทดลอง	78.80	3.58	5.643	40.31	0.001*
กลุ่มควบคุม	69.83	7.94			
ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด					
กลุ่มทดลอง	131.30	30.96	-3.781	58	0.001*
กลุ่มควบคุม	162.27	32.47			

*p-value < 0.05

จากตาราง 6 แสดงให้เห็นว่า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) หลังได้รับการจัดโปรแกรม การสนับสนุนการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาล ในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) หลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 26.13 (SD = 1.72) และ 25.07 (SD = 2.12) เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุน การจัดการตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) หลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 78.80 (SD = 3.58) และ 69.83 (SD = 7.94) เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$)

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) หลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 131.30 (SD = 30.96) และ 162.27 (SD = 32.47) เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$)

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษาสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) ทำการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest - posttest design) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม มีวัตถุประสงค์ในการศึกษา 1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ก่อนและหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ (กลุ่มควบคุม) 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) 10 สัปดาห์ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) และ 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุน การจัดการตนเอง

โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเคลียร์ (Creer, 2000) สนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม 3 ด้าน คือ ด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นแนวทางในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ขั้นตอน คือ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal Selection) ในการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ 2) การรวบรวมข้อมูล (Information) โดยการสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง เฝ้าระวังตนเอง (Self - Monitoring) ประกอบด้วย การสังเกตอาการตนเอง (Self-Observation) และการบันทึกข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับตนเอง (Self - Recording) 3) การประมวลผลและประเมินผลข้อมูล (Information Processing and Evaluation) การนำข้อมูลที่รวบรวมได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางในการแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด 4) การตัดสินใจ (Decision Making) ในการลง

มือปฏิบัติการการจัดการตนเองเพื่อการระดับน้ำตาลในกระแสเลือด 5) การปฏิบัติ (Action) เป็นการลงมือปฏิบัติ โดยใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อลดระดับน้ำตาล ในกระแสเลือด และ 6) การประเมินตนเองหรือการสะท้อนผลการปฏิบัติ (self-reaction) ซึ่งเป็นการประเมินผลการปฏิบัติการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดโดยการเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นเตือนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งให้คู่มือการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Creer, 2000) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ตัวแปรตาม คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการประเมินสุขภาพตนเอง, พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือด จะละลายนี้หลังงดอาหารเช้า (FBS)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเบาหวานได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่จำกัดเพศ อาชีพ สถานภาพสมรส สถานะทางเศรษฐกิจ และยังไม่มียาโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ได้แก่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับตา เท้า ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไต และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจ เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่สุขเกษม (รพ.สต.บ้านใหม่-สุขเกษม) และมีประวัติการรับบริการคลินิกเบาหวานของ รพ.สต.บ้านใหม่สุขเกษม อำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ในช่วงเดือน มกราคม 2554 - กันยายน 2557 โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละเท่าๆ กัน ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) เพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 60 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด เพื่อลดการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำเป็นต้องคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อยู่คนละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล-บ้านใหม่สุขเกษม อำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย และ 2) กลุ่มควบคุม ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่รับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไกรนอก อำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวนกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน (ที่รับการรักษาต่อเนื่อง และได้ขึ้นทะเบียน เป็นผู้ป่วยเบาหวาน) โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 1 ปี รักษาด้วยวิธีรับประทานยา และรับบริการตรวจรักษาต่อเนื่องตามนัด อย่างน้อย 1 ปี 2) เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สามารถติดตามระดับน้ำตาลในเลือด

ย้อนหลังได้ 3) มารับบริการตรวจรักษาตามนัดของคลินิกโรคเบาหวาน รพ.สต.บ้านใหม่ สุขเกษม ในช่วงเดือน มกราคม 2554 - กันยายน 2557 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับตา เท้า ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไต และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจ 4) ผู้ป่วยสมัครใจ ยินดีเข้าร่วม วิจัยและให้ความร่วมมือในการวิจัย 5) เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดขณะอดอาหารเช้า (FBS) มากกว่า 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (มก./ดล.) จำนวนมากกว่า 3 ครั้งต่อปี และหรือมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหรือระดับฮีโมโกลบิน เอวันซี (HbA_{1c}) มากกว่า 7% เพียง 1 ครั้ง เก็บข้อมูลจากการบันทึกระเบียบประวัติการรักษา ซึ่งมี ผลการตรวจรักษา ย้อนหลัง 1 ปี 6) มีการรับรู้ สติสัมปชัญญะดี มีความสามารถในการสื่อ ความหมายหรือเข้าใจภาษาไทยได้ชัดเจน และให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง 7) สามารถเข้าร่วมโปรแกรม การสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองได้ครบตามกำหนด และ 8) มีอาการ และหรือผลการรับการรักษาพยาบาลคงที่ ไม่มีการปรับขนาดยาเพิ่มภายใน 3 เดือน ก่อนเข้าร่วม โปรแกรมได้ครบตามกำหนด ระยะเวลาในโปรแกรมทั้งหมด 10 สัปดาห์ .

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง และแบบบันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ก่อน และหลังการทดลอง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากรทบทวนวรรณกรรมที่ เกี่ยวข้องและโดยประยุกต์ทฤษฎีการจัดการตนเองของเคลียร์ (Creer, 2000) ร่วมกับทฤษฎี สมรรถนะแห่งตน (Self – Efficacy) ตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1998) ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ขั้นตอน คือ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal Selection) 2) การรวบรวม ข้อมูล (Information) โดยการเฝ้าระวังตนเอง (Self-Monitoring) ประกอบด้วย การสังเกตอาการ ตนเอง (Self-Observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (Self-Recording) 3) การประมวลผลและประเมินผลข้อมูล (Information Processing and Evaluation) 4) การตัดสินใจ (Decision Making) 5) การปฏิบัติ (Action) และ 6) การประเมินตนเองหรือการสะท้อนผลการ ปฏิบัติ (Self-Reaction) เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดโดยการเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ที่ตั้งไว้ และมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นเตือนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งให้คู่มือการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 พร้อมการจัดทำแผนการสนับสนุน และการให้ความรู้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับ

วัดอุปประสงค์ ของการวิจัยเท่ากับ 0.67 - 1 ตรวจสอบความเที่ยงตรง (Reliability) แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.86 และ 0.90 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมทางคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติ ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม การดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่ม ที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ (กลุ่มควบคุม) ก่อนและหลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ด้วยสถิติ Independent T- Test และวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ภายในกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรม การสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ก่อนและหลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ด้วยสถิติ Paired Sample T-test

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุ 61 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 63 ปี (SD = 11.4)ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 1 - 5 ปี เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 7.6 ปี (SD = 8.7) พบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ สถานภาพมีคู่ ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ คือ ประถมศึกษา รองลงมา คือ มัธยมศึกษา มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท รายได้เฉลี่ย 2,563 บาท (SD = 2,768) ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีสิทธิการรักษาแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลักษณะครอบครัว อยู่กับสามีหรือภรรยาและบุตร และผู้ใกล้ชิดในครอบครัว คือ ลูก/ ลูกเขยหรือลูกสะใภ้ เป็นคนปรุงอาหารเอง ไม่สูบบุหรี่, ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และมีการออกกำลังกายเป็นประจำ

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 61 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 59 ปี (SD = 10.5)ป่วยเป็นโรคเบาหวานมาแล้ว 5 ปีขึ้นไป เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 9.6 ปี (SD = 4.8) พบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ สถานภาพมีคู่ ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ คือ ประถมศึกษา รองลงมา คือ มัธยมศึกษา มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท รายได้เฉลี่ย 3,856 บาท (SD = 2,907) ไม่ได้ประกอบอาชีพและประกอบอาชีพเกษตรกรรมใกล้เคียงกัน ตามลำดับ มีสิทธิการรักษาแบบประกัน

สุขภาพถ้วนหน้า ลักษณะครอบครัวอยู่กับสามีหรือภรรยาและบุตร ผู้ใกล้ชิดในครอบครัว คือ ลูก/ลูกเขยหรือลูกสะใภ้, สามี/ภรรยาและบุตร ใกล้เคียงกัน ตามลำดับ เป็นคนปรุงอาหารเอง ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ มีการออกกำลังกายเป็นประจำ

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ (กลุ่มควบคุม) ก่อนได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ (กลุ่มควบคุม) ก่อนได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาล ในกระแสเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุน การจัดการตนเอง ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p > 0.05$)

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ภายในกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ก่อนและหลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับการจัดโปรแกรม การสนับสนุนการจัดการตนเอง ดังนี้

ภายในกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$)

ภายในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p > 0.05$)

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ (กลุ่มควบคุม) หลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) หลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ (กลุ่มควบคุม) หลังได้รับการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือด กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 สามารถอภิปรายผลการศึกษาตามสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมุติฐานที่ 1 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

จากผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ระหว่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) คะแนนความรู้กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพิมพ์ อุ้นพรม (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน วัยผู้ใหญ่ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นหลัก ร่วมกับการให้ความรู้การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียด และโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และพบว่าความดันโลหิต ไตเอสโตลิก และระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ ($p < 0.01$) ด้วย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีเพียงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเท่านั้น หลังการทดลองสูงกว่าการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) นอกจากนี้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้านทุกด้าน และโดยรวมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยจัดให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง

สมมติฐานข้อที่ 2 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

จากผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของคันฉิณี กองกุล (2552) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีทักษะการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม ช่วยควบคุมโรคเบาหวาน และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนลงได้ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับ

การพยาบาลตามปกติ พบว่าภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเอง มีพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมโรคภายหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และ 8 สูงกว่าก่อนการทดลอง และมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าลดลงกว่าก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) , สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชฎา จอปา (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมกลุ่มอาการเมบอลิก ในประชาชนวัยกลางคน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลด้านสุขภาพตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผลการศึกษา พบว่า 1) ภายหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมฯค่าเฉลี่ยรอบเขว ก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2) กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมฯหลังเริ่มทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 3) ระดับไตรกลีเซอไรด์ ระดับเอช-ดี-แอล โคเลสเตอรอล ภายหลังการทดลอง ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 4) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) , สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นันนภัส พิระพุดพิงศ์ (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเองและค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วยทำให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานเป็นรายกลุ่ม ฝึกทักษะการปรับความคิด การสื่อสาร การแก้ปัญหาและกิจกรรมการดูแลตนเอง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 7, 9 และ 16 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความรู้และกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวานหลังเข้าโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$), สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ละอองดาว คำชาติตา และคณะ (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง เส้นรอบเขว ระดับน้ำตาลในเลือด และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีกลุ่มอาการเมตาโบลิค คลินิกอ้วนลงพุง ซึ่งโปรแกรมพัฒนาจากแนวคิดของเครียร์ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการ 8 และ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีเฉลี่ยเส้นรอบเขว ระดับน้ำตาลในเลือด และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$, $p < 0.5$ และ $p < 0.01$ ตามลำดับ) และ สอดคล้องกับผลการศึกษาของปรางค์ บัวทองคำวิเศษ และคณะ (2557) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์ใช้

ทฤษฎีการจัดการตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ระยะเวลา 9 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลอง มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน แต่หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยจัดกิจกรรมกลุ่มให้กับกลุ่มทดลอง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแครีเยอร์ (Creer, 2000) ในการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ขั้นตอน คือ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลข้อมูลและการประเมินผล 4) การตัดสินใจ 5) การปฏิบัติ และ 6) การประเมินผลการปฏิบัติ กิจกรรมกลุ่มที่จัดให้กลุ่มทดลอง ประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกทักษะที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการประเมินสุขภาพตนเอง ร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม โดยการชักจูงด้วยคำพูดและใช้ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและการประเมินสุขภาพตนเอง เพื่อลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด กรณีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความมั่นใจในการจัดการตนเองให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น และในส่วนของระดับน้ำตาลในกระแสเลือดลดลง

อย่างไรก็ตามในเรื่องของความรู้ทั้งสองกลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ พฤติกรรมที่เพิ่มขึ้น และระดับน้ำตาลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามสมมติฐาน ส่วนกลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง แต่เพิ่มขึ้นน้อยกว่า นั่นเป็นเพราะบุคคลอาจมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเองได้ เนื่องจากบุคคลมีปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคลเข้ามาแทรกแซงตาม แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536 และจีระศักดิ์ เจริญพันธ์และเฉลิมพล ต้นสกุล, 2549) ได้ให้ความหมายพฤติกรรม คือกิจกรรมหรือการกระทำของบุคคลที่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น ว่าด้วยพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายในตัวบุคคล และในช่วงที่มีการจัด

โปรแกรมกลุ่มควบคุมมีโครงการด้านสุขภาพจากหน่วยงานภาครัฐเข้ามาทำกิจกรรมในชุมชน ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลไกรนอก มีการจัดการเรียนการสอน เรื่อง สุขภาพการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ ฯลฯ จากการตรวจสอบข้อมูลหลังการทดลองแล้วเสร็จเรียบร้อยแล้ว พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป และเป็นนักเรียนผู้สูงอายุทั้งหมดทำให้การเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีคะแนนเพิ่มขึ้นได้ โดยไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือด หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p > 0.05$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมฯ มีประสิทธิภาพสามารถลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

สรุปได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (FBS) หลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงลดลง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบายและสถานบริการ

1.1 นำเสนอผลการศึกษาให้ผู้บริหารได้ทราบและพิจารณาถึงความสำคัญเพื่อวางแผนให้การสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน พร้อมจัดทำนโยบายเครือข่ายหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care; CUP) โดยนำโปรแกรมไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการทางคลินิกทั้งในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.2 เป็นแนวทางให้โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้เป็นแผนการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการคลินิก ให้สามารถจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการปฏิบัติ

2.1 เป็นแนวทางให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำแนวคิดของกระบวนการในการจัดการตนเอง (Creer, 2000) 6 ขั้นตอน ไปใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองในการปฏิบัติตนต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากปัญหาระดับน้ำตาลสูงและลดปัญหาแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังอื่นได้

2.2 บุคลากรทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรพิจารณาคัดเลือกสื่อวิดีโอทัศน์, สื่อบุคคล ตัวอย่างหรือบุคคลต้นแบบ (Role Model) หรือคนที่เรายึดเป็นแบบอย่างที่ดีให้ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่มีบุคลิก มีวิสัยทัศน์ แบบอย่างที่ดี เพื่อเสริมสร้างพลังความสามารถให้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ขาดความมั่นใจ ขาดแรงบันดาลใจ ขาดความกล้าที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง เพื่อเป็นสื่อบุคคลที่มีอิทธิพล และเป็นแรงจูงใจต่อการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมาใช้กับผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถลดระดับน้ำตาลของตนเองได้

2.3 บุคลากรทางสุขภาพรับผิดชอบและมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ควรกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และจัดการพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดอย่างเคร่งครัด เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูง

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรติดตามผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างต่อเนื่อง เช่น หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และตามเวลาที่กำหนด หรือติดตามทุก 3, 6 เดือน, ครบ 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรม และระดับน้ำตาล ในกระแสเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. ควรมีการวางแผนการประเมินผลเพิ่มเติมในการควบคุมระดับน้ำตาล เช่น ประเมินด้วยการตรวจค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในกระแสเลือด (HbA_{1c}) เพื่อประเมินผลที่ชัดเจนของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหาร ที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในกระแสเลือด ย้อนหลังใน 3 เดือนได้

3. ควรมีการจัดโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยการจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หรือจัดห้องแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการเปิดวิดีโอทัศน์, สื่อบุคคล ตัวอย่างหรือบุคคลต้นแบบ (Role Model) พร้อมทั้งแจกคู่มือความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนต่อการจัดการ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น



บรรณานุกรม

- กาญจนา นิมิตรง. (2554). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและอาการปวดของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- กนกวรรณ พรหมชาติ. (2554). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของนักเรียนชาวเขาเผ่าม้ง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). สถ.ตีพิมพ์หน่วยงานสาธารณสุข นำนโยบายสู่การปฏิบัติ เน้นการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการควบคุมโรคใช้เลือดออก ตั้งเป้าคัดกรองกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมมากกว่า 90 เปอร์เซ็นต์. สืบค้น 27 กรกฎาคม 2559, จาก <https://www.google.co.th>
- เกจรีย์ พันธุ์เขียน. (2549). พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพ ชุมชนตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (การค้นคว้าอิสระปริญญา มหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). ข้อควรระวังเกี่ยวกับ โรคเบาหวาน. สืบค้น 20 ตุลาคม 2559 จาก <http://ramacme.ra.mahidol.ac.th/magazine/CMENewsNo48.pdf>
- จันทร์จิรา เกียรติสี่สกุล, สุปรีดา มั่นคง, อรสา พันธุ์ภักดี, และธนรัตน์ ชูงาม. (2551). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง วารสารโรคหัวใจและทรวงอก, 19(2), 78-87.
- จิตราพันธ์ กุลทพันธ์. (2551). การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันภาวะ แทรกซ้อนของผู้ที่เป็นเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จีราภรณ์ ฉิมแก้ว. (2560). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่กลับเข้ารับการรักษา ตัวซ้ำใน โรงพยาบาล (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, และเฉลิมพล ต้นสกุล. (2549). พฤติกรรมสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 4). มหาสารคาม: คลังนานาวิทยา.

- ชดช้อย วัฒนนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค.
วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 26(Suppl.1), 117-127.
- ชูด้า จิตพิทักษ์. (2525). พฤติกรรมศาสตร์เบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สารมวลชน.
- ชูศรี เมฆหมอก, จันทรฉาย ตระกูลดี, และสายฝน ม่วงคุ้ม. (2543). ผลการพยาบาลแบบ
ตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับ
บริการโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารสภาการพยาบาล, 15(3), 78-87.
- ชัยพร วิชชาวุธ. (2531). พฤติกรรมจริยธรรมในสังคมไทยปัจจุบัน: ศึกษาตามแนวทาง
จิตวิทยาสังคม / ชัยพร วิชชาวุธ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดือนใจ เสือดี, และสุวรรณี ศรีประสิทธิ์. (2545). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขต
อำเภอเมืองนครสวรรค์หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์.
วารสารวิชาการแพทย์ เขต 8, 10(1-2), 11-28.
- ทรัพย์ทรง จอมพงษ์. (2545). ผลการส่งเสริมสมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่:
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เทพ หิมะทองคำ. (2555). ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์ (พิมพ์ครั้งที่ 3).
กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์.
- ทิพวรรณ นมเนย. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชน
กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชาวไทยทรงดำ จังหวัดสุโขทัย (วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ธีรรัตน์ บุญกณะ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะเสี่ยงของโรคเบาหวาน การจัดการ
ตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานใน
อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตต์, 10(2) ,
17-28.
- นิตย์ เสวยศสกุล, และศุภวดี ลิปะพานนท์. (2540). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและ
ให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน.
วารสารวิจัยทางการพยาบาล, 1(1), 92-98.
- เนตรณพิศ ชาวล้าน. (2550). ศึกษาการให้ต่อความรู้พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน
โรคหอบหืดและครอบครัว (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ขอนแก่น:
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- นงนุช โอบะ. (2549). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและภาวะควบคุมโรคของบุคคลโรคเบาหวานในครอบครัว* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- นงนุช โอบะ. (2555). *การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเบาหวาน*. พิษณุโลก: ดาวเงิน การพิมพ์.
- นภาพร บุญเย็น. (2550). *ผลของกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญชัย อิศราพิสิษฐ์. (2557). นพ.บุญชัย' หมอปฏิวัติชีวิต เผยวิธีเด็ดเอาชนะ 6 โรคร้ายที่รุมเร้า. สืบค้น 2 กันยายน 2559, จาก <https://www.youtube.com/watch?v=Yi4RSwy4g0U&t=689s>
- บุญยิ่ง ราชทรัพย์. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะเสี่ยงต่ออัตราการครองชีพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ปิยมาลัย อาชาสันติสุข. (2550). *ศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ในผู้ป่วยเบาหวาน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และสัจจ สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราง บัวทองคำวิเศษ. (2560). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลท่าก้อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย*. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 9(1), 105-116.
- ปราณี ลักณาจันทโชติ. (2548). *ผลการปรับเปลี่ยนการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2*. *Sriakharinwirot Journal of Pharmaceutical Sciences*, 10(2), 145-152.
- พิมพ์ใจ อินทานนท์. (2556). *สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย*. สืบค้น 2 พฤษภาคม 2559, จาก <https://www.dmthai.org/index.php/knowledge/for-normal-person/health-information-and-articles/health-information-and-articles-old>

- พนิตา เขียงจิ่ง. (2560). การเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของ
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอฉะลิม
จังหวัดอุดรธานี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- พัชร อ่างบุญตา, ลินจง โปธิบาล, และณัฐพงศ์ โฆษณนันทน์. (2555). ผลของโปรแกรม
สนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบิน
เอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *พยาบาลสาร*, 39(3), 93-104.
- พัชร อ่างบุญตา. (2554). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการ
การจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พบแพทย์. (2560). โรคเบาหวาน. สืบค้น 2 พฤษภาคม 2562, จาก <https://www.pobpad.com/>
- พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. (2544). ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ
ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต).
เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เมดไทย. (2560). โรคเบาหวาน. สืบค้น 2 พฤษภาคม 2562, จาก <https://medthai.com/>
โรคเบาหวาน
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมโรคเบาหวานแห่ง
ประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี,
สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560).
แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: ร่วมเขียน มีเดีย.ว.
- รัชวรรณ ศิริธรรมวานิช. (2559). ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และแนวทางการรักษา
ด้วยสมุนไพร. สืบค้น 2 กรกฎาคม 2559, จาก
<https://www.youtube.com/watch?v=oBujJ7Wh7ul>
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทรนอก. (2557). *สรุปรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประจำปี
2557*. สุโขทัย: งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ อำเภอองไทรลาด.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่สุขเกษม. (2557). *สรุปรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ประจำปี 2557*. สุโขทัย: งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ อำเภอองไทรลาด.
- ราพุนศรี พรหมมีเนตร. (2544). การรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะสุขภาพ และวิถีชีวิต
ที่ส่งเสริมสุขภาพในผู้ใส่ขาเทียม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต).
เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ลำพวรรณ แสงบั้ง. (2560). ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ควบคุมไม่ได้ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วิชาญ ปาวัน. (2560). คู่มือรู้ทันโรคและภัยสุขภาพสำหรับประชาชน. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ชุมชนสมสทกรรณการเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วิชัย เอกพลากร. (2553). รายงานการสำรวจ สุขภาพประชาชนไทยโดยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: กราฟิโก ซิสเต็มส์.
- วีระศักดิ์ ศรีนงภากร. (2553). โรคเบาหวาน: Case Approach for Disabetes Mellitus Management. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
- วันวิสาข์ โฉมสาร. (2550). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อความรู้โรคหืดและทักษะการจัดการตนเอง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรารณณ์ หนูเมศรี. (2549). การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมากและกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันป่าตอง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ (การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศศิธร ชิดยาณี. (2547). ผลการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภลักษณ์ เข็มทอง. (2555). บทสรุปเรื่อง Self-Management. สืบค้น 2 กรกฎาคม 2557, จาก <https://www.gotoknow.org/posts/214051>
- ศูนย์ข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2558). Sukhothai Data Center. สืบค้น 2 พฤษภาคม 2559, จาก hdc.skto.moph.go.th
- คันสนีย์ กองสกุล. (2552). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2559). อัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อประชากร. สืบค้น 2 พฤษภาคม 2562, จาก <http://hdc.skto.moph.go.th>

- สมเกียรติ โพธิ์สิทธิ์. (2551). โรคเบาหวาน (*Diabetes Mellitus*). สืบค้น 2 พฤษภาคม 2562, จาก <https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report>
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วีเจ พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล, และอรสา พันธุ์ภักดี. (2542). การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง: การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยสนับสนุนการดูแลตนเอง. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สวรรณ รุจิชยากร. (2550). ศึกษาผลของโปรแกรมสอนความรู้ พฤติกรรมการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหืด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- แสงเดือน หาญครุฑ. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตนต่อระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหอบหืด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุพรรณิ ไตส์มฤทธิ. (2550). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมบริโภคอาหารต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวาน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุพิมพ์ อุ่นพรม. (2550). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุลี แซ่ชื่อ. (2546). ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมออกกำลังกายและสมรรถภาพปอดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรเกียรติ อาชานุกาพ. (2551). ตำราตรวจรักษาโรคทั่วไป 2: 350 โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่ 4 ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- สร้อยจันทร์ พานทอง. (2545). ผลของการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์. (2540). *การรับรู้บทบาท กับภาวะการรับรู้ควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรพินท์ สีขาว. (2561). *การจัดการโรคเบาหวาน: มิติของโรคและบทบาทพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 4).
สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์ มหามหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- อรวรรณ ประภาศิลป์. (2554). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเอง ในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต).
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์. (2558). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2558*.
สืบค้น 2 พฤษภาคม 2562, จาก <http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015>
- อรัญญา ชิดชอบ. (2551). *การจัดการตนเองกับความ เหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- American Diabetes Association. (2017). Classification and Diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care*, 40(Suppl 1), S11-S24.
- American Diabetes Association. (2017). Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities. *Diabetes Care*, 40(Suppl 1), S25-S32.
- American Diabetes Association. (2013). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 36(Suppl 1), S11-S58.
- American Diabetes Association. (2014). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 37(Suppl 1), S4-S81.
- American Diabetes Association. (2017). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 40(Suppl 1), S25-S32.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A Social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentices-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy the exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Bandura, A. (1997). *Social Learning theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentices-Hall.
- Cohen, J. (1992). *Quantitative methods in psychology*. New York: New York University.
- Creer, L. T. (2000). *Self-management of chronic illness*. In M. Boekaerts, P. R. Prinrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 601-629). Sun Diego, CA: Academic.

- Gibson, C. H. (1993). *A study of empowerment in mother of chronically ill children*. Boston: n.d.
- Holroyd, K. A., & Creer, T. L. (1986). Self-management of chronic disease: Handbook of Clinical intervention and research. *Medical Care*, 39(11), 1217-1223.
- Jekel, J. F., Katz, D. L., Elmore, J., & Wild, D. (2007). *Epidemiology, biostatistics, and Preventive medicine Sample Size, Randomization, and Probability theory* (3rd ed., pp. 197-212). USA: Saunder, an imprint Elsevier.
- Kemm, & Close. (1995). *Health promotion theory and practice*. London: Mac Millan.
- Pender, N. J. (2006). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). Stamford, Connecticut: Appleton & Large.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research, Generating and assessing evidence for Nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Taylor, S. G., & Repenning, K. M. (2001). *Nursing concepts practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (1995). *Basic nursing, theory and practice* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Lorig, K. R., Ritter, P. L., Villa, F. J., & Armas, J. (2009). Community-based peer-led diabetes self- management program: A randomized trial. *Diabetes Educator*, 35(4), 641-651.
- Virally, M. (2011). IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 94(3), 311-321.
- Virally, M. (2007). Type 2 diabetes mellitus: epidemiology, pathophysiology, unmet needs and therapeutical perspectives. *Diabetes & Metabolism*, 33(4), 231-244.
- Wattana, C. (2006). *Effects of The Diabetes Self-management Program on knoenledge of Diabetes, Glycemic Control, Cardiovascular Risk, and Quality of life among people*. Chiang-mai, Thailand: Chiang-mai University.
- Wong-Rieger, D., & Rieger, F. P. (2013). Health coaching in diabetes: Empowering patients to self-manage. *Can J Diabetes*, 2013, 41- 44.

- World Health Organization. (2003). World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 21(11), 1983-1992.
- World Health Organization. (2011). *Social determinants approaches to public health: from Concept to practice*. Malta: Author.
- Yan Zheng, Sylvia, H. Ley, & Frank, B.Hu. (2018). *Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications*. Retrieved May 2, 2019, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29219149>





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบสอบถาม <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> กลุ่มทดลอง	<input type="checkbox"/> กลุ่มควบคุม
<input type="checkbox"/> ก่อนการทดลอง	
<input type="checkbox"/> หลังการทดลอง	

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง (.....) ให้สมบูรณ์ที่สุดของข้อความต่อไปนี้

วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์.....

- เพศ
() ชาย () หญิง
- อายุ ปี
- ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน..... ปี
(ตั้งแต่ได้ตรวจรักษาและรับยาครั้งแรก จนถึงปัจจุบัน)
- ท่านมาตรวจและรับบริการการรักษาตามนัด
() สม่ำเสมอ () ไม่สม่ำเสมอ
- สถานภาพสมรส
() โสด () คู่
() ม่าย (คู่ครองเสียชีวิต) () หย่า
() แยกกันอยู่ () อื่นๆ ระบุ
- ระดับการศึกษา
() ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา () ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา
()ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
- รายได้ของท่านเฉลี่ย บาทต่อเดือน

8. อาชีพ

- () ไม่มีอาชีพ/ไม่ได้ประกอบอาชีพ () เกษตรกรรม
 () ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ/
 พนักงานรัฐวิสาหกิจ () ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 () แม่บ้าน/งานบ้าน () รับจ้าง
 () อื่นๆ ระบุ.....

9. ความเพียงพอของรายได้

- () เพียงพอและมีเงินเก็บ () ไม่เพียงพอและเป็นหนี้ ไม่มีเงินเก็บ

10. สิทธิการรักษาพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ชำระเงินเอง/จ่ายเอง () ประกันสังคม
 () ประกันสุขภาพถ้วนหน้า () เบิกได้/เบิกค่ารักษาพยาบาลจากต้นสังกัด
 () ประกันชีวิต () อื่น ๆ ระบุ

11. ลักษณะครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () อยู่คนเดียว () อยู่กับสามีหรือภรรยา และบุตร
 () อยู่กับพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย () อื่น ๆ ระบุ

12. สถานะในครอบครัว

- () เป็นหัวหน้าครอบครัว () ภรรยาหรือสามีของหัวหน้าครอบครัว
 () ลูก หลาน หรือเขย สะใภ้ () อื่น ๆ ระบุ

13. ผู้ใกล้ชิดในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () สามีหรือภรรยา () ลูกสาวหรือลูกชาย/ลูกเขยหรือลูกสะใภ้
 () หลาน () อื่น ๆ ระบุ

14. บุคคลใดทำหน้าที่ในการปรุงอาหารในครอบครัว

- () ตัวเอง () บุคคลอื่น ระบุ.....

15. ประวัติการสูบบุหรี่

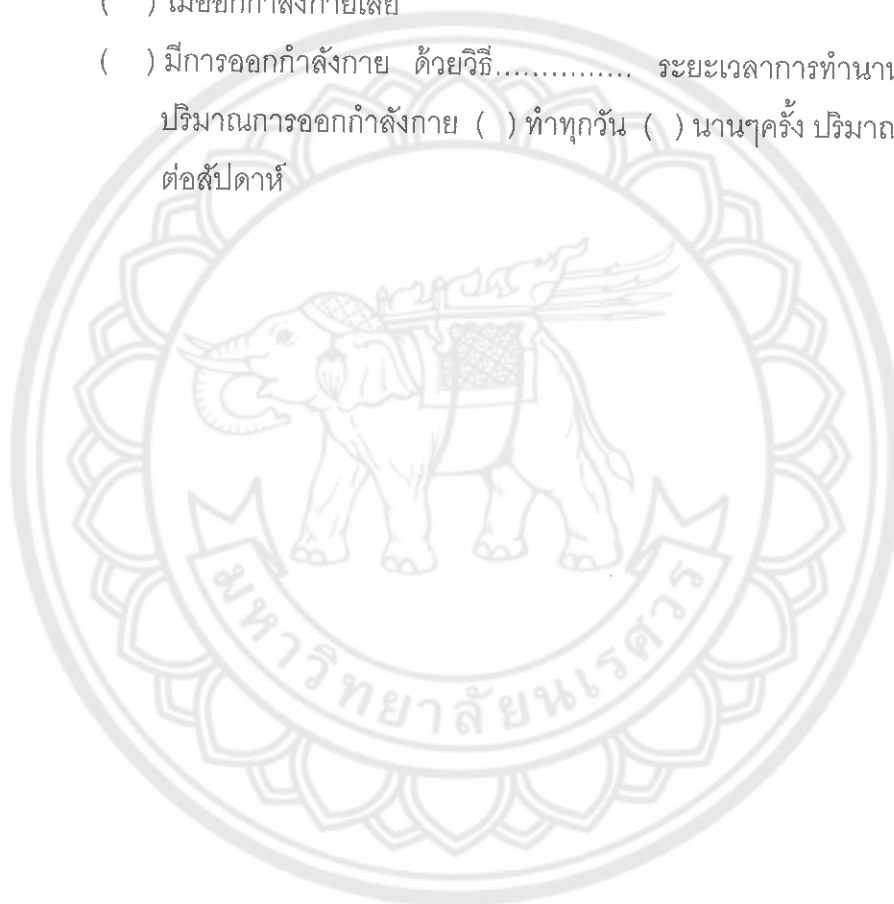
- () ไม่สูบ
 () สูบ ระยะเวลา.....ปี.....เดือน ปริมาณการสูบ.....มวน/วัน
 ปริมาณการสูบ () สูบทุกวัน () นานๆครั้ง ปริมาณ.....วันต่อสัปดาห์
 () เคยสูบ.....ปี แต่หยุดแล้ว สาเหตุ.....หยุดได้นานปี เดือน

16. ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์

- () ไม่ดื่ม
- () ดื่ม ระยะเวลาานานปี.....เดือน ปริมาณการดื่ม.....ต่อวัน
ปริมาณการดื่ม () ดื่มทุกวัน () นานๆครั้ง ปริมาณ.....วันต่อสัปดาห์
- () เคยดื่ม.....ปี แต่หยุดแล้ว สาเหตุ.....หยุดได้นานปี เดือน

17. พฤติกรรมการออกกำลังกาย

- () ไม่ออกกำลังกายเลย
- () มีการออกกำลังกาย ด้วยวิธี..... ระยะเวลาการทำงานนาที
ปริมาณการออกกำลังกาย () ทำทุกวัน () นานๆครั้ง ปริมาณ.....วัน
ต่อสัปดาห์



ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

คำชี้แจง แบบสอบถามต่อไปนี้ ต้องการทราบถึงความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของท่าน ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่า ว่าถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง เมื่อท่านเห็นว่าตรงกับความรู้ของท่านมากที่สุด

ให้ใส่เครื่องหมาย \checkmark หลังข้อความ ลงในช่อง ใช่ เมื่อท่านเห็นข้อความข้างหน้า ถูกต้อง หรือใส่เครื่องหมาย \checkmark ลงในช่อง ไม่ใช่ เมื่อท่านเห็นข้อความข้างหน้า ไม่ถูกต้อง

ข้อ	เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	ใช่	ไม่ใช่
1	โรคเบาหวาน คือ โรคที่ร่างกายมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 126 มก./ดล. เกินกว่าค่าปกติของคนปกติ		
2	โรคเบาหวานเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลหรืออาหารรสหวานมากเป็นประจำและเป็นเวลานานเพียงสาเหตุเดียว		
3	โรคเบาหวานมีอาการสำคัญ คือ กินจุ หิวบ่อย น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย เป็นแผลแล้วรักษาหายช้า		
.			
.			
.			
9	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานทำให้ตาบอดได้		
	ด้านอาหาร		
10	การควบคุมอาหารเป็นวิธีการหนึ่งในการป้องกันโรคแทรกซ้อนของเบาหวาน		
11	การกินอาหารครบ 3 มื้อและตรงเวลา จะช่วยป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้		
12	การหลีกเลี่ยงการกินอาหารที่รสหวาน อาหารที่มีน้ำตาล ขนมหวาน และเครื่องดื่มที่มีรสหวานทุกชนิดจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้		

ข้อ	ด้านอาหาร	ใช่	ไม่ใช่
13	การหลีกเลี่ยงการกินอาหารที่มีไขมันมาก เนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หนังไก่ ทอด หมูสามชั้น และอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้		
.			
.			
.			
	ด้านออกกำลังกาย		
19	การออกกำลังกายทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง		
20	การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน คือ การเดิน การวิ่ง ขี่จักรยานอย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้		
21	ผู้ป่วยเบาหวานถ้าออกกำลังกายแล้วจะช่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลให้ปกติได้โดยไม่ต้องควบคุมการรับประทานอาหาร		
.			
.			
.			
25	เมื่อมีอาการใจสั่น เหงื่อออกขณะออกกำลังกาย ควรอมลูกอมหรือกินน้ำตาล แล้วพักผ่อนเพื่อให้อาการดีขึ้น		
	ด้านการใช้ยา		
26	ยารักษาโรคเบาหวานมีฤทธิ์ลดน้ำตาลในเลือด		
.			
.			
.			
30	การใช้ยารักษาโรคเบาหวาน ไม่ควรหึ่งยาตากแดด หรือถ้าเป็นยาบรรจุแผงควรแกะเม็ดยากินเป็นวันๆไม่ควรแกะใส่ขวดหรือใส่ซองทิ้งไว้ เพราะอาจจะทำให้ยาเสื่อมคุณภาพ		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามต่อไปนี้ ต้องการทราบถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ขอให้ท่านพิจารณาว่าข้อความต่อไปนี้ ในแต่ละข้อตรงกับพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของท่านมากที่สุด โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่บอกถึงระดับพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ในแต่ละข้อและมีเกณฑ์ให้เลือกตอบดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำทุกวัน
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นบางครั้ง
 (ปฏิบัติ 1 – 3 วัน/สัปดาห์)
 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย

พฤติกรรม การดูแลตนเอง		การปฏิบัติ		
		เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
ด้านอาหาร				
1.	ในแต่ละมื้อหลัก ท่านกินอาหารครบทั้ง 5 หมู่			
2.	ในแต่ละมื้อ ท่านกินอาหารตรงเวลาหรือเวลาที่ใกล้เคียงกัน			
3.	ในแต่ละสัปดาห์ ท่านกินผลไม้ที่มีรสหวานจำนวนมาก			
.				
.				
.				
10.	ท่านกินอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อและรับประทานอาหารระหว่างมื้อด้วย			

พฤติกรรมการดูแลตนเอง		การปฏิบัติ		
		เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
	ด้านการออกกำลังกาย			
11.	ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ทำออกกำลังกายตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่น เดินเร็ว วิ่ง ขี่จักรยาน ว่ายน้ำกระบอง เป็นต้น			
.				
.				
.				
20.	ท่านทำงานที่ใช้แรงงานมากจนมีเหงื่อออกแล้ว จึงไม่ออกกำลังกายอีก			
	ด้านการใช้ยา			
21.	ท่านกินยาเบาหวานตามจำนวนที่แพทย์สั่ง ในเวลาเดียวกันทุกวัน			
22.	ท่านกินยาเบาหวานตามจำนวนที่แพทย์สั่ง โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดของยาเอง			
.				
.				
.				
30.	ท่านแกะเม็ดยาและนำยาทุกอย่างมารวมกันไว้ในซองเดียว			

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง
(สำหรับผู้วิจัยเก็บข้อมูลเอง)

บันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า
จากทะเบียนคุมให้บริการผู้ป่วยเบาหวานของสถานบริการ

แบบบันทึกค่าระดับน้ำตาล (สำหรับผู้วิจัยเก็บข้อมูลและบันทึกเอง)

รายละเอียด ลำดับ	ค่าระดับน้ำตาลก่อนการวิจัย และหลังการวิจัย			
	ครั้งที่ 1 ก่อนการวิจัย (สัปดาห์ที่ 1)		ครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดการวิจัย (สัปดาห์ที่ 10)	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
.				
.				
30				

คำอธิบายเพิ่มเติม

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าจากปลายนิ้ว ก่อนและหลังการทดลอง

บันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า จากทะเบียนคุมให้บริการผู้ป่วยเบาหวานของสถานบริการ

*หมายเหตุ: การวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยและผู้วิจัยไม่ได้เป็นผู้เจาะเลือดเอง

การบันทึกผลระดับน้ำตาลในเลือด จะเก็บรวบรวมจากทะเบียนให้บริการของสถานบริการทุกเดือน หลังจากกลุ่มตัวอย่างมารับบริการแต่ละเดือนตามนัด โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ในข้อมูลแฟ้มประวัติหรือเพิ่มส่วนตัวเรื่องอื่นๆ นอกจากข้อมูลค่าระดับน้ำตาลที่ได้บันทึกไว้ในทะเบียนของสถานบริการ

ผลของระดับน้ำตาล นำมาเพื่อประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเท่านั้น และผู้ป่วยจะได้รับบริการตามปกติที่อาสาสมัครมาตรวจระดับน้ำตาลตามที่แพทย์นัดเป็นประจำ และจะได้รับการดูแลรักษาตามสิทธิผู้ป่วยรวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับจะไม่มีการไม่มีการระบุชื่ออาสาสมัครในแบบเก็บข้อมูล โดยจะถูกระบุด้วยหมายเลขอาสาสมัครเท่านั้น

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาล ในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาล
ในกระแสเลือดโดยประยุกต์ทฤษฎีการจัดการตนเองของเคลียร์ (Creer, 2000) ร่วมกับทฤษฎี
สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของแบนดูรา (Bandura,
1998) ประกอบด้วยโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง
ของเคลียร์ (Creer, 2000) สนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม 3 ด้าน คือ ด้านอาหาร การ
ออกกำลังกาย และการใช้ยา ประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา
(Bandura, 1997) เป็นแนวทางในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการ
ตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2
ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ขั้นตอน คือ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal selection) ในการจัดการตนเอง
เพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้
2) การรวบรวมข้อมูล (information) โดยการสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง เฝ้าระวัง
ตนเอง (Self-monitoring) ประกอบด้วย การสังเกตอาการตนเอง (Self-observation) และการ
บันทึกข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับตนเอง (Self-recording) 3) การประมวลและประเมินผล
ข้อมูล (Information processing and evaluation) การนำข้อมูลที่รวบรวมได้เกี่ยวกับการ
เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางในการแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็น
ปัญหาต่อการลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด 4) การตัดสินใจ (Decision Making) ในการลงมือ
ปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อการระดับน้ำตาลในกระแสเลือด 5) การปฏิบัติ (Action) เป็นการ
ลงมือปฏิบัติ โดยใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อลดระดับน้ำตาล ในกระแสเลือด และ 6) การ
ประเมินตนเองหรือการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Self-reaction) ซึ่งเป็นการประเมินผลการปฏิบัติ
การจัดการตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดโดยการเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้
และมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นเตือนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งให้
คู่มือการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยมีรายละเอียดโปรแกรม ดังนี้

a. แผนการสนับสนุนและให้ความรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การรับประทานอาหาร และการใช้ยาเพื่อรักษาโรคเบาหวาน กิจกรรมการเดินออกกำลังกาย และการประเมินพฤติกรรม การปฏิบัติตนเองในด้านการรับรู้สุขภาพ พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านยา และด้านอาหาร

b. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านสำหรับช่วยลดน้ำตาลในกระแสเลือดผู้ป่วยเบาหวาน ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย แบบบันทึกการรับประทานอาหาร การบันทึกน้ำหนักตัว รอบเอว รายสัปดาห์ พร้อมทั้งแบบบันทึกระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ด้วยตนเอง โดยวิธีการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วหลังงดอาหารมากกว่า 6 ชั่วโมง โดยผสม. อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง



แผนการสอนผู้ป่วยเบาหวาน 1

เรื่อง รู้ทัน เราป้องกันได้
สาระสำคัญ โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นได้กับคนทั่วไป ไม่ใช่โรคติดต่อ และ โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ สาเหตุอาจมาจากพันธุกรรม ความอ้วน อายุ ความเครียด ทั้งนี้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมีอายุ 35 ปีขึ้นไป แต่หากผู้เป็นโรคมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การจัดการสุขภาพที่ดีย่อมทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีอย่างคนปกติทั่วไป

ผู้สอน นางประทีปศรี หอมฉาย

สำหรับ ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน

สถานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่สุขเกษม อำเภอองครักษ์ จังหวัดสุโขทัย

ระยะเวลาที่ใช้สอน 2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการของอาการเกิดโรคเบาหวานในร่างกาย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเบาหวานสามารถอธิบายความหมาย สาเหตุ อาการของโรคเบาหวานได้
2. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเบาหวานสามารถวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนและยับยั้งการของโรคเบาหวาน
3. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเบาหวานตระหนักความสำคัญในการดูแลตนเองและการดูแลสุขภาพของตนเองได้

Approval

NU-IRB

1 พ.ย. 2559

แผนการสอนผู้ป่วยเบาหวาน 1

เรื่อง รู้ทัน เราป้องกันได้

สาระสำคัญ โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นได้กับคนทั่วไป ไม่ใช่โรคติดต่อ และ โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าคนปกติ สาเหตุอาจมาจากพันธุกรรม ความอ้วน อายุ ความเครียด ทั้งนี้อายุความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมีอายุ 35 ปีขึ้นไป แต่หากผู้ป่วยมีภาวะปฏิบัติตนที่ดีทั้งด้านการดูแลตนเอง การจัดการสุขภาพที่ดีของบุคคลทั่วไป

ผู้สอน นางประพิมศิริ หอมฉาย

สำหรับ ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน

สถานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ชุมชนเกษม อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

ระยะเวลาที่ใช้สอน 2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อากาของการเกิดโรคเบาหวานในร่างกาย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเบาหวานสามารถอธิบายความหมาย สาเหตุ อากาของโรคเบาหวานได้
2. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเบาหวานสามารถวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายของโรคเบาหวาน
3. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเบาหวานตระหนักความสำคัญในการดูแลตนเองและการดูแลสุขภาพของตนเองได้

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	กิจกรรม ผู้เรียนพึงประสงค์	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
1. ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง เบาหวานสามารถ อธิบายความหมาย สาเหตุ อากาของ โรคเบาหวานได้	<p>ความหมายของโรคเบาหวาน</p> <p>โรคเบาหวาน คือ โรคหรือกลุ่มของโรคที่มีความผิดปกติซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่ฮอร์โมนอินซูลินหรือมีความบกพร่องในการผลิตหรืออินซูลินประสิทธิภาพบกพร่องในอินซูลินไปใช้ หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินลดลง เป็นผลทำให้ระดับของน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น (Hyperglycemia) มีปัสสาวะหวาน (Sweet urine) ทำให้เกิดความผิดปกติของกระบวนการเผาผลาญ (Metabolism) ของคาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีน และเกลือแร่ หากปล่อยทิ้งให้นาน ๆ จะก่อให้เกิดการทำลายระบบลำคัยต่างๆ ของร่างกายในระยะยาวจนไม่สามารถแก้ไขได้ โดยเฉพาะระบบหัวใจ หลอดเลือด ระบบประสาท และทำให้เกิดการตายก่อนเวลาอันสมควร แต่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานโรคเบาหวานสามารถควบคุมโรคและความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนของโรคได้</p>	<p>การเรียนการสอน ขั้นนำ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตนเองและกล่าวทักทายผู้ช่วยกลุ่มทดลองเบาหวาน ที่แจ้งกระบวนการดำเนินการดำเนินการวิจัย เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี 2. ผู้วิจัยแจกป้ายชื่อและคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานให้แก่ผู้ช่วยกลุ่มทดลองเบาหวาน 3. ผู้วิจัยทำกิจกรรมละลายพฤติกรรมของ ผู้ช่วยเบาหวาน โดยให้วิธีการสัมมนาการขั้นสอน 4. ผู้วิจัยมีการตั้งประเด็นคำถาม "ท่านคิดว่าโรคเบาหวาน คือ อะไร" 5. ผู้วิจัยใช้วิธีบรรยายเนื้อหาประกอบภาพ และให้ผู้ช่วยร่วมแข่งขันการตอบคำถามอาหารที่ 	<p>ผู้เรียนพึงประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองทักทายผู้สอน - ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองร่วมทำกิจกรรมละลายพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้วิธีการสัมมนาการ - มีความสนใจในการรับฟัง - ตอบคำถามที่ผู้สอนถามตามความเข้าใจ - มีการซักถามในประเด็นที่ไม่เข้าใจและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้สอน 	<p>สื่อการสอน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ป้ายชื่อ - ภาพประกอบคำบรรยาย - คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน - เกมตอบคำถาม - การซักถาม - การบริหาร - จัดการสมมติกรภายในกลุ่ม 	<p>การประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - สังเกตความสนใจ - การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตอบ - แบบสอบถาม - การซักถาม - การบริหาร - จัดการสมมติกรภายในกลุ่ม

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม การเรียนรู้	กิจกรรม ผู้เรียนพึงประสงค์	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
<p>สาเหตุ</p> <p>สาเหตุของโรคเบาหวานเกิดจากร่างกายขาดอินซูลิน อินซูลินเป็นฮอร์โมนที่สร้างขึ้นที่ตับอ่อนมีหน้าที่ย่อยสลายน้ำตาลในเลือดทำให้เกิดพลังงาน ดังนั้นเมื่อขาดอินซูลินแล้วร่างกายไม่สามารถย่อยสลายน้ำตาลเหลือคั่งในกระแสเลือดและถูกขับออกมาทางปัสสาวะ</p> <p>1.กรรมพันธุ์ เบาหวานชนิดที่ 2 มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม และมีการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์มากกว่าเบาหวานชนิดที่ 1</p> <p>1) ถ้าพ่อเป็นเบาหวานแต่แม่ไม่เป็นลูกมีโอกาas เป็นเบาหวานร้อยละ 4</p> <p>2) ถ้าแม่เป็นเบาหวานแต่พ่อไม่เป็นลูกมีโอกาas เป็นเบาหวานร้อยละ 10</p> <p>3) คู่ฝาแฝดที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โอกาสที่อีกคนจะเป็นเบาหวานเกือบร้อยละ 100</p> <p>4) ถ้าพี่ชายหรือพี่สาวเป็นเบาหวาน(ไม่ใช่ฝาแฝด) น้องจะมีโอกาสเป็นเบาหวาน ร้อยละ 40</p>	<p>การเรียนรู้</p> <p>การเขียนการสอan</p> <p>สังเกตเสียงต่อสุภาพหรือพฤติกรรมที่มีผลเสียต่อโรคเบาหวานโดยการแบ่งกลุ่ม 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน ให้เวลาตอบกลุ่มละ 2 นาที</p> <p>6. กติกาการแข่งขัน กลุ่มที่ชนะการแข่งขันจะได้รับเงินรางวัลแสดงของกลุ่มที่แพ้การแข่งขันจะตั้งรางวัลเพื่องบประมาณที่ทางการแสดงร่วมกัน</p> <p>7. ผู้วิจัยศึกษามึนประเด็นต่างๆ ที่คิดว่าผู้เข้าร่วมมีประสบการณ์ โดยให้กลุ่มให้ผู้บรรยายหือการของตนเองก่อนที่จะเป็นโรคเบาหวาน</p>	<p>กิจกรรม</p> <p>- การร่วมมือในการประกอบกิจกรรมภายในกลุ่ม</p> <p>- การแสดงความสามารถในด้านต่างๆ</p> <p>- การประยุกต์ความรู้ไปใช้ประโยชน์</p>			

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	กิจกรรม ผู้เรียนพึงประสงค์	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
<p>สาเหตุ(ต่อ)</p> <p>2. ความอ้วน (Obesity) เนื่องจากในคนอ้วนเนื้อเยื่อมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้ฮอร์โมนอินซูลินออกฤทธิ์ได้น้อยลง เกิดการต่อต้านการออกฤทธิ์อินซูลินทำให้การขนถ่ายกลูโคสเข้าสู่เซลล์ลดลง และขัดขวางการเผาผลาญกลูโคสภายในเซลล์คนที่อ้วนส่วนกลาง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงถึงเกือบ 3 เท่า ของคนที่ไม่น้ำหนักปกติ</p> <p>3. การออกกำลังกาย (Physical activity) พบว่าการออกกำลังกายมีผลสำคัญในการสนับสนุนการดูแลรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2</p> <p>4. ภาวะน้ำหนักแรกเกิดต่ำ (มีการศึกษาทางระบาดวิทยาที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ของภาวะน้ำหนักแรกเกิดต่ำและอัตราการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลไกการเกิดโรคยังไม่เป็นที่ชัดเจน)แต่มีการศึกษาพบว่าภาวะการขาดอาหารอาจทำให้มีการลดลงของขนาด Beta cell บ้างขึ้นอยู่กับ เช่น การตั้งครรภ์ ความเครียดและการใช้บางตัว เช่น nicotinic acid</p>	<p>8. เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมซักถามในประเด็นที่ไม่เข้าใจและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเอง</p> <p>ขั้นสรุป</p> <p>9. ผู้วิจัยและผู้ช่วยพยาบาลร่วมกันสรุปความรู้ที่ตนเองได้รับ โดยการใช้อธิบายให้ผู้ป่วยมาหว่าน ให้บอกถึงสิ่งที่ได้รับ ทั้ง สาเหตุ อาการ และข้อคิดที่จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์กับตนเอง</p>	<p>กิจกรรม</p> <p>ผู้เรียนพึงประสงค์</p>	<p>สื่อการสอน</p>	<p>การ</p> <p>ประเมินผล</p>	

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	กิจกรรม ผู้เรียนพึงประสงค์	สื่อการสอน	การประเมินผล
2. ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง เบาหวานสามารถ วิเคราะห์ถึงปัจจัย เสี่ยงที่จะเกิด ภาวะแทรกซ้อนและ อันตรายของ โรคเบาหวาน	<p>อาการของโรคเบาหวาน</p> <p>เมื่อเริ่มแรกจะมีอาการเบาคล้ายเป็นคอตไป ผู้ที่เป็นเบาหวานจะมีอาการ ได้แก่</p> <p>3.1 บัสสาวะบ่อยและมากปัสสาวะมีมดขุ่น(osmolality)</p> <p>3.2 ดื่มน้ำมากจะมีอาการคอแห้งและกระหายน้ำ (polydipsia)</p> <p>3.3 น้ำหนักลด ผอมลง (weight loss)</p> <p>3.4 หิวบ่อย (polyphagia)</p> <p>3.5 อากาอื่น ๆ เช่น คันตามอวัยวะสืบพันธุ์ ชาตามปลายนิ้ว ปวดตาเห็นมดควมรู้สึกทางเพศ เป็นแผลหรือฝีง่ายแต่หายยาก ตาพร่ามัวต้องเปลี่ยนแว่นตาบ่อย ๆ และ ในหญิงมีครรภ์อาจคลอดบุตรที่มีน้ำหนักเกิน 4 กก.</p>	<p>การเรียนการสอน</p> <p>(พักการรวมกิจกรรม 10 นาที)</p> <p>ขั้นนำ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยเบาหวานร่วมทำกิจกรรมสัมพันธ์กัน เพื่อเป็นการกระตุ้นร่างกายก่อนทำกิจกรรม 2. ผู้วิจัยร่วมทบทวนความรู้ในเรื่องที่กล่าวมาข้างต้นที่ผ่านมาให้ผู้ปฏิบัติภาพประกอบการสอน 	<p>- ละเอียดพฤติกรรมของ</p> <p>- ผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้วิธีการสังเกตการณ์</p>	<p>- บทเพลง</p> <p>- บัตรภาพ</p> <p>- ภาพประกอบ</p> <p>การบรรยาย</p>	<p>- สังเกตความสนใจ</p> <p>- การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตอบแบบสอบถาม</p> <p>- การซักถาม</p>
	<p>โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน</p> <p>ภาวะฉุกเฉินที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่</p> <p>ภาวะคีโตสิส [Diabetic ketoacidosis,DKA]</p> <p>ภาวะโคม่าจากน้ำตาลในเลือดสูง [Hyperosmolar non-ketotic hyperglycemic coma, HINHC]</p>				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	ผู้เรียนพึงประสงค์	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	<p>ภาวะเป็นกรดในเลือด [Lactic acidosis]</p> <p>ภาวะฉุกเฉินที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ Hypoglycemia</p> <p>ภาวะฉุกเฉินจากโรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หัวใจวาย</p> <p>ภาวะฉุกเฉินจากโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>ภาวะฉุกเฉินจากการติดเชื้อทำให้เกิดภาวะโลหิตเป็นพิษ</p> <p>ภาวะฉุกเฉินจากเส้นเลือดขาด</p> <p>ภาวะแทรกซ้อน</p> <p>ภาวะแทรกซ้อนทางสายตา (Diabetic retinopathy)</p> <p>ภาวะแทรกซ้อนทางไต (Diabetic nephropathy)</p> <p>ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Diabetic neuropathy)</p> <p>โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน</p> <p>โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary vascular disease)</p> <p>โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease)</p> <p>โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral vascular disease)</p> <p>แผลเรื้อรังจากเบาหวาน (Diabetic ulcer)</p>	<p>ขั้นตอน</p> <p>3. ผู้วิจัยใช้กิจกรรม รูปแบบเกมโชว์ ซึ่งอิงสิ่งต่าง ๆ โดยให้ผู้ช่วยจำนวน 30คน แบ่งกลุ่ม 4 กลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน</p> <p>4. ให้ผู้ช่วยแยกแยะความหมาย 4 กลุ่ม ศึกษาสื่อการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานร่วมกันเป็นเวลา 3 นาที และเตรียมตอบคำถาม จากวิจัย</p> <p>5. ผู้วิจัยจะเป็นผู้ทายคำถาม โดยกติกากลุ่มที่ยกมือก่อนมีสิทธิได้ตอบคำถามเป็นกลุ่มแรก เพียงตอบ คำว่า จริง/ไม่จริง เพื่อสะสมคะแนนไว้รางวัล</p> <p>6. - ใช้วิธีบรรยายประกอบภาพ</p> <p>- ศึกษากลุ่มประเด็นต่าง ๆ ที่คิดว่า ผู้เข้าร่วมมีประสบการณ์</p> <p>- เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมซักถามในประเด็นที่ไม่เข้าใจ</p>	<p>- มีความสนใจในการรับฟัง</p> <p>- การเข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>- ตอบคำถามที่ผู้สอบถามตามความเข้าใจ</p> <p>- มีการซักถามในประเด็นที่ไม่เข้าใจและแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นกับผู้อื่น</p>	<p>- คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน</p> <p>- เกมโชว์</p>	<p>การประเมินผล</p> <p>- การบริหารจัดการสมรรถภาพภายในกลุ่ม</p>

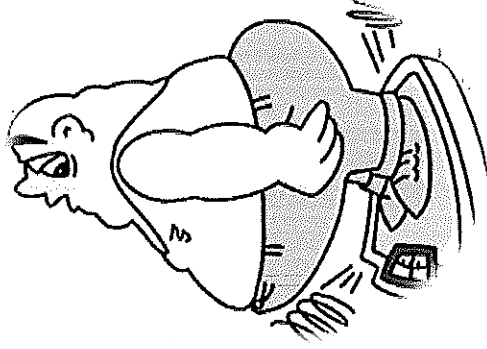
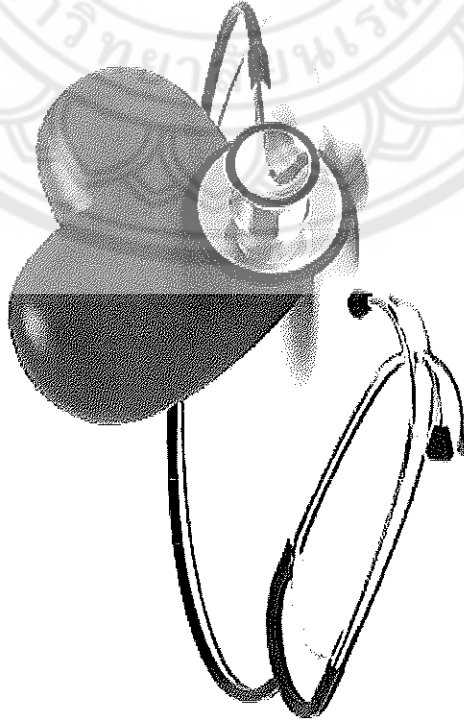
วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	กิจกรรม ผู้เรียนพึงประสงค์	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
	<p>การรักษาและการควบคุมโรคเบาหวาน</p> <p>โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง การรักษาผู้มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงเกณฑ์ปกติให้มากที่สุด โดยไม่ก่อให้เกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งการรักษาจำจะเป็นจะต้องทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย แพทย์ ผู้ให้คำแนะนำเรื่องโรคเบาหวาน นิยามการและยา การรักษานี้จะช่วยให้เกิดความสมดุลทั้งในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการใช้ยารักษาควบคู่กัน ระดับน้ำตาลในเลือดสม่ำเสมอ</p>	<p>ที่ศูนย์</p> <p>7. ผู้วิจัยและผู้ช่วยพยาบาลร่วมสรุปความรู้ในเรื่อง ภาวะแทรกซ้อนและอันตรายของโรคเบาหวาน</p> <p>8. ใช้ลูกโป่ง/เพลงเป็นเครื่องมือในการประกอบกิจกรรมในการสังเกตแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเอง</p>			

ภาคผนวก ง คู่มือผู้ป่วยเบาหวาน

มอบให้ด้วยใจรัก.....หมั่นดูแล

คู่มือ

การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน



นางประพิมศรี หอมฉาย

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

นักศึกษา ป.โท มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีการศึกษา 2557

แนวทางและหลักการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

สำหรับผู้ป่วยและญาติที่บ้าน

นางประพิมศรี หอมจอย

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

นักศึกษา ป.โท มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีการศึกษา 2557

ประวัติประจำตัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน

รักษาโดยการ รับประทานยา

ฉีดอินซูลิน

รักษาด้วยวิธีอื่น ระบุ.....

ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน

มี ระบุ.....

ไม่มี

ระดับน้ำตาล ก่อนเข้าร่วม ครั้งที่ 1..... ครั้งที่ 2..... ครั้งที่ 3.....

ระดับน้ำตาล หลังเข้าร่วม เดือนที่..... หลังปิดโครงการวิจัย.....

ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ..... ปี

(วัน เดือน ปีเกิด)...../...../..... ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....

หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

ตรวจพบเบาหวานเมื่อ พ.ศ.....

โรคประจำตัวก่อนเป็นเบาหวาน.....

โรคแทรกซ้อนหลังเป็นเบาหวาน.....

สถานบริการที่ขึ้นทะเบียนรักษา.....

ที่มา : คู่มือเล่มนี้

ตารางบันทึกสุขภาพ										
ชื่อ	นามสกุล	ส่วน	BMI	ระดับ	ออก	รูปถ่าย	รูปถ่าย	รูปถ่าย	รูปถ่าย	รูปถ่าย
นางสาว	ณัฐพร	สูง								
นางสาว	ณัฐพร	สูง								
นางสาว	ณัฐพร	สูง								
นางสาว	ณัฐพร	สูง								
นางสาว	ณัฐพร	สูง								
นางสาว	ณัฐพร	สูง								
นางสาว	ณัฐพร	สูง								
นางสาว	ณัฐพร	สูง								
นางสาว	ณัฐพร	สูง								
นางสาว	ณัฐพร	สูง								

คณะผู้จัดทำ

1. นางสาวณัฐพร แว
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา

2. นางสาวอัจฉรา มุสิกวัฒน์
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริการวิชาการ
ประชาสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์

1. นางแชมป์ท์ ชุติกริตติยา
หัวหน้างานบริการวิชาการ
อาจารย์ประจำภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล
การพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

2. นางพิชญ์ปัญญานิชส์ เรื่องเรื่งกุดกัทรี
อาจารย์ประจำภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล
การพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

เรียบเรียงเนื้อหา

ภาพประกอบและรูปเล่ม

1. นางสาวชุทธอ เสือแม่
อาจารย์ประจำภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล
การพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ



คำขวัญ

คู่มือ "การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน" เล่มนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาและนำมาเผยแพร่ให้กับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นผลงานที่เกิดจากการทดลองศึกษาของผลการเรียนรู้ของผู้สอนอาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลการพยาบาลผู้ใหญ่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา อันเนื่องจากการให้บริการวิชาการแก่สังคมโดยบูรณาการกับการเรียนการสอนของมหาวิทยาลัยปฏิบัติกรพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 ในโครงการบริการวิชาการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชุมชนบางเขน

ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีอาการแทรกซ้อนมากขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้บางครั้งจึงขาดผู้ดูแลที่บ้านรวมถึงการดูแลที่ต่อเนื่องอย่างถูกต้อง เหมาะสมแบบองค์รวม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมและส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำคู่มือนี้จากคณะผู้จัดทำตั้งใจเรื่อง "คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน" ขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างวิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้มีความรู้และเกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน สามารถให้คำแนะนำแก่ประชาชนทั่วไป ครอบครัวและชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน

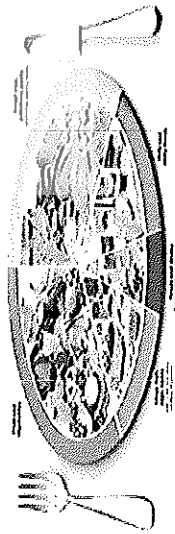
การจัดทำคู่มือนี้มาจาก การจัดทำของคณะอาจารย์ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาลร่วมกับฝ่ายบริการวิชาการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา

ด้วยความปรารถนาดีจาก
นางประพิมศรี หอมฉาย
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

เนื้อหา	
คำนำ	1
เป้าหมายคืออะไร	1
สาเหตุ	2
อาการของโรคเบาหวาน	2
การแปลผลการเจาะเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน	3
ภาชนะน้ำตาลในเลือดดำ	4
การห่มเบ็ดเสด็จากน้ำตาลในเลือดสูง	5
ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน	6
หลักการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน	
ภาคผนวก	
หมวดอาหารทั่วไป	ก
ตัวอย่างรายการอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน	ค
ตารางบันทึกสุขภาพ	ง

ตัวอย่างรายการอาหารสำหรับผู้ช่วยเบาหวาน

วัน	มือเช้า	มือกลางวัน	มือเย็น
จันทร์	เค้กช็อคโกแลตทราย	ต้มยำปลาทูกับมะดันต้ม	ซูปรีญีพืช
อังคาร	เนื้อมันฝรั่งย่างเกลือ	น้ำพริกมะเขือเทศ กล้วย	สลัดย่างกุ้ง
พุธ	ข้าวต้มปลา นมชาดมันเนย	ก๋วยเตี๋ยวปลา น้ำมั่งคุด	ซูปรีน้ำใส ผักลวกน้ำพริก กะปิ
พฤหัสบดี	ข้าวผัดปู แกงจืดเต้าหู้ก้วยดอก แก็กฮวย	เนื้อห่อเต้าหู้ราดเห็ดเข็ม ทอง	ยำตะไคร้ใบ ชะพลู
ศุกร์	ข้าวต้มปลา	เยื่อไผ่ตุ๋นยาจีน เต้าฮวยฟูรุดสลัด	ผัดปลาปลา กะพง
เสาร์	ดอกกะหล่ำผัดเผ็ดหอม กระเทียมโทน	ราดหน้าปลาเต้าหู้พริก หวาน	แกงจืดเต้าหู้ ดอกขจร
อาทิตย์	ข้าวกะเพราเต้าหู้เห็ด ตับ	ยำก้านคะน้า	ไข่ตุ๋นมะเขีง



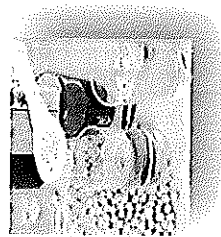
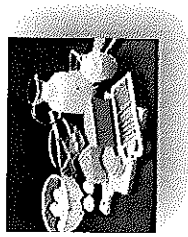
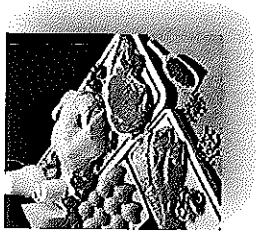
หมวดเนื้อสัตว์และอาหารทดแทน

เนื้อสัตว์ สารอาหารหลักคือ โปรตีน ช่วยให้อ่างกายเจริญเติบโต แข็งแรง และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอง เช่น เนื้อปลา วัหหมู เป็ด ไก่ กุ้ง แล็ดแห้ง ผลิตภัณฑ์จากถั่ว เต้าหู้ เนยแข็ง หรือชีส

หมวดนมและผลิตภัณฑ์ของนม ให้สารอาหารโปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรต ได้แก่ นมชนิดต่างๆ และผลิตภัณฑ์ที่ทำจากนม เช่น นมเปรี้ยว โยเกิร์ต ไอศกรีม

หมวดไขมันและน้ำมัน ให้พลังงานแก่

ร่างกายและดูดซึมวิตามิน ที่ละลายในไขมัน (วิตามิน เอ ดี อี และเค) ได้แก่ ไขมันและน้ำมันจากพืชและสัตว์ เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกคำฝอย กะทิ น้ำมันปาล์ม เนย เมล็ดพืชของเมล็ดทานตะวัน เป็นต้น



☺ การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน ... ขู



.. การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน ☺ .. 1

เบาหวานคืออะไร

โรคเบาหวานคือ ภาวะที่ร่างกายมีความผิดปกติเกี่ยวกับการเผาผลาญสารอาหาร ทำให้ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ เนื่องจากขาดฮอร์โมนอินซูลินหรือภาวะดื้ออินซูลิน มีผลทำให้น้ำตาลในเลือดสูง

สาเหตุ

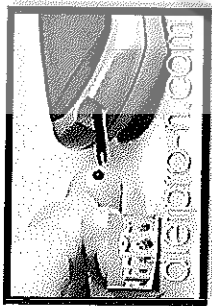
สาเหตุของโรคเบาหวานที่แท้จริงไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อกันว่าเกิดจากหลาย

ปัจจัยดังนี้

1. กินอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล เช่น ขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ ผลไม้ที่มีรสหวาน เช่นทุเรียน มะม่วงสุก ขนุน เป็นต้น
2. ภาวะเครียด
3. อายุที่เพิ่มขึ้น
4. ภาวะตั้งครรภ์ น้ำหนักเด็กแรกคลอดมากกว่า 4 กิโลกรัม
5. ไม่ออกกำลังกาย
6. กรรมพันธุ์
7. ความอ้วน
8. ความผิดปกติของไขมันในเลือด

อาการของโรคเบาหวาน

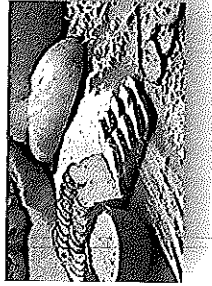
- บ่อยจะบอຍออกพบว่ามึบัสสาวะมึบดอม
- หิวน้ำบอຍ คอแห้ง
- กินจุ หิวบอຍ แต่บึ้นหนักลัด
- อ่อนเพลีย มึบงง บึ้นภาพบึบชัด ตาพร่ามัว
- คับตามบึบหนึ่ง มึบการลัดบึบชือธา โดยเฉพาะบึบบริเวณชืองคคอดในบึบด้วยหญิง
- สาขาบึบบึบลายมึบบปลายเข้า หย่อนสมรรถภาพทางเพศ



- ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 100 mg/dl คือ ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ตนเองต้อง
- ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 100-125 mg/dl คือ ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์พอใช้ ควรคุมอาหาร ยา และออกกำลังกาย
- ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126 mg/dl คือ ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปรับปรุง ควรคุมอาหาร รับประทานยาเบาหวานตรงเวลา และออกกำลังกาย

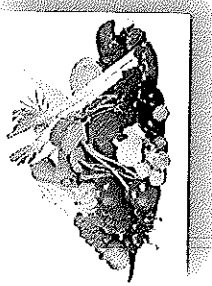
หมวดอาหารทั่วไป

- **หมวดแป้ง/ข้าว** สารอาหารหลัก คือ คาร์โบไฮเดรต ซึ่งให้พลังงานแก่ร่างกาย เช่น ข้าวสวย ข้าวเหนียว



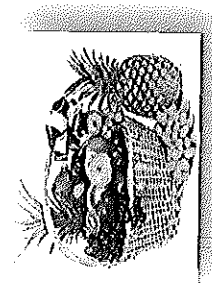
กล้วยเดี่ยว ขนมะพร้าว ชนมะพร้าวแห้ง มัน ข้าวโพด ฟักทอง ลูกเดือย

- **หมวดพืชผัก** รับประทานให้หลากหลาย และใยอาหารช่วยเสริมสร้าง



การทำงานของร่างกายให้ปกติ เช่น ผักทุกชนิด ทั้งผักหัว ผักใบ ดอกหรือต้น

- **หมวดผลไม้** ให้วิตามิน แคลอรี ใยอาหารเหมือนพืชผักแต่ให้



คาร์โบไฮเดรตเหมือนแป้ง/ข้าวด้วย ได้แก่ ผลไม้ทุกชนิด

ภาคผนวก

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

คือ ภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 60 mg/dl

สาเหตุ

- รับประทานอาหารน้อยกว่าปกติ
- ออกกำลังกาย หรือทำงานหนักกว่าปกติ
- ขนาด และชนิดของยาก็ใช้ไม่เหมาะสม

แนวทางการปฏิบัติเมื่อน้ำตาลในเลือดต่ำ

อาการที่ตองสงสัยน้ำตาลในเลือดต่ำ	แนวทางปฏิบัติ
<ol style="list-style-type: none"> 1. เหงื่อออกมาก ตัวเย็น 2. ใจสั่น หัวใจเต้นแรงและเร็ว 3. ปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะ หน้ามืด รู้สึกไม่สบายเฉียบพลัน หิวมาก มือสั่น 4. ตาลาย ตาพร่าหรือเห็นภาพซ้อน 5. ความรู้สึกนึกคิดผิดปกติ สับสน และเฉื่อย 6. พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง หงุดหงิด ฉุนเฉียวอย่างฉับพลัน 7. น้ำซึด พูดไม่ชัด 8. หากน้ำตาลในเลือดต่ำมาก จะมีอาการชักหมดสติ 	<ul style="list-style-type: none"> • อาการไม่มากรู้สึกตัวดี ใกล้เคียงอาหารให้รับประทานอาหารทันที • อาการค่อนข้างมาก รู้สึกตัวให้รับประทานอาหารที่ดูดซึมเร็ว เช่น น้ำหวาน ½ - 1 แก้ว หรือใช้น้ำตาล 1 ช้อนโต๊ะ ละลายน้ำ ½ แก้ว หรือลูกอม 2 เม็ด ภายใน 5 - 10 นาที และควรให้อาหารอื่นต่อ เช่น ขนมปัง ผลไม้ ข้าว กล้วยเดี่ยว *ห้ามใช้น้ำตาลเทียมในกรณีที่ยังไม่ดีขึ้น ให้ดื่มหรือรับประทานของหวานซ้ำอีก

การหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูง

เกิดจากการติดเชื้อหรือมีประวัติขาดยาดัดน้ำตาล หรือยาเบาหวาน
สาเหตุ

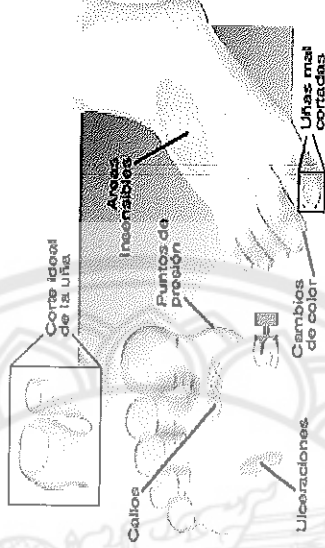
อาการที่พบบ่อย ได้แก่ คอแห้ง ผิวแห้ง หิวน้ำอย่างมาก ความดันโลหิตต่ำ ซึมหมด
 สติ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มักพบว่าสูงกว่า 600 mg/dl

อาการที่ต้องสังเกตเมื่อสงสัยน้ำตาลในเลือดสูง	แนวทางปฏิบัติ
1. หิวน้ำมาก ดื่มน้ำบ่อย บิดสวาระบ่อย โดยเฉพาะเวลากลางคืน	<ul style="list-style-type: none"> ดื่มน้ำมากๆ ซึ่งจะขจัดระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดหรือ บิดสวาระ หากพบว่าสูงให้รีบไปพบแพทย์
2. อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย น้ำหนักลด	
3. ตามืด	
4. ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทั้งหมดสติหรือบางรายอาจมีอาการระตุกเฉพาะที่ หรือมีอาการซึมและมีระดับน้ำตาลในเลือดมาก	

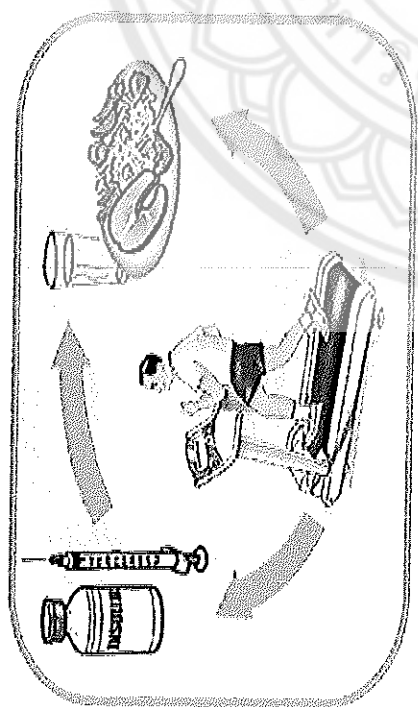


- พบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินและปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้เหมาะสม ควบคุมความดันโลหิต รับประทานยา ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ รวมทั้งตรวจดากับจักษุแพทย์เป็นประจำ และตรวจการทำงานของไตปีละครั้ง

หมั่นดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ สุขภาพทั่วไปและสุขภาพเท้าโดยรักษาความสะอาด ไม่สวมรองเท้าที่คับเกินไป ถ้ามีแผลที่เท้าต้องรับการรักษาทันที

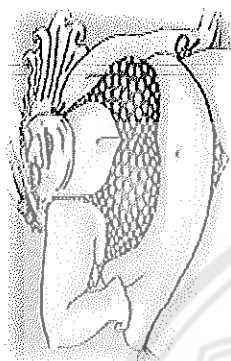


- เรียนรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลตนเองในภาวะที่ไม่และขณะเจ็บป่วย
- นอนพักผ่อนให้เพียงพอ
- ทำจิตใจให้สบาย ผ่อนคลายความเครียด เช่น ทำสมาธิ
- ควรบีบนิ้วหรือสัมผัสนิ้วของผู้ป่วยเบาหวานติดตัวตลอด

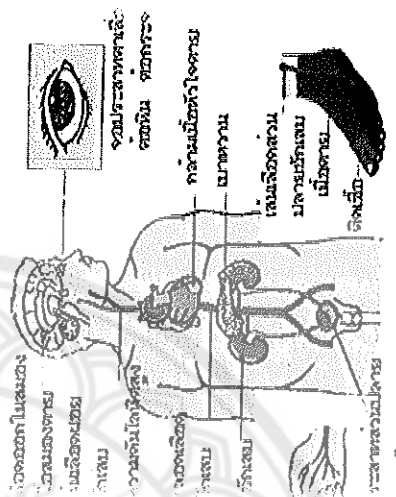


- ควบคุมน้ำหนักให้ใกล้เคียงปกติ ซึ่งดัชนีมวลกายไม่เกิน 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร

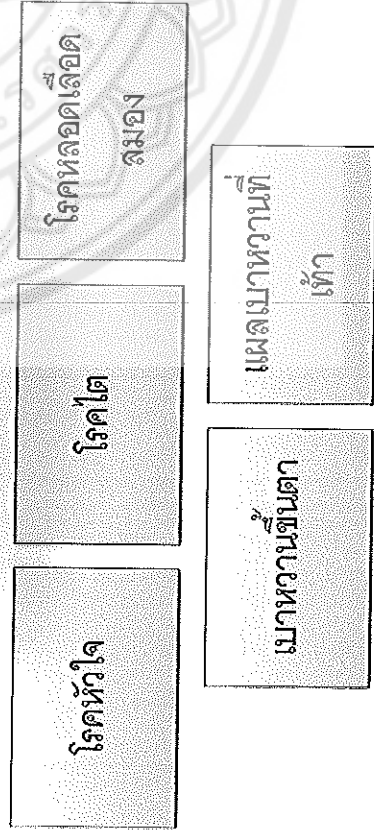
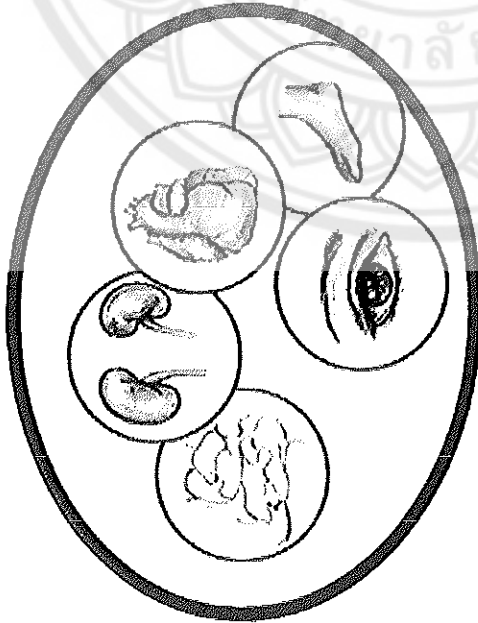
โดยสูตร	ดัชนีมวลกาย	=	น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)
รอบเอว			ส่วนสูง (เมตร) x ส่วนสูง (เมตร)
			ชาย น้อยกว่า 90 cm (36 นิ้ว)
			หญิง น้อยกว่า 80 cm (32 นิ้ว)



- ไม่ดูบุหรี่ยาเสพติดหรือดื่มเหล้า เบียร์ โวน์ เครื่องดื่มชูกำลัง
- กินยาหรือฉีดอินซูลินรักษาเบาหวาน ตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ
- รักษาโรคอื่นที่พบร่วมด้วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดผิดปกติ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

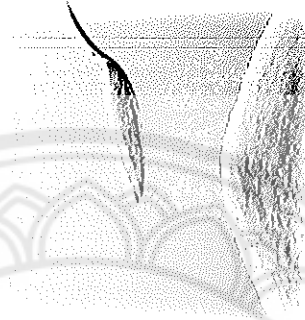


ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน



หลักการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน สามารถดูแลตนเองได้ง่ายๆ ดังนี้

- **ควบคุมอาหาร**
 - ลดอาหารจำพวกแป้งและของหวาน น้ำตาล น้ำผึ้ง น้ำผลไม้ น้ำอัดลม ถ้าชอบหวานใส่น้ำตาลเทียมแทน และเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ที่ไม่หวาน



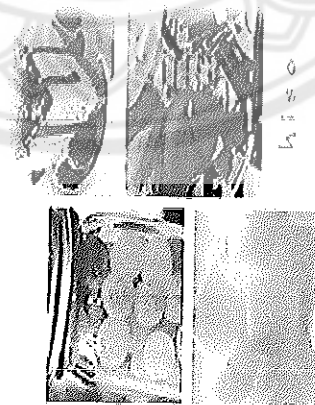
- **ลดอาหารมัน** เช่น ของทอด ของมัน อาหารหรือขนมที่ใส่กะทิ ชิมก่อนเติมเครื่องปรุง



- รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ แต่ละมื้อให้ครบ 5 หมู่ คือ ทั้ง แป้ง ข้าว เนื้อสัตว์ ไขมัน ผัก ผลไม้ และนมสด



- กินให้ตรงเวลาไม่งดมื้อใดมื้อหนึ่ง
- ดื่มน้ำกินจุบกินใจไม่เป็นเวลา



- ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ อย่างน้อย 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ เติบโตมากขึ้น หรืออย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์



Exercising 30 minutes a day either in a row or broken up is beneficial to your health

ที่มา : [www.bcnyla.ac.th/file/fayborikanvichakan/1\)_12_6_56.doc](http://www.bcnyla.ac.th/file/fayborikanvichakan/1)_12_6_56.doc)

ภาคผนวก จ เอกสารที่ใช้ในงานวิจัย



งานธุรการ คณะศึกษาศาสตร์
5505
โทร. ๒๕๖๒๕๐๕
๒๕๖๒๕๐๕
๒๕๖๒๕๐๕

ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อควบคุมการทำวิทยานิพนธ์
ระดับปริญญาโท

๒๕๖๒๕๐๕
๒๕๖๒๕๐๕
๒๕๖๒๕๐๕
๒๕๖๒๕๐๕

เพื่อใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตระดับปริญญาโท ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยมีคุณภาพ
และมาตรฐานสอดคล้องกับหลักการของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา และเห็นไปตามข้อ ๒๖ (๒) (ก)
แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยนเรศวร ว่าด้วยการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.๒๕๕๕ (แก้ไขเพิ่มเติม) ฉบับที่ ๗
พ.ศ. ๒๕๕๗

ฉะนั้น ข้าพเจ้าในฐานะคณบดีมหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ.๒๕๖๒
บัณฑิตวิทยาลัย จึงแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ของ นางประทีปศรี หอมอุย
รหัสประจำตัว ๕๗๐๖๒๕๐๕ สาขาวิชาสารานุกรมศาสตร์ ดังต่อไปนี้

- | | | |
|----------------|--------------|------------------------|
| ๑. ดร.ศิริโชค | วรัตน์วิจิตร | ประธานที่ปรึกษานิพนธ์ |
| ๒. ดร.ชฎานันท์ | ประทุมสุตร | กรรมการที่ปรึกษานิพนธ์ |

ให้อาจารย์ที่ปรึกษาดำเนินการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ให้เป็นไปตามประกาศมหาวิทยาลัยนเรศวร
เรื่อง แนวปฏิบัติในการทำวิทยานิพนธ์ พ.ศ. ๒๕๕๕ ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๕

ประกาศ ณ วันที่ ๗ กันยายน พ.ศ.๒๕๕๘

(ศาสตราจารย์ ดร.รัตนะ บัวลณี)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

เอกสารรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

COA No. 192/2016
IRB No. 018/59



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

๑๑ หมู่ ๑ ตำบลท่าใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization In Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2
Study Title : Effects of self-management support for self-care behaviors and levels of blood glucose in Thai patients with type 2 diabetes mellitus.
ผู้วิจัยหลัก : นางประพิมศรี ทอมลุย
สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์
วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited Review)
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือ ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 ธันวาคม 2558
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 ธันวาคม 2558
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 ธันวาคม 2558
4. AF 04-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 23 พฤษภาคม 2559
5. AF 05-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 23 พฤษภาคม 2559
6. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 23 พฤษภาคม 2559
7. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 25 พฤษภาคม 2559
8. ประวัติ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 ธันวาคม 2558
9. รายละเอียดงบประมาณการวิจัย เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 18 พฤษภาคม 2559
10. แผนการสอนผู้ป่วยเบาหวาน 1 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 ธันวาคม 2558
11. Case Record Form เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 พฤษภาคม 2559
12. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 18 พฤษภาคม 2559

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ศิริทัศนีย์ทิพย์ หงษ์เจริญ)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



วันที่รับรอง : 07 มิถุนายน 2559
Date of Approval : June 07, 2016
วันหมดอายุ : 07 มิถุนายน 2560
Approval Expire Date : June 07, 2017

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

Version 2.0 Date 23/05/2016

AF 04-10/3.0



Naresuan University Institutional Review Board

ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
(Information Sheet for Research Participant)ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางประพิมพ์ศรี หอมอุย

ที่อยู่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทรนอก อำเภอคงไทรลราช จังหวัดสุโขทัย 64170

เบอร์โทรศัพท์ 089-5685802 , เบอร์โทรที่ทำงาน 055-657281

(ที่ทำงานและมือถือ)

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่สุขเกษม อำเภอคงไทรลราช จังหวัดสุโขทัย ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

โรคเบาหวาน คือโรคที่มีภาวะระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงเกิน เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โรคเบาหวานเป็นโรคที่อยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อชนิดเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด เป็นโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาสาธารณสุขและมีอัตราเพิ่มมากขึ้น หากผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม หรือควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ในหลายระบบของร่างกาย เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนส่งผลให้เกิดความสูญเสียต่างๆ ตามมากับผู้ป่วย ได้แก่ เกิดการสูญเสียโอกาสต่างๆ เช่น เสียโอกาสที่จะไปทำงานและเวลาในการทำงาน เพื่อหารายได้มาเลี้ยงชีพ ส่งผลให้รายได้และฐานะทางเศรษฐกิจครอบครัวลดลง

ตามเกณฑ์ดัชนีชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุข ปี 2557 ให้มีการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อด้วยโรคเบาหวานต้องมีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยต้องมีค่าระดับน้ำตาลน้อยกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และต้องมีผลการตรวจ HBA1C ไม่ควรเกิน ร้อยละ 7 ทั้งนี้รพ.สต.บ้านใหม่สุขเกษม มีจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 100 ราย พบว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ น้อยกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรเพียงร้อยละ 35 ซึ่งน้อยกว่าดัชนีชี้วัดกระทรวง และจำนวนผู้ได้รับการตรวจ HBA1C ปี 2557 (ข้อมูลจากทะเบียนผู้รับบริการเบาหวานและสรุปรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อรังประจำปี รพ.สต.บ้านใหม่สุขเกษม ณ 30 กันยายน 2557)

จากผลการพิจารณาและ ทบทวนงานวิจัยของ ผู้ที่เข้าแข่งขันไม่ขอ ฝากเบาหวานจะรุนแรงมากขึ้นหากผู้ป่วย ไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม จนก่อให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีสุขภาพที่ดีสามารถดำเนินชีวิตควบปกติ ไม่ที่ ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวและ วิเคราะห์การดูแลสุขภาพตนเองที่บรรลุเป้าหมายและมีประสิทธิภาพต่อไป ดังนั้นจึง มีความสนใจที่จะ ศึกษาโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานระดับน้ำตาลในเลือดสูงและระดับน้ำตาล ในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานถึงระดับการดูแลตนเองที่ควรสนับสนุนหรือกิจกรรมที่ควรปฏิบัติ ใ้ประโยชน์และเพิ่มคุณภาพชีวิตประจำวันเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่สุรนาคต่อไป

Approval
7 มี.ย. 2559
NUIRB

วัตถุประสงค์ของการศึกษา
วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ก่อนและหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม การสนับสนุนการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) 10 สัปดาห์ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ (กลุ่มควบคุม)
3. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในกระแสเลือดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้า ร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่ม วัตถุประสงค์และที่ตั้งของทดลอง ผู้วิจัยใช้แนวคิด การจัดการตนเองของเคตลีย์ ประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา เป็น แนวทางในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแล ตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.บ้าน ใหม่สุรนาค ช่วงทดลองโครงการ จังหวัดสุโขทัย โดยทำกิจกรรมและกระบวนการให้ความรู้และสนับสนุน การจัดการตนเองแบบกลุ่ม จำนวน 30 คนต่อครั้ง ครั้งละ 3 ชม. กิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมสัมมนา การวัดระดับความผิดปกติ การให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมกันแก้ไขปัญหาวงปกรรรม มีการ พบกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งแรกทำควมรู้จัก ชี้แจงโครงการวิจัย จัดเก็บข้อมูล ส่วนครั้งสุดท้ายสรุปผล การจัดทำโครงการวิจัยและเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ผลการทำงาน ใช้ระยะเวลาในการทำโครงการวิจัย 10 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเป็นวิทยากรเอง ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายค่าตอบแทนวิทยากร

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใครขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด และตามความเป็นจริง รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

1. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างคือ ต้องเสียเวลา อาจเกิดความไม่สะดวก ไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถามและการเข้าร่วมโครงการ ในระหว่างที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่เกิดความไม่สะดวก ไม่สบายใจ ต่อการตอบแบบสอบถามและการเข้าร่วมโครงการวิจัย ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว และท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา

2. ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับน้ำตาลในเลือด

มากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ติดต่อกันอย่างน้อย 3 ครั้ง หรือมีค่าระดับฮีโมโกลบินเอวันซี มากกว่าร้อยละ 7 เพียง 1 ครั้งต่อปี ซึ่งระหว่างดำเนินโครงการวิจัยหากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคแทรกซ้อนหรือเข้าร่วมโครงการวิจัยและจะได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษา ทางร้านให้แพทย์เป็นผู้ดูแล

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการอื่นที่วิตกกังวลในการตอบคำถาม และเข้าร่วมกิจกรรม หรือความไม่สบายใจ นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางประทุมศรี หอมลมูย เบอร์มือถือ 089-5685802 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

1. ผลจากโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถนำไปเผยแพร่ความรู้และถ่ายทอดให้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ในคลินิกเบาหวานอื่น ให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นได้

2. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

3. ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และแนวทางปฏิบัติตนในการจัดการตนเองและดูแลสุขภาพตนเองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือโรคแทรกซ้อนร่วม จากการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ตามเกณฑ์

4. รูปแบบกิจกรรมสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ในการดำเนินกิจกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้กับผู้ป่วยเบาหวาน ในการจัดทำคลินิกโรคเบาหวานในสถานบริการสาธารณสุขอื่นได้ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เกิดประสิทธิภาพและป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้

Version 2.0 Date 23/05/2016

ข้อปฏิบัติของท่านขณะเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลแก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความคิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

Approval

NU-IRB

7 มี.ย. 2559

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใดๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางประทิมาศรี ทอมอุย เบอร์มือถือ 089-5685802 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย การให้ข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลการดำเนินการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน แต่ท่านจะได้รับความรู้และการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงมือออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางประทิมาศรี ทอมอุย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโกรนออก อำเภอคง โคราช จังหวัดสุโขทัย หมายเลขโทรศัพท์ 089-5685802

การบันทึกผลระดับน้ำตาลในเลือด จะเก็บรวบรวมจากทะเบียนให้บริการของสถานบริการทุกเดือน หลังจากกลุ่มตัวอย่างมารับบริการแต่ละเดือนตามนัด โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ในข้อมูลเพิ่มประวัติหรือเพิ่มส่วนตัวเรื่องอื่นๆ นอกจากข้อมูลค่าระดับน้ำตาลที่ได้บันทึกไว้ในทะเบียนของสถานบริการ

ผลของระดับน้ำตาล นำมาเพื่อประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเท่านั้น และผู้ป่วยจะได้รับบริการตามปกติที่อาสาสมัครมาตรวจระดับน้ำตาลตามที่แพทย์นัดเป็นประจำ และจะได้รับการดูแลรักษาตามสิทธิผู้ป่วยรวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับจะไม่มีการเปิดเผยรายชื่ออาสาสมัครในแบบเก็บข้อมูล โดยจะถูกระบุด้วยหมายเลขอาสาสมัครเท่านั้น

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัยและท่านจะ

ไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึกและข้อมูลทั้งหมดในการวิจัยจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังการวิจัยสิ้นสุด

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

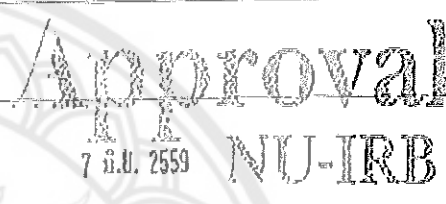
1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนั้น
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยครั้งนี้ 7 มี.พ. 2559
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลขโทรศัพท์ 055968642 โทรสาร 055968637 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

Approval
NU-IRB

แบบฟอร์มการคัดเลือกผู้เข้าร่วมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

โปรแกรมการนับสแกนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรดตนเอง และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2		กลุ่มทดลอง <input type="checkbox"/> ลำดับที่ <input type="text"/>
Case Record Form		กลุ่มควบคุม <input type="checkbox"/> ลำดับที่ <input type="text"/>
DM No. <input type="text"/>		
คำชี้แจง: กรุณาบันทึกด้วยปากกาฟีนิก้าหรือปากกาสีน้ำเงินเข้ม และโปรดกากบาท (X) ลงในช่อง <input type="checkbox"/> ที่เลือกบันทึก หรับช่อง <input type="checkbox"/> นับให้เขียนตัวเลขขนาดใหญ่ แต่ไม่ให้ขีดเส้นขอบช่องให้เหลื่อม		
วันเดือนปีที่เก็บข้อมูล <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>		
วันที่ เดือน ปี พ.ศ.		
ข้อมูลส่วนตัว		
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง		
อายุ <input type="text"/> ปี วันเดือนปีเกิด <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
ส่วนสูง <input type="text"/> เจนติเมตร น้ำหนัก <input type="text"/> กิโลกรัม		
รอบเอว <input type="text"/> เจนติเมตร ค่าความดัน <input type="text"/> / <input type="text"/> มม.Hg		
ประวัติการรักษา		
วันเดือนปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>		วันที่ เดือน ปี พ.ศ.
ระยะเวลาที่เป็น จำนวน <input type="text"/> ปี <input type="text"/> เดือน		ได้รับการรักษาด้วยวิธี <input type="checkbox"/> รับประทานยา <input type="checkbox"/> ฉีดยา
ข้อมูลภาวะแทรกซ้อน		
<input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะแทรกซ้อน <input type="checkbox"/> มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเกี่ยวกับตาหรือเท้า โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดและล้างไต ทางหน้าท้อง		
ผลระดับน้ำตาลย้อนหลัง 1 ปี		ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม <input type="text"/> . <input type="text"/> % (HbA1C)
ระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดอาหารเข้าอย่างน้อย 6 ชั่วโมง		
ครั้งที่ 1 <input type="text"/> mg/dl	ครั้งที่ 2 <input type="text"/> mg/dl	
ครั้งที่ 3 <input type="text"/> mg/dl	ครั้งที่ 4 <input type="text"/> mg/d	
ครั้งที่ 5 <input type="text"/> mg/dl		
การสมัครใจเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในงานวิจัย		
<input type="checkbox"/> สมัครใจ ยินดีเข้าร่วมวิจัย และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนครบตามกำหนด		
<input type="checkbox"/> ไม่สมัครใจ		

นางประจิมศรี ทองอุบล

รหัส 57061509

หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต



(กึ่งเสรี)

ที่ สท ๗๖๙๐๔/ว

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลป่าแฝก
๙ หมู่ที่ ๔ ถนนสิงห์วัฒน์ สท ๖๔๑๓๐

๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ข้อมูลระดับน้ำตาลFBS และ HbA๑c ของผู้ป่วยเบาหวาน.

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดงไกรลาศ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ แผ่น
๒. คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
(Information Sheet for Research Participant)

ด้วยนางประพิมพ์ศรี หอมอุย ตำแหน่งนักวิชาการปฏิบัติการ ปฏิบัติราชการที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบลป่าแฝก อำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย เรียนต่อหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ปีการศึกษา ๒๕๕๗ ขณะนี้ได้จัดทำวิทยานิพนธ์เรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ ๒

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง ใช้แนวทางการจัดการตนเองของเคลียร์ ประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา เป็นแนวทางในการศึกษาการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านใหม่สุขเกษม (กลุ่มทดลอง) โดยทำกิจกรรมและกระบวนการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองแบบกลุ่ม จำนวน ๓๐ คนต่อครั้ง มีการพบกลุ่มทั้งหมด ๖ ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการทำวิจัย ๑๐ สัปดาห์ และผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ของรพ.สต.ไกรนอก (กลุ่มควบคุม) ให้การรักษาพยาบาลปกติตามเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งขณะนี้อยู่ในขั้นตอนวิเคราะห์ผลข้อมูลหลังจัดทำโครงการสนับสนุนโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน

เพื่อให้การวิเคราะห์ผลข้อมูลมีความน่าเชื่อถือของระดับน้ำตาลหลังดำเนินโครงการ จึงขอความอนุเคราะห์ข้อมูลระดับน้ำตาล FBS และ HbA๑c ผู้ป่วยเบาหวานของรพ.สต. ๒ แห่ง (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) ตามที่ระบุข้างต้น จากโปรแกรมการบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของรพ.งไกรลาศ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๕๙ ถึง กรกฎาคม ๒๕๖๐ (ทั้งผู้ป่วยรับยาที่รพ.งไกรลาศและรพ.สต.ทั้ง ๒ แห่ง) โดยส่งข้อมูลดังกล่าวเป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ หรือนิคมส์มาได้ ที่ Email : Prapimrsri2522@gmail.com ภายในวันจันทร์ ที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ หากมีข้อสงสัยในการดำเนินงานครั้งนี้สามารถติดต่อประสานงานนางประพิมพ์ศรี หอมอุย หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๙-๕๖๘๕๘๐๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ข้อมูล

ขอแสดงความนับถือ

(นายมานพ คำจันป้อ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลป่าแฝก

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและสาธารณสุข

โทรศัพท์ ๐-๕๕๙๔-๐๑๘๗-๘ ต่อ ๑๑๕

โทรสาร ๐-๕๕๙๔-๐๑๘๗-๘ ต่อ ๑๐๐

www.pafleksao.go.th

ข้อมูลผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและหน่วยงาน	คุณวุฒิ/สาขา
1	ผศ.(พิเศษ) ดร.สุพัฒนา คำสอน	อาจารย์ผู้มีความรู้ ความสามารถพิเศษ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	วท.บ.การพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ วท.ม. การพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล Ph.D. Nursing มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2	ผศ.ดร. ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์	อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	วท.บ. เคมี มหาวิทยาลัยมหิดล วท.ม. สาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล Ph.D. Medical Science International Health / Health Promotion Tokyo Medical and Dental University
3	ดร. ภญ.วรุ พรหมพิทยารัตน์	อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	ภ.บ.เภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ส.ม. สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร Ph.D. Pharmaceutical sciences มหาวิทยาลัยนเรศวร Postdoctoral researcher Laboratory for International Alliance, Research Group for Pharmacogenomics RIKEN Center for Genomic Medicine (CGM)